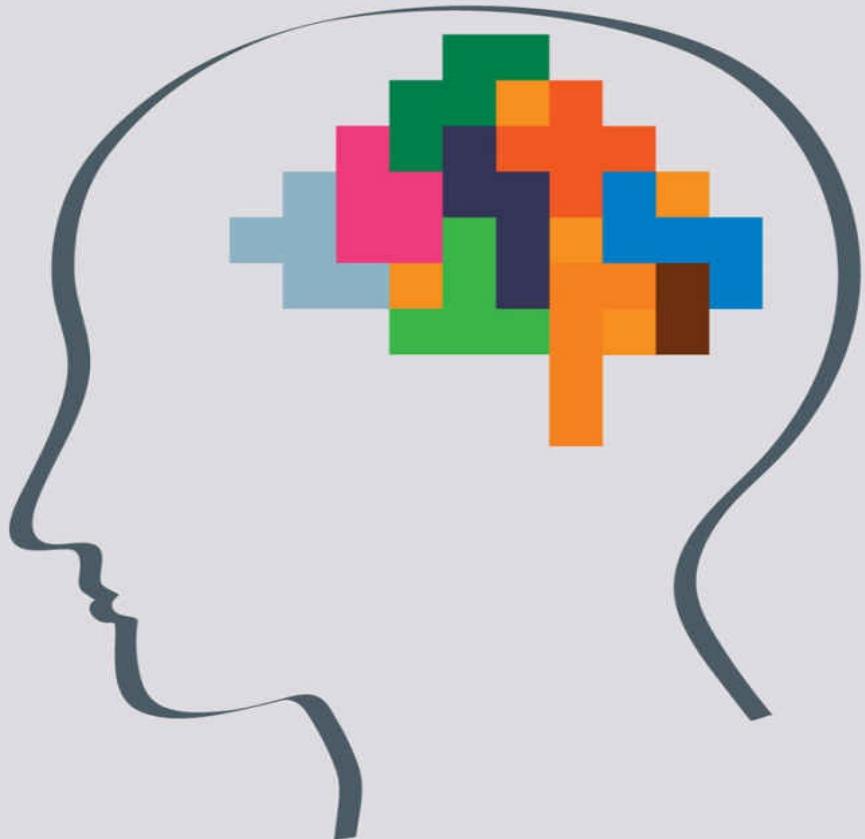




LEONARDO BALDAÇARA  
DANIEL CRUZ CORDEIRO  
ELIE DE BARROS CALFAT  
QUIRINO CORDEIRO  
TENG CHEI TUNG

# EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

2<sup>a</sup> edição



ELSEVIER

# **Emergências Psiquiátricas**

---

**2<sup>a</sup> EDIÇÃO**

**Leonardo Baldaçara**

**Daniel Cruz Cordeiro**

**Elie De Barros Calfat**

**Quirino Cordeiro**

**Teng Chei Tung**

**ELSEVIER**

---

# **Sumário**

---

Capa

Folha de rosto

Copyright

Dedicatória

Os organizadores

Os autores

Agradecimentos

Apresentação

Prefácio

Capítulo 1: História das emergências psiquiátricas

Introdução

História atual

Experiência pessoal de Walmor Piccinini

Considerações finais

Capítulo 2: A importância das emergências psiquiátricas

Introdução

Importância dos serviços de emergência psiquiátrica

Epidemiologia

Brasil

Objetivos do atendimento de emergência

Principais situações que chegam aos SEPs

Capítulo 3: Desassistência à emergência psiquiátrica: um reflexo do estigma?

Introdução

Atitude social e políticas públicas

Estigma e saúde mental

Necessidade de atenção integral em emergência psiquiátrica

Considerações finais

Capítulo 4: Acolhimento, classificação de risco e riscos assistenciais

Introdução

Acolhimento e classificação de risco

## Avaliação dos riscos assistenciais dos pacientes internados

### Considerações finais

Capítulo 5: Cuidados com a equipe, o ambiente e a comunicação nas emergências

Introdução

Os cuidados com a equipe e sua postura

Os cuidados com o ambiente

Considerações sobre alguns ambientes

A comunicação

Respeitar o paciente e seu espaço pessoal

Não ser provocativo

Estabelecer contato verbal

Ser conciso

Identificar desejos e sentimentos

Escutar atentamente o que o paciente está dizendo

Concordar ou concordar para discordar

Estabelecer regras e limites claros

Oferecer opções e otimismo

Dialogar com o paciente e a equipe

## Capítulo 6: Avaliação nas emergências psiquiátricas

Introdução

Primeira regra: foco!

A entrevista psiquiátrica

Avaliação inicial

O desenvolvimento da entrevista psiquiátrica

Exame físico e neurológico

Escalas

Exames complementares

Avaliações em grupos especiais

## Capítulo 7: Agitação e agressividade

Introdução

Avaliação

Manejo

Tranquilização rápida

Classes medicamentosas

Benzodiazepínicos

Anticolinérgicos e anti-histamínicos

Tranquilização por via oral

Tranquilização parenteral

Considerações finais

## Capítulo 8: Contenção física

Introdução

Fatores de risco, causas e fatores de proteção

Critérios diagnósticos ou ferramentas para avaliação

Abordagem

Abordando e imobilizando o paciente

Monitoramento e retirada da contenção

Complicações e riscos

## Capítulo 9: Comportamento suicida

Introdução

Fatores de risco e fatores de proteção

Outros fatores de risco

Fatores protetores

Avaliação do risco iminente de suicídio

Interferências na avaliação médica

Procedimentos frente ao risco iminente

Após a tentativa, o que fazer?

Posvenção do suicídio: os sobreviventes

Considerações finais

Capítulo 10: Noções de toxicologia

Introdução

Avaliação das intoxicações exógenas

Capítulo 11: Emergências relacionadas com o uso de substâncias psicoativas

Introdução

Avaliação geral de casos relacionados com as SPAs

Manejo geral de quadros relacionados com as SPAs

Álcool

Síndrome de abstinência do álcool (SAA)

Convulsões

Delirium tremens

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Mulheres e bebidas alcoólicas

Cocaína/crack

Síndrome de abstinência de cocaína/crack

Maconha

Síndrome de abstinência de maconha

Alucinógenos

Síndrome de abstinência de alucinógenos

Anfetaminas

Síndrome de abstinência de anfetaminas

Inalantes

Síndrome de abstinência de inhalantes

Benzodiazepínicos

Síndrome de abstinência de benzodiazepínicos

Opioides/Opiáceos

Síndrome de abstinência de opioides/opiáceos

O acolhimento de usuários de álcool e outras drogas na emergência

## Capítulo 12: *Delirium*

Introdução

Conceito

Epidemiologia

Importância

Etiologia

Diagnóstico

Principais alterações ao exame psíquico de pacientes com quadro de delirium

Manuais de diagnóstico

Especificadores de tempo

Subtipos

Tipos de delirium mais comumente vistos em serviços de emergência

Diagnóstico diferencial

Manejo

Considerações finais

Capítulo 13: Emergências nos transtornos psicóticos

Introdução

Diagnóstico

Fisiopatologia e fatores de risco

Diagnóstico diferencial

Diagnósticos diferenciais psiquiátricos

Manejo na emergência

Tratamento

Emergências relacionadas com antipsicóticos

Considerações sobre transtornos psicóticos em pronto-socorro

## **Capítulo 14: Transtornos de humor em situação de emergência**

**Introdução**

**Depressão**

**Transtorno bipolar**

**Antipsicóticos**

**Considerações finais**

## **Capítulo 15: Transtornos ansiosos nas emergências**

**Introdução, conceito e epidemiologia**

**Relevância clínica**

**Apresentação clínica dos transtornos ansiosos**

**Manejo – recomendações gerais**

**Manejo na emergência**

## **Capítulo 16: Trauma psíquico e transtorno do estresse pós-traumático: avaliação e manejo baseado em evidências**

**O conceito de trauma psíquico e sua evolução ao longo da história**

**Epidemiologia**

**Manifestações clínicas**

**Fisiopatologia**

**Avaliação e manejo baseado em evidências**

Abordagens psicológicas e psicoterápicas após a exposição ao trauma, visando a prevenção do TEA e do TEPT

Abordagens farmacológicas após a exposição ao trauma, visando a prevenção do TEA e do TEPT

Abordagens psicoterápicas em pacientes com TEPT

Abordagens farmacológicas em pacientes com TEPT

Considerações finais

Capítulo 17: Transtornos dissociativos, somatoformes e transtorno factício

Introdução

Fatores associados

Critérios diagnósticos

Manejo

Capítulo 18: Distúrbios do sono nas emergências psiquiátricas

Introdução

Avaliação do sono

Privação de sono

Turno de atividade profissional

Transtornos do sono

Parassomnias

**Transtornos respiratórios relacionados com o sono**

**Insônia**

**Transtornos do ritmo circadiano**

**Síndrome das pernas inquietas (SPI)**

**Transtornos psiquiátricos e sono**

**Transtorno por uso de substâncias**

**Transtornos de ansiedade**

**Transtorno de estresse pós-traumático**

**Esquizofrenia**

**Alterações do sono e comportamento suicida**

**Efeitos indesejáveis das medicações psiquiátricas no sono**

**Insônia induzida por medicamentos**

**Sonolência excessiva e ataques de sono**

**Transtornos respiratórios relacionados com o sono**

**Parassonias**

**Transtorno comportamental do sono REM e sono REM sem atonia**

**Sonambulismo e outras parassonias do despertar do sono não REM**

**Distúrbios do movimento relacionados com o sono**

**Bruxismo do sono**

## Capítulo 19: Transtornos alimentares nas emergências

Introdução: conceito, importância e epidemiologia

Fisiopatologia, fatores de risco e de proteção

Identificação do transtorno alimentar na emergência

Anorexia nervosa: apresentação clínica e diagnóstico

Bulimia nervosa: apresentação clínica e diagnóstico

Manejo dos transtornos alimentares

Manejo das complicações clínicas na emergência

## Capítulo 20: Principais quadros de emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes

Introdução

Epidemiologia dos transtornos mentais em crianças e adolescentes no SEP

A entrevista com crianças e adolescentes no SEP

A entrevista clínica

Principais situações no SEP e seu manejo

Agitação e agressividade

Psicose

Depressão

Comportamento suicida

Uso de substâncias

Maus-tratos

Tratamento

Manejo e tratamento da fase aguda em pacientes agitados

Contenção

Internação psiquiátrica na infância e adolescência

**Capítulo 21: Emergências psiquiátricas na gestação, puerpério e lactação**

Introdução

Depressão na gestação

Depressão pós-parto

Transtorno bipolar perinatal

Transtorno de ansiedade generalizada perinatal

Transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo na gestação e transtorno de estresse pós-traumático pós-parto

Abordagem perinatal em emergências psiquiátricas

Tratamento medicamentoso de emergências psiquiátricas na gestação, puerpério e lactação

Antipsicóticos

Benzodiazepínicos

Lítio

Ácido valproico, carbamazepina e lamotrigina

Capítulo 22: Emergências psiquiátricas em idosos

Introdução

Avaliação inicial

Depressão

Suicídio

Agitação psicomotora

Delirium

Abuso de substâncias

Maus-tratos e negligência

Polifarmácia e iatrogenias

Intoxicações

Considerações finais

Capítulo 23: Transtornos de personalidade nas emergências

Introdução

Epidemiologia e importância da situação

Fatores de risco, causas e fatores de proteção

Critérios diagnósticos dos transtornos de personalidade

Manejo e tratamento dos transtornos de personalidade na emergência

Capítulo 24: Noções de psicofarmacologia nas emergências psiquiátricas

Introdução

Noção breve de fisiologia das sinapses

Vias dopaminérgicas e psicoses

Antipsicóticos

Em resumo

Sistemas glutamatérgicos e gabaérgicos

Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia

Os benzodiazepínicos e a modulação gabaérgica

Os estabilizadores de humor e os anticonvulsivantes

Antidepressivos

Conclusão

Capítulo 25: Manejo dos efeitos colaterais de psicotrópicos: síndrome neuroléptica maligna, distonia aguda, acatisia, intoxicações por antidepressivos, intoxicação por lítio

Introdução

Síndrome neuroléptica maligna

Distonia aguda

Acatisia

Parkinsonismo secundário

Inibidores da MAO (IMAOs): trancipromina

Antidepressivos tricíclicos (ADT)

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)

Síndrome serotoninérgica (SS)

Intoxicação aguda por ISRS

Síndrome de descontinuação

Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN)

Manejo geral da intoxicação por AD

Intoxicação por lítio

Capítulo 26: Atuação da equipe de enfermagem frente às emergências psiquiátricas

Introdução

Conceito

Importância do estudo e desenvolvimento na área de emergências em saúde mental

Vulnerabilidades e fatores de risco ao cuidado de enfermagem

Cuidados de enfermagem

# Processo de enfermagem para o cuidado em emergências de saúde mental

Capítulo 27: Aspectos éticos e legais das emergências psiquiátricas

Introdução

Situações – problemas mais comuns

Considerações finais

Apêndice: Referências farmacológicas

Índice

---

# Copyright

---

© 2019 Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19/02/1998.  
Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da  
editora, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os  
meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou  
quaisquer outros.

ISBN: 978-85-352-8301-3

ISBN versão eletrônica: 978-85-352-8351-8

## **Capa**

Studio Creamcrackers

**Editoração Eletrônica**

Thomson Digital

**Elsevier Editora Ltda.**

**Conhecimento sem Fronteiras**

Rua da Assembléia, 100 – 6º andar

20011-904 – Centro – Rio de Janeiro – RJ

Avenida das Nações Unidas, 12995, 10º andar

04578-000 Brooklin São Paulo – SP

Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 026 53 40

[atendimento1@elsevier.com](mailto:atendimento1@elsevier.com)

Consulte nosso catálogo completo, os últimos lançamentos e os  
serviços exclusivos no site [www.elsevier.com.br](http://www.elsevier.com.br)

## **Nota**

Esta obra foi produzida por Elsevier Brasil Ltda. sob sua exclusiva responsabilidade. Médicos e pesquisadores devem sempre fundamentar-se em sua experiência e no próprio conhecimento para avaliar e empregar quaisquer informações, métodos, substâncias ou experimentos descritos nesta publicação. Devido ao rápido avanço nas ciências médicas, particularmente, os diagnósticos e a posologia de medicamentos precisam ser verificados de maneira independente. Para todos os efeitos legais, a Editora, os autores, os editores ou colaboradores relacionados a esta obra não assumem responsabilidade por qualquer dano/ou prejuízo causado a pessoas ou propriedades envolvendo responsabilidade pelo produto, negligência ou outros, ou advindos de qualquer uso ou aplicação de quaisquer métodos, produtos, instruções ou ideias contidos no conteúdo aqui publicado.

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO  
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**  
**E45**  
**2. ed.**

Emergências psiquiátricas / Leonardo Baldaçara ... [et al.]. - 2. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2018.  
: il.

Apêndice  
Inclui bibliografia e índice  
ISBN 978-85-352-8301-3

1. Emergências psiquiátricas - Manuais, guias, etc. 2.  
Psiquiatria. I. Baldaçara, Leonardo.

18-51174

CDD: 616.89

CDU: 616.89(035)



---

## Dedicatória

---

Dedicamos este livro primeiramente às nossas famílias, fonte inesgotável de inspiração, cuja torcida, apoio e carinho sempre nos permitiu ousar.

Dedicamos também aos nossos alunos e residentes, e aos pacientes que sempre nos permitem aprender cada vez mais.

Dedicamos ainda a cada profissional da Saúde que, ao se debruçar sobre o tema das emergências psiquiátricas busca o alívio do sofrimento dos pacientes portadores de transtornos mentais.

---

## **Os organizadores**

---

**Daniel Cruz Cordeiro**, Médico Psiquiatra. Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Pará. Residência Médica em Psiquiatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo / CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. Membro da Associação Brasileira de Psiquiatria. Especialista em Dependência Química. Mestre em Psiquiatria – Instituto de Psiquiatria de Londres (King's College).

**Elie Leal de Barros Calfat**, Médico Psiquiatra. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM). Professor Instrutor do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMSCSP). Preceptor da Enfermaria Masculina de Agudos do Centro de Atenção Integrado à Saúde Mental de Franco da Rocha (CAISM-FR) da Associação Lar São Francisco na Providência de Deus (ALSFPD- OSS). Coordenador da Residência Médica em Psiquiatria do CAISM -FR. Plantonista do CAISM Philippe Pinel da SES-SP. Membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria ABP.

**Quirino Cordeiro**, Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Afiliado do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

**Leonardo Baldaçara**, Médico Psiquiatra. Mestre e Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Adjunto da Universidade Federal do Tocantins. Médico Psiquiatra do Hospital Geral de Palmas – Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Membro da Comissão de Emergências

Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

**Teng Chei Tung**, Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria. Médico psiquiatra supervisor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Autor de diversos livros e artigos científicos. Membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria.

---

## Os autores

---

**Aida Cristina Suozzo**, Médica Psiquiatra.

**Alexandre Paim Diaz**, Médico Psiquiatra pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Mestre e Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-doutorado em Psiquiatria na Columbia University. Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina.

**Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro**, Médica Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Doutora em Medicina, Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Membro da Comissão de Atenção à Saúde Mental do Médico da ABP. Coordenadora da Comissão de Estudo e Prevenção de Suicídio da ABP. Diretora Científica da Associação Brasileira de Estudo e Prevenção de Suicídio (ABEPS). Conselho Científico da ABRATA.

**Almir Ribeiro Tavares Júnior**, Médico Psiquiatra, com áreas de atuação em Medicina do Sono, Psicogeriatria e Psicoterapia (ABP e AMB). Especialista em Geriatria e Gerontologia (SBGG – AMB). Doutorado pela Escola Paulista de Medicina. Postdoctoral Fellow, Johns Hopkins Hospital. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Amanda Cristina Galvão de Almeida**, Médica Residente em Psiquiatria do Complexo Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa**, Médica Psiquiatra. Pesquisadora do Centro de Estudos de Transtornos de Humor e Ansiedade (CETHA). Professora Adjunta do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia

(UFBA).

**Antônio Geraldo da Silva**, Médico Psiquiatra. Superintendente Técnico e Diretor Tesoureiro da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Presidente eleito da Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL). Diretor Científico do PROPSIQ. Diretor de Pesquisa do InJQ. Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do CRM/DF, do CREMERJ e do CFM. Diretor de Comunicação da AMBr/AMB. Diretor Adjunto do SINDMÉDICO/DF. Professor Convidado da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Professor do Instituto Ramazini e Paré (IRP).

**Bianca Ferreira Bonadia**, Médica Psiquiatra. Coordenadora do Pronto-Socorro do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Graduada em Medicina pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro. Especialização em Psiquiatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

**Brazílio de Carvalho Tasso**, Médico Psiquiatra. Supervisor do Programa de Residência Médica de Psiquiatria do Centro de Atenção Psicossocial Franco da Rocha, Juquery. Mestrando em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

**Camilla Moreira de Souza Pinna**, Médica Psiquiatra, com área de atuação em Medicina do Sono. Especialista em Perícias Médicas.

**Carolina Pereira Motta**, Médica Residente em Psiquiatria pela Universidade Federal do Tocantins.

**Cintia de Azevedo Marques Périco**, Professora Auxiliar de Ensino das Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia. Médica da Faculdade de Medicina do ABC. Coordenadora de Saúde Mental no Município de São Bernardo do Campo.

**Cristiano de Souza Noto**, Médico Psiquiatra, com mestrado e doutorado pela Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisador do Programa de Esquizofrenia (PROESQ) da UNIFESP. Coordenador do Ambulatório de primeiro

episódio psicótico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

**Daniel Augusto Corrêa Vasques**, Médico Legista e Psiquiatra Forense do Instituto Médico Legal (IML). Coordenador da Pós-graduação *lato sensu* em Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Coordenador do Hospital-dia do Grupo Notre Dame Intermédica (2005 a 2017). Preceptor do Ambulatório de Psiquiatria Geral do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

**Felipe Paraventi**, Psiquiatra pela EPM/UNIFESP. Mestre em Psiquiatria pela EPM/UNIFESP. Preceptor do programa de Residência Médica em Psiquiatria da EPM/UNIFESP.

**Fernando Portela Câmara**, MD e PhD pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Flavia Ismael Pinto**, Médica Psiquiatra, com doutorado em Ciências pela FMUSP. Coordenadora da Saúde Mental de São Caetano do Sul. Professora convidada da disciplina de Psiquiatria da FMABC e da Universidade de São Caetano do Sul.

**Flávio Veloso Ribeiro**, Médico Residente em Psiquiatria da Universidade Federal do Tocantins.

**Gabriela de Moraes Costa**, Médica Psiquiatra Clínica e Forense. Mestre em Farmacologia. Professora do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Santa Maria e do curso de medicina do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria

**Heloísa Garcia Claro**, Enfermeira, mestre, doutora e pós-doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pós-doutoranda no departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro do grupo de estudos em álcool e outras drogas da Universidade de São Paulo desde 2006. Membro da Motivational Interviewing Network of Trainers e Secretária do Capítulo Brasileiro da International Nurses Society on Addictions.

**Heloisa Helena de Aquino Medina Kageyama**, Coordenadora Médica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental de Franco da Rocha (CAISM-FR). Médica do CAISM Philippe Pinel. Psicogeriatra pela Universidade Federal de São Paulo UNIFESP. Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Médica Psiquiatra pelo Complexo Hospitalar do Juquery.

**Joel Rennó Jr**, Professor Colaborador Médico do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher – Instituto de Psiquiatria da USP. Médico do Corpo Clínico do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo. Coordenador da Comissão de Estudos e Pesquisa de Saúde Mental da Mulher da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

**José Gilberto Prates**, Enfermeiro com licenciatura pela Universidade de Mogi das Cruzes (1990). Especialista em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica pela Faculdade de Enfermagem Israelita Albert Einstein (1993). Especialista em Terapia Comportamental Cognitiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2000). Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2011). Doutorado em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2016). Atualmente é Coordenador Técnico do Programa de Residência de Enfermagem do Departamento de Psiquiatria do IPQ/HC/FMUSP. Coordenador do Curso de Aprimoramento em Enfermagem do IPQ/HC/FMUSP. Membro do GEAD (Grupo de Ensino e Pesquisa em Álcool e Outras Drogas).

**Lisieux Elaine de Borba Telles**, Médica Psiquiatra Forense. Mestre em Psiquiatria Forense pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Argentina. Doutora em Medicina pela UNLP. Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Preceptora da Residência em Psiquiatria Forense do HCPA. Diretora do Departamento de Ética e

Psiquiatria Legal da ABP.

**Lucas Alves Pereira**, Membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria. Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria – HJM /SESAB/SUS. Professor de Psiquiatria da UNIFACS e da Faculdade de Tecnologia e Ciência. Preceptor da Residência Médica do Hospital Juliano Moreira. Membro da Comissão Científica da Associação Psiquiátrica da Bahia.

**Manuela Telles Vargas Leal**, Médica Residente em Psiquiatria do Complexo Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, Graduada em Enfermagem (1982). Mestre em Psicologia Social (1994). Doutora em Ciências Sociais (2000). Pós-doutorado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Portugal (2008). Atualmente, é Professora Associada Livre-Docente da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas da EEUSP, cadastrado no CNPq.

**Mariane Augusta da Silva Gomez**, Enfermeira Responsável Técnico do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental de Franco da Rocha (CAISM/FR). Especialista em Gestão de Qualidade em Saúde pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Especialista em Dependência Química pela Universidade de São Paulo. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE).

**Melina dos Santos Teixeira**, Médica Residente em Psiquiatria do Complexo Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**Patrícia Satiko Aoki**, Médica Psiquiatra. Residência Médica em Psiquiatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

**Paulo Rubens Gaspar Filho**, Médico Psiquiatra. Centro de Atenção Psicossocial Franco da Rocha-Juquery. Central de Atenção ao Egresso e Família (CAEF) Pós-Custódia do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo-SP.

**Pedro Shiozawa**, Médico Psiquiatra. Residência Médica em Psiquiatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Neuromodulação Clínica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Integrante do Serviço Interdisciplinar de Neuromodulação do IPq-HCFMUSP, desde 2013.

**Raisa de Araujo Loureiro**, Médica Psiquiatra. Assistente no Núcleo de Psiquiatria Geral do Centro de Atenção à Saúde Mental da Vila Mariana da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pelos cursos de Pós-graduação C4 e CESMIA da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA). Psiquiatra Assistente no Centro de Atenção Psicossocial Infantil II da Vila Maria.

**Renan Rocha**, Médico Psiquiatra, Programa de Saúde Mental da Mulher, Nuprevips, Clínicas Integradas, Unesc. Membro da Comissão de Estudos e Pesquisa da Saúde Mental da Mulher da Associação Brasileira de Psiquiatria.

**Regina Margis**, Especialista em Psiquiatria, com área de atuação em Medicina do Sono. Especialista em Medicina do Tráfego da AMB. Mestrado em Bioquímica. Doutorado em Ciências Médicas. Pós-doutorado em Psiquiatria. Formação em Terapias Cognitivas.

**Rita Jorge**, Médica Psiquiatra. Especialista em Dependência Química. Doutoranda em Ciências pelo Programa de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

**Roberto Mendes dos Santos**, Médico Psiquiatra. Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Médico

Psiquiatra do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) e do Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) da Prefeitura de João Pessoa (PB).

**Rodolfo Nunes Campos**, Médico Psiquiatra. Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Goiás (2004). Residência Médica em Psiquiatria pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 2008. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Doutorado em Ciências (2011) pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do Centro Humor no Hospital das Clínicas da UFG, serviço destinado ao atendimento de pacientes com transtornos de humor. Professor Orientador de Pós-graduação no Programa de Ciências da Saúde da UFG.

**Rodrigo Lancelote Alberto**, Diretor Técnico do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental de Franco da Rocha (CAISM-FR). Pós-graduação em Administração Hospitalar pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FEHOSP-ISCMSP). Médico do CAISM Philippe Pinel. Médico pesquisador em Estimulação Magnética Transcraniana no HCFMUSP. Pós-graduação em Psicoterapia Psicodinâmica dos Transtornos de Personalidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Título de Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Residência Médica em Psicoterapia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Residência Médica em Psiquiatria pelo Complexo Hospitalar do Juquery.

**Samanta Ortegosa Calfat**, Médica Psiquiatra Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Assistente da Psiquiatria no Hospital Geral de Pirajussara (SPDM/UNIFESP).

**Sérgio Tamai**, Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

**Vanessa Pereira Leal**, Médica Psiquiatra pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

**Veruska Lastoria Amigo**, Médica Psiquiatra Assistente e Supervisora dos Residentes de Psiquiatria do PROATA (Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares, EPM/UNIFESP). Médica Assistente junto à disciplina de Endocrinologia e Metabologia do Departamento de Medicina da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

**Walmor J. Piccinini**, Médico Psiquiatra. Editor da Psychiatry online Brasil. Autor do Índice Bibliográfico Brasileiro de Psiquiatria. Professor do Centro de Estudos Psiquiátricos Mário Martins e do Centro de Estudos Psiquiátricos Cyro Martins. TEP pela ABP.

---

## Agradecimentos

---

Aos colaboradores que dedicaram seu precioso tempo para ampliar esta obra.

Aos nossos mestres e alunos, que nos impulsionam continuamente a crescer.

Aos pacientes, cujas demandas nos estimularam a ampliar nossos conhecimentos e aprimorar nossas condutas.

---

## Apresentação

---

*Emergências Psiquiátricas* é uma das poucas obras nacionais existentes sobre esse tema e reúne a experiência de diversos profissionais dos mais variados centros de excelência de nosso país. Tem o objetivo de oferecer informações sobre a abordagem e manejo das principais situações de emergência secundárias aos transtornos psiquiátricos vivenciados pelos profissionais da área da Saúde nos mais variados serviços e níveis de atendimento.

Apresentamos esta 2<sup>a</sup> edição com número de temas ampliado e atualizado, tendo sido extensamente revisado. Além disso, os organizadores adotaram um novo formato para facilitar e propiciar a rápida consulta além de servir de base para a criação de protocolos.

---

## Prefácio

---

Esta edição contém muito mais do que uma mera atualização da excelente 1<sup>a</sup> edição. Esta nova edição representa o resultado dos esforços de médicos psiquiatras e pesquisadores com grande experiência clínica e acadêmica no tema para promover essa área tão importante e negligenciada da Psiquiatria, em um país que sofre com a ampla precarização de todas as instâncias da saúde pública em geral e, principalmente, da saúde mental, na qual correlatos estigmatizantes e ideológicos dificultam ainda mais a abordagem extremamente complexa exigida pelos transtornos mentais mais graves no momento em que ficam agudizados.

Emergências psiquiátricas sempre são situações únicas, em que uma série de fatores paralelos ou inter-relacionados contribuem em um crescente descontrole para piorar todo o contexto que envolve o indivíduo sofredor de alguma condição psiquiátrica, chegando ao ponto de se criar situações de alto risco para esse indivíduo e para as pessoas relevantes à sua volta, tanto na ameaça da própria sobrevivência e saúde, como na criação de prejuízos sociais, familiares, ocupacionais e inter-relacionais. A abordagem dessas condições extremas exige profissionais altamente capacitados, treinados para situações de difícil controle e de alto risco de desfecho negativo. E o grande desafio é conseguir capacitar esses profissionais, pois essa área possui investimentos em pesquisa inversamente proporcionais à sua importância na prática psiquiátrica cotidiana. Poucos pesquisadores têm interesse em estudar e aprimorar condutas de pacientes psiquiátricos agudizados, pois existe o alto risco de resultados negativos, como auto e heteroagressões, e risco de perder pacientes por suicídio ou por graves descompensações clínicas que podem estar associadas a tais situações, o que traz dilemas éticos que dificultam e aumentam os custos de pesquisa. Um exemplo simples

seria: como conseguir a participação voluntária em uma pesquisa científica com um paciente que está fora de si?

E, por outro lado, os profissionais de saúde mental em geral tendem a evitar trabalhar focados nessa área, tanto pelos riscos a serem assumidos, como pelas dificuldades e exigências de se trabalhar em esquema de plantão, de estar “em prontidão” para atuar no momento que são solicitados. Mesmo assim, inúmeros profissionais da saúde enfrentam diariamente diversas situações-limite relacionadas com emergências psiquiátricas, e entendem, na prática, a importância de se ter instrumentos para obter informações clínicas com base científica dentro do possível baseadas em evidências, para nortear a avaliação, a abordagem e o tratamento dessas condições clínicas.

Nota-se nesta edição uma importante ampliação dos colaboradores e dos temas incluídos, dentro da proposta de trazer à tona a experiência de profissionais de diversas partes do país, enriquecendo e aprofundando a densidade do conhecimento apresentado. Pode-se afirmar, sem receio, que este livro representa uma verdadeira contribuição brasileira, compartilhando a riqueza da diversidade do conhecimento e da prática em emergência psiquiátrica no nosso meio.

Essa ampliação do escopo desta 2<sup>a</sup> edição só foi possível devido ao apoio intensivo da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria, com a contribuição de alguns novos editores e colaboradores. A estrutura do livro permite que ele seja utilizado tanto para consultas rápidas como para uma leitura mais cuidadosa para um aprendizado mais profundo.

Não há dúvida de que este livro será uma das principais referências em nosso meio sobre essa grande e complexa área da medicina – a Emergência Psiquiátrica.

Teng Chei Tung

---

# CAPÍTULO 1

# História das emergências psiquiátricas

---

*Walmor J. Piccinini*

*Roberto Mendes dos Santos*

## Pontos principais: Síntese histórica

---

- 1904-1905 – Guerra russo-japonesa. Os psiquiatras russos defendiam o tratamento das emergências psiquiátricas no próprio front de batalha.
- 1941 – Surgimento da penicilina. Permitiu o tratamento da sífilis e assim preveniu que diversos pacientes evoluíssem para a sífilis terciária.
- 1952 – Descrição das propriedades da clorpromazina.
- 13 de agosto de 1955 – Inauguração do Pronto-Socorro do Instituto de Psiquiatria do Centro Psiquiátrico Nacional localizado no Rio de Janeiro.
- 1963, nos Estados Unidos da América – Assinatura do Community Mental Health Center Act que redirecionou os objetivos da psiquiatria do hospital para a comunidade e o Emergency Medical Services System Act que reformulou os serviços de emergência gerais, incluindo as emergências psiquiátricas.

- 1964, no Brasil – Abertura do Pronto-Socorro do Hospital Pinel.
  - 1988 – Criação do Sistema Único de Saúde (SUS).
  - 2001 – Lei no 10.2016.
  - 2014 – Diretrizes para um modelo de Atenção Integral a Saúde Mental no Brasil pela ABP/AMB/CFM/FENAM.
-

## Introdução

Emergência psiquiátrica é toda situação de natureza psíquica na qual existe um risco significativo de morte ou injúria grave para o paciente, ou para outros, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata. Parece simples, mas fica complicada à medida que a assistência psiquiátrica é invadida por diferentes conceitos que aparecem em diferentes momentos da História. Segundo o escritor e médico gaúcho Moacyr Scliar as origens da medicina podem ser vistas em quatro fases ou períodos que abrangem três milênios:

1. Fase teológica ou bíblica
2. Fase teológico-filosófica, ou talmúdica
3. Fase médica-filosófica
4. Fase moderna

Tais fases ou períodos correspondem aproximadamente a três modelos de pensamento médico que se sucederam na cultura ocidental: mágico-religioso, empírico e científico. “Em cada fase ou período há uma figura polarizadora do pensamento sobre saúde e doença na prática médica: o sacerdote, o rabino, o filósofo, o médico com formação científica codificada.” ([SCLIAR, 1999](#)).

As situações de emergência ou urgência psiquiátrica podem ser encontradas em momentos tão antigos como na guerra de Troia, quando Ajax enlouquecido atacou os rebanhos das tropas gregas. É no mínimo curioso imaginar o “psiquiatra” da época que foi chamado para atender a crise do guerreiro. Na época, a loucura era um capricho dos deuses, o homem era um joguete em suas mãos. Na Bíblia há o relato de um atendimento de urgência feito por Jesus em que foi chamado para atender um pastor possuído pelo demônio. Segundo o livro de Mateus [capítulo 8](#), versículo 32, Jesus transferiu os demônios para um grupo de porcos: “e após isto, toda a horda de suínos correu violentamente num precipício caindo no oceano, e perecendo em suas águas”. Em resumo, a loucura era uma ação do demônio.

Com esses precedentes divinos, oração e exorcismo tornaram-se

uma forma de tratar casos de loucura. Entre os cristãos, ritos foram elaborados para permitir que padres exorcistas afastassem o demônio do seu rebanho. Esses exemplos nos mostram que atender situações de emergência é uma tarefa difícil ao longo dos tempos e pode ficar ainda mais complicada pela ignorância politizada.

Na história da psiquiatria encontramos uma gama de observações que vão da magia à realidade. Pesquisadores que não acreditam em doença mental, outros que a consideram um constructo social e outros ainda que a consideram manifestações místicas. Muitos a atribuem a uma criação dos médicos com essa insistência em considerá-las manifestações patológicas em busca de um suposto poder. Desta confusão resultam algumas constatações que nos remetem a um movimento circular. Os “loucos” eram recolhidos as prisões ou morriam nas ruas. Com a Revolução Francesa e Pinel tais doentes passaram a ser tratados com mais dignidade. Para sua proteção passaram a ser recolhidos em asilos que logo se tornaram obsoletos. Liberados dos asilos novamente passaram a ser recolhidos em prisões ou a vagarem pelas ruas. Nesse processo, temos que examinar um último bastião onde são acolhidos e recebem algum tratamento, o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP).

## História atual

Os SEPs como um local de atendimento aos pacientes em crise é uma experiência recente. No passado, a assistência estava centralizada no hospital. Os indivíduos em crise eram levados para lá por familiares e, na maioria das vezes, pela polícia. Os primeiros diretores dos asilos se queixavam que os perturbados eram trazidos para o asilo sem a mínima informação e lá abandonados sem mesmo uma identidade própria, quanto mais a de seus familiares. Para lidar com essa situação foram criadas Salas de Observação onde o indivíduo permanecia 15 dias sob observação dos cuidadores, que geralmente eram religiosos. Isto servia ao propósito de separar o “louco” do “normal”. Essas salas estariam na pré-história das emergências psiquiátricas.

Segundo [Slaby, Dublin e Baron \(2005\)](#), a emergência psiquiátrica originou-se durante a Guerra Russo-japonesa (1904-1905), com resultados positivos obtidos após psicoterapia breve em soldados da Armada Imperial Russa que não conseguiam retornar à frente de batalha, embora estivessem recuperados fisicamente. Os soldados russos recebiam atendimento psiquiátrico no próprio campo de batalha ([GUERTZENSTEIN, 2007](#); [SLABY et al., 2005](#)).

Nos Estados Unidos, o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) surgiu na década de 1920; primeiramente nas salas de emergência dos hospitais por médico generalista. Nos anos 1930, surgiram serviços de emergência ligados aos hospitais psiquiátricos, cuja função específica era atender os pacientes que recebiam alta dessas instituições e atendiam seus próprios pacientes em períodos intercrise ([XAVIER, 2007](#)).

Os americanos que, inicialmente, não adotaram as medidas para as abordagens voltadas para soldados em batalha, tiveram que se render à realidade. Isso aconteceu em 1943 apenas, quando observaram que apenas 18% dos soldados voltavam ao combate. Um ano depois com a adoção da terapia orientada na crise, utilizando ab-reação e apoio social o índice de retorno chegou a 85%. Tais intervenções de crise foram incorporadas na prática psiquiátrica e estendidas a população civil. A necessidade de melhorar o diagnóstico dos conscritos fez o

exército norte-americano cobrar dos psiquiatras uma melhor definição do diagnóstico, o que resultou no DSM (Diagnostic Statistical Manual – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Outro marco foi o surgimento da penicilina, em 1941, que contribuiu para eliminar do hospital psiquiátrico milhares de doentes com sequelas causadas pela sífilis terciária; e os antipsicóticos, sintetizados pela primeira vez no final da década de 1940 (com especial destaque para a clorpromazina), cujas propriedades foram descritas em 1952.

A morte de mais de 500 pessoas no incêndio de um clube noturno de Boston (Coconut Grove, 1941) permitiu que Eric Lindemann evidenciasse que o luto é necessário para se ajustar as perdas. Surgiu, na época, o conceito de crise como um evento agudo que desregula o equilíbrio psicológico do indivíduo. Intervenção psicoterapêutica rápida poderia facilitar o retorno ao equilíbrio psicológico e poderia ajudar o indivíduo a fazer mudanças na sua vida e restabelecer o sentimento psicológico de bem-estar. Os terapeutas de família enfatizaram a participação da família em crise e desenvolveram a intervenção de crise familiar.

No Brasil, até a criação do primeiro Serviço de Emergência Psiquiátrica, em 1955, o Pronto-Socorro Psiquiátrico do Instituto de Psiquiatria do Centro Psiquiátrico Nacional, na cidade do Rio de Janeiro, os casos de emergência psiquiátrica caracterizavam-se pelo aspecto médico-legal, sendo tratadas como “casos de polícia” ([Xavier, 2007](#)). Os pacientes ficavam detidos como presos comuns. Apenas nove anos depois, em 1964, foi inaugurado o segundo pronto-socorro, vinculado ao Hospital Pinel, também no Rio de Janeiro ([GOMES, 1983](#)). Na Bahia, em 1954, foi criado o primeiro Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral ([JABERT, 2005](#)).

Em meados da década de 1960, a importância dos SEPs para a rede de saúde mental já era percebida em alguns países, os quais consideravam a emergência psiquiátrica um pilar para a estruturação da saúde mental ([HILLARD, 1994](#)). No Brasil, antes das propostas da reforma da assistência à saúde mental nas políticas de saúde, os pacientes em situações de emergência recebiam atendimento pouco

estruturado, na maioria das vezes, em serviços de saúde não psiquiátricos, ou nos hospitais psiquiátricos existentes à época. Os poucos SEPs não ligados aos hospitais psiquiátricos concentravam-se, sobretudo, nos grandes centros urbanos, e de forma geral, estavam ligados às instituições de ensino universitário ([BARROS et al., 2010](#)).

Com o Community Mental Health Center Act, em 1963, exigiu-se serviços de emergência durante 24 horas, um local específico e treinamento de pessoal para atendimento de emergência. Foi daí que nasceu a psiquiatria preventiva, a intervenção de crise e novas maneiras para lidar com os casos agudos. Os atendimentos psiquiátricos ocorriam em três níveis diferentes: serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral, serviço de emergência em pronto socorro psiquiátrico e atendimento psiquiátrico de emergência em centros comunitários.

Na década de 1970, iniciou-se o movimento para desinstitucionalizar os pacientes psiquiátricos crônicos, com consequente aumento da demanda dos serviços de pronto atendimento. A designação oficial, em 1979, de medicina de emergência em uma especialidade transformou salas de emergência em todo o país em departamentos de emergência, organizados, com rotinas definidas e com médicos de urgência preparados e que fornecem tratamento definitivo para múltiplas desordens. A Associação Americana de Psiquiatria de Emergência foi organizada em 1988 ([SLABY et al., 2005](#)).

Em 1980, articulou-se a filosofia do Serviço de Emergência Psiquiátrica, coerente com uma nova realidade, cujos objetivos eram avaliar o transtorno, evitar que este progredisse, e encaminhar o paciente para tratamento especializado, em resposta a comportamentos que exigem medidas de controle imediatas ([GUERTZENSTEIN, 2007](#)).

No Brasil, com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Na área da Saúde Mental surgiu um projeto de lei que ficou 12 anos sendo debatido e terminou recusado. Um substitutivo ao mesmo foi aprovado e surgiu a Lei no 10.216 que na sua essência determina:

- a. Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos.
- b. Redireciona o modelo assistencial em saúde mental para uma intervenção menos restritiva.
- c. Faculta a internação em instituições que não tenham características asilares.

Em 2014, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) apresentou a Proposta de Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, no qual descreve os tipos de serviço e atendimentos essenciais para a abordagem dos transtornos mentais nos níveis primário, secundário e terciário. Nesse último nível estariam as emergências psiquiátricas.

## **Experiência pessoal de Walmor Piccinini**

Uma das formas de contar a História é pesquisar registros documentais. Cada vez mais os historiadores prestam atenção à história oral. Vou entrar por este caminho já que posso testemunhar sobre a psiquiatria dos últimos 60 anos. Como vivo a psiquiatria desde 1960, primeiro como auxiliar, depois como acompanhante terapêutico, interno e residente, posso utilizar minha memória para trazer informações de como acompanhei o desenvolvimento dos atendimentos psiquiátricos de urgência. O primeiro registro é que apareciam pacientes extremamente agitados, pois na maioria eram virgens de tratamento; era o início da era dos antipsicóticos. Assim os pacientes eram trazidos pela polícia ou vinham trazidos amarrados na carroceria de um caminhão por seus familiares ou colegas de trabalho. Nos hospitais públicos eram atendidos na Unidade de Triagem e nos particulares eram admitidos diretamente.

Uma prática que participei muitas vezes era a de ir à casa do paciente buscá-lo. Muitos nos acompanhavam tranquilamente outros exigiam uma equipe numerosa para contê-los. Era um serviço delicado e perigoso que a minha juventude encarava sem pestanejar, não pensava nos riscos. Porto Alegre dispunha de um Hospital de Pronto-Socorro para onde acorriam todas as vítimas de acidentes, e muitos casos psiquiátricos. Fiz estágio por lá, como estudante, e muitas pequenas cirurgias realizei. Pude observar que os doentes psiquiátricos não eram bem-vindos pelas equipes. Os psicóticos e os suicidas assustavam, as histéricas irritavam e os alcoolistas eram maltratados. Quem não lembra as famosas injeções de glicose e coramina que provocavam um mal-estar terrível? Alguns acidentados entravam em *delirium tremens* devido à abstinência forçada e terminavam transferidos para o Hospital Psiquiátrico São Pedro onde dispunham de uma Unidade Especializada. Alguns morriam de exaustão pela falta de medicamentos. Isso mudou completamente com a introdução do clordiazepóxido.

Esse atendimento rústico foi sendo modificado e surgiram algumas unidades especializadas em Pronto Atendimento Psiquiátrico. Uma

delas é o Pronto Psiquiatria ligado ao Sanatório São José, em Porto Alegre. Na medicina previdenciária criaram-se as Centrais de Atendimento que visavam diminuir o número de internamentos. Terminava-se realizando muita assistência social, pois o número de desempregados e beneficiários da generosidade do seguro social era muito expressivo. Só o fato de acolher um grande número de pessoas em crise, terminava reduzindo as internações psiquiátricas. Na época, havia muitos interessados que os internamentos fossem o mais numeroso possível. Vários serviços abriram e terminaram fechando por estarem em oposição a esse sistema.

Um deles foi o serviço de emergência criado pelo Coordenador de Saúde Mental de São Paulo, Luiz Cerqueira. O ano era 1973. O serviço funcionava no terceiro andar do prédio da previdência social, dispunha de 30 leitos de observação, com atendimento 24 horas. O serviço atendia todo o município de São Paulo. “Este serviço durou três meses e virou lenda, contam que teria diminuído grandemente as internações psiquiátricas e por isso foi fechado.”

Acompanhando a História da Psiquiatria e a História da Emergência Psiquiátrica poderíamos fazer o seguinte mapa:

1. Pacientes em surto eram espancados, recolhidos às prisões.
2. Com o surgimento dos asilos, eram levados pela polícia para os asilos. Lá eram deixados sem documentos, e sem vínculos com família. Uma imagem trágica criada pelo psicanalista Roberto Martins em seu livro Ibiámoré é a do “trem fantasma”. Havia a lenda de um trem que recolhia pessoas pelo interior e que estas desapareciam. É uma visão do vagão dos loucos. O “trem de gado” dispunha de um vagão onde a polícia do interior colocava os loucos que viriam para serem internados. Estes vinham sem documentos, sem nome, desapareciam no ventre do grande asilo. Em Minas Gerais existia o trem para Barbacena. Em São Paulo, o trem para Franco da Rocha.
3. Com o surgimento dos antipsicóticos, muitos puderam ser tratados em domicílio.
4. Com o Community Mental Health Act de 1963 (EUA) surgiram

as emergências de 24 horas que se difundiram pelo mundo, inclusive no Brasil.

5. Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos as emergências psiquiátricas passaram a ser sobrecarregadas pela demanda excessiva e por não ter para onde enviar os pacientes.
6. Os pacientes voltaram a ser espancados e recolhidos às prisões. Situação vivida em vários países nos quais as prisões vêm se transformando em asilos. No Brasil é uma prática não permitida por lei, pois desde 1927 o Decreto no 5.148-A, também conhecido como Decreto de Assistência a Psycopatias, em seu artigo sétimo regulamenta: “É prohibido manter psycopatias em cadeias públicas ou entre criminosos.” O espírito da lei permanece, mas a roda do tempo fez tudo voltar ao que era. Com o fechamento dos leitos hospitalares, o paciente volta a vagar pelas ruas ou a ser recolhido aos presídios.

## Considerações finais

Observamos que a história das emergências psiquiátricas acompanha a história da psiquiatria e da saúde mental em seu desenvolvimento. Nas últimas décadas, a prática psiquiátrica passou por profundas mudanças, visando a criação de alternativas de tratamento que evitassem a permanência dos pacientes por longos períodos em hospitais psiquiátricos. Uma proposta de reforma da assistência em Saúde Mental foi organizada em torno de uma rede de serviços que procura manejar o paciente em nível extra-hospitalar. Além do provimento de ambulatórios e da aproximação da psiquiatria com os hospitais gerais, houve a necessidade da ampliação das funções dos serviços de emergências psiquiátricas para o manejo do paciente em crise (BARROS et al., 2010), bem como a responsabilização pela indicação do tratamento mais adequado, incluindo a decisão pela internação em leitos psiquiátricos (CALFAT, 2007). Nesse contexto as emergências surgem como uma solução para resgate de casos graves, com a proposta de propiciar melhora rápida e proteção aos pacientes mais fragilizados. É, portanto, uma ferramenta essencial para combater as sequelas e o estigma das doenças mentais.

## Questões para estudo

- Os Serviços de Emergência Psiquiátrica foram criados com que objetivo?
- Quais as consequências de não ter para onde encaminhar os pacientes atendidos?
- A prática do atendimento de emergência pode se constituir uma nova área de especialização dentro da Psiquiatria?

## Referências

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria; AMB – Associação Médico Brasileira; CFM – Conselho Federal de Medicina; FENAM – Federação Nacional de Médicos. (2014) Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil.
- Allen MH, Carpenter D, Sheets JL, Miccio S, Ross R. What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *J Psychiatr Pract.* 2003 jan;9(1):39–58.
- Apsler R, Bassuk E. Differences among clinicians in the decision to admit. *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40:1133–1140.
- Barros REM, Tung TC, Mari JJ. *Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira.* Revista Brasileira de Psiquiatria; 2010.
- Bengelsdorf H, Levy LE. Decision making in the emergency room. *Am J Psychiatry.* 1989;146(2):291.
- Bowers L, Nijman H, Palmstierna T, Crowhurst N. Issues in the measurement of violent incidents and the introduction of a newscale: the 'attacks' (attempted and actual assault scale). *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum.* 2002;(412):106–109.
- Brasil. (2001) Ministério da Saúde. Lei no 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex – Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5a ed. amp., 17-19, 2004.
- Calfat ELB. Apresentação do pronto-socorro do centro de atenção integrada à saúde mental da irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. In: Cordeiro DC, Baldaçara L, eds. *Emergências psiquiátricas.* São Paulo: Roca; 2007:1–9.
- Gomes, M.P. (1983) A emergência psiquiátrica em Angra dos Reis: um estudo de caso. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro.
- Guertzeinstein EZ. Emergências em psiquiatria. In: Louzã Neto MR, Elkis H, eds. *Psiquiatria básica.* 2a ed Porto Alegre: Artmed; 2007:451–463: 2007.
- Hillard JR. The past and future of psychiatric emergency services in the US. *Psychiatric Services.* 1994;45(6):541–543.
- Jabert A. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. História Ciências Saúde Manguinhos. *Rio de Janeiro.* 2005;12(3):693–716: dezembro.

- Paulin, L.F.R.S. (1998) A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: uma análise histórica, documental e oral. Tese de doutorado. Unicamp.
- Scliar, M.I. (1999) Da bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.
- Slaby AE, Dublin WR, Baron DA. Other psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins; 2005:2453–2471: 2005.
- SUS– Santa Catarina. Urgências e emergências psiquiátricas em pronto-socorro. Decreto Presidencial nº 7.508/2011. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).
- Xavier JC. História da psiquiatria de urgência. In: Cordeiro D, Baldaçara L, eds. *Emergências psiquiátricas*. Rio de Janeiro: Roca; 2007.

---

## CAPÍTULO 2

# A importância das emergências psiquiátricas

---

*Roberto Mendes dos Santos*

## Pontos principais

---

- Emergências Psiquiátricas (EP) são todas as alterações comportamentais que resultem em risco real e significativo, e exigem intervenção terapêutica imediata e imprescindível, com a finalidade de evitar sua evolução deletéria, para o paciente e para terceiros.
- Um Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) pode ser definido como uma unidade de atendimento em saúde mental destinada a prestar acolhimento imediato para avaliação e indicações terapêuticas, além de ofertar condições de manejo de casos agudos de sintomas psiquiátricos. Dessa consulta pode depender o seguimento posterior e a possível adesão ao tratamento, tornando-os essenciais, não apenas pelo seu papel de porta de entrada, mas também como centro regulador da rede de saúde mental do país.
- Há poucos estudos na literatura sobre o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelos serviços de emergência psiquiátrica do país. Pouco se sabe sobre a organização de equipes de emergência e os problemas que enfrentam diariamente.

- O objetivo principal do atendimento em psiquiatria na urgência é avaliar em tempo hábil o paciente em crise. A equipe deve considerar uma hipótese inicial, excluir causas orgânicas, identificar os fatores precipitantes e as necessidades imediatas, além de iniciar o tratamento ou encaminhar o paciente para o local de tratamento mais adequado.
  - Além dos sintomas comportamentais secundários ao consumo de substâncias psicoativas, episódios psicóticos agudos e quadros de transtornos de humor e de ansiedade são situações comuns aos SEPs.
-

## Introdução

Podemos definir situações de emergência como aquelas que envolvem risco de vida ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e impostergáveis. Já as situações de urgência envolvem riscos menores, necessitando de intervenção a curto prazo ([FLECK, 1996](#)).

Por sua vez, as Emergências Psiquiátricas (EP) são todas as alterações comportamentais que resultem em risco real e significativo, e exigem intervenção terapêutica imediata e imprescindível, com a finalidade de evitar sua evolução deletéria, para o paciente e para terceiros. A presteza no atendimento é determinada pela gravidade das alterações psíquicas e comportamentais, tanto aquelas já em curso como as que estariam em iminente instalação ([GUERTZEINSTEIN, 2007](#)). O conjunto de atitudes tomadas durante tal atendimento possui intenção de prevenir conclusão danosa individual e social ([CALFAT, 2007](#)).

Fazem parte desse ciclo de pacientes tanto os que possuem histórico de transtornos mentais crônicos, que se apresentam em um momento de recaída, como também aqueles pacientes sem história psiquiátrica pregressa, que apresentam uma crise aguda, ou qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes na comunidade ([BARROS, et al., 2009; CRUZ, et al., 2010](#)). Deve ser tratada como um evento grave, no qual a subjetividade é importante, além de ser não programada, com abordagem anterior ausente ou insuficiente, e com apoio sociofamiliar ou profissional falho ou conflituoso ([CURRIER, 2003](#)).

Essa definição sugere que a EP não é uma função exclusiva de uma determinada alteração psicopatológica, mas também do sistema de serviços oferecidos por uma determinada região na qual o indivíduo está inserido ([DEL-BEN, 1999](#)).

A complexidade de tais quadros exige do psiquiatra que trabalha em serviços de emergência permanente atualização, tanto com as questões clínicas quanto com os problemas éticos e legais que deverá

enfrentar em sua prática diária ([MENEGON et al., 2014](#)).

## **Importância dos serviços de emergência psiquiátrica**

Um Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) pode ser definido como uma unidade de atendimento em saúde mental destinada a prestar acolhimento imediato para avaliação e indicações terapêuticas, além de ofertar condições de manejo de casos agudos de sintomas psiquiátricos. Seus serviços devem estar disponíveis a todo momento. É primordial haver acesso imediato a outros serviços de cuidados médicos, assim como a leitos de observação para curta permanência ([CURRIER, 2003](#)).

A procura pelos SEPs vem crescendo no mundo todo ([LARKIN et al., 2009](#)). Tal fenômeno relaciona-se com a tendência a mudanças nas políticas de saúde mental, que desestimulam internações recorrentes e prolongadas, e buscam soluções de tratamento que promovam maior integração do paciente à comunidade ([KAWAKAMI et al., 2016](#)).

Indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, nesse contexto, buscam com maior frequência atendimento nos serviços de emergência psiquiátrica quando das descompensações periódicas da própria doença, suporte social ineficiente ou mesmo por eventuais falhas nos serviços de saúde mental disponíveis ([KATES et al., 1996](#)). A emergência psiquiátrica passou a assumir novas responsabilidades, além da tarefa de triagem e encaminhamento, como a estabilização da crise e a introdução do tratamento definitivo ([FOSTER & KING, 1994](#)).

O SEP, na atualidade, é apenas uma das muitas faces da rede de atenção psicossocial, apresentando-se como uma das principais portas de entrada para o início do tratamento psiquiátrico no país ([CALFAT et al., 2008](#)). Nesse contexto, a diversidade de situações que fazem parte do dia a dia desses serviços é substancial, ultrapassando os limites clínicos das síndromes psiquiátricas, abarcando também uma série de tarefas e responsabilizações relacionadas com assistência social e aspectos legais para com o indivíduo que procura atendimento.

A consulta de urgência é, muitas vezes, o momento em que o

paciente tem seu primeiro contato com a psiquiatria (CALFAT, 2007), bem como pode ser a principal fonte de encaminhamento para tratamento de pacientes em primeiro episódio psicótico (ANDERSON et al., 2010; MENEZES et al., 2007). Dessa consulta pode depender o seguimento posterior e a possível adesão ao tratamento, tornando os pronto-atendimentos psiquiátricos essenciais, não apenas pelo seu papel de porta de entrada, mas também como centro regulador da rede de saúde mental do país (BARROS et al., 2010).

A necessidade de desenvolvimento de uma rede de atenção psicossocial, sem o adequado planejamento, trouxe consequente aumento da demanda dos serviços de pronto-atendimento. A diminuição desarticulada de leitos hospitalares promoveu uma demanda maior pelos SEPs, à medida que outros serviços de saúde mental, como ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que deveriam funcionar de maneira complementar, não estavam disponíveis em quantidade – e qualidade – suficiente para absorver essa demanda.

O funcionamento ineficaz dos serviços ambulatoriais públicos de saúde mental tem forçado os serviços de emergência psiquiátrica a se tornarem, de fato, os provedores de assistência mental aguda primordial, não só no Brasil, como em outros países (LARKIN et al., 2009). Tal situação gera tanto dificuldades para o acesso dos pacientes a atendimento durante episódios agudos, quanto dificuldade para a manutenção do tratamento hospitalar de pacientes mais graves. A dificuldade na acessibilidade dos pacientes aos serviços comunitários representa fator desorganizador das redes de saúde mental (BARROS, 2012).

Como consequência lógica, há aumento do número de pacientes na comunidade sujeitos a recaídas, por vezes repetitivas, demandando o uso crescente e gradativo fortalecimento do SEP. Nesse sentido, os SEPs atuam como a entrada ao fenômeno de porta giratória, caracterizado pela reincidência em internações psiquiátricas, em um curto espaço de tempo entre uma internação e outra, devido à ausência de um sistema de saúde mental integrado (THORNICROFT & TANSELLA, 2002). Barros et al. (2010) apontam que SEPs ativos e

eficientes possuem o papel de também evidenciar as dificuldades de resolução da rede de saúde mental na qual estão inseridos, e acabam compensando as limitações desta (BARROS et al., 2010).

Da mesma forma, serviços de emergências psiquiátricas eficientes e bem conduzidos podem diminuir as admissões hospitalares desnecessárias e promover uso mais eficiente dos leitos hospitalares. Quando bem integrados, e com serviços alternativos extra-hospitalares acessíveis, promovem aumento da qualidade do sistema de saúde como um todo, e diminuem os custos (KATES et al., 1996).

A equipe multidisciplinar – médicos, enfermagem, psicólogos, assistentes sociais – sediados em departamentos de emergência, ou outros ambientes de cuidados agudos, ainda que sobrecarregados com uma ampla gama de serviços, devem estar preparados para atendimento para pacientes com transtornos psiquiátricos. Além do manejo técnico, as emergências psiquiátricas estão associadas a potenciais desdobramentos de cunho ético e legal, notadamente os internamentos involuntários (MENEGON et al., 2014).

Tal grupo deve ser capaz de gerenciar não apenas casos sobre doenças médicas e suas manifestações psiquiátricas, mas também deve ser habilidoso na resolução de conflitos, legalmente informado e embasado sobre as responsabilidades pela segurança dos pacientes, saber direcionar crises e seus riscos, ou mesmo problemas nos sistemas hospitalares em que estão incluídos.

## Epidemiologia

Cerca de dois milhões de pessoas visitam os departamentos de emergência psiquiátrica por ano, em função de quadros clínicos associados à agitação psicomotora nos Estados Unidos. A agitação estava presente em 52% dos pacientes atendidos nos serviços de emergência psiquiátrica, e em 47% deles houve necessidade de prescrição de medicação específica reduzir os sintomas, conforme observado em uma revisão retrospectiva de 400 prontuários de nove centros norte-americanos pela Psychiatric Emergency Research Collaboration (PERC). Quase metade desses indivíduos foram internados em um hospital ou permaneceram em uma unidade de observação. A esquizofrenia e o transtorno bipolar do humor aparecem como causas subjacentes em 21% e 13% dessas visitas, respectivamente ([SAN et al., 2016](#)).

[Barratt et al. \(2016\)](#), em estudo de metanálise, identificaram 18 estudos epidemiológicos que, em conjunto, sugerem que 4% dos pacientes foram atendidos em salas de emergência em solo norte-americano por sintomas de transtorno mental ou comportamental. A revisão chama a atenção para a afirmação de que um terço desses seriam especificamente devido a ferimentos autoinfligidos por ideação ou mesmo tentativa suicida ([BARRATT et al., 2016](#)).

Embora a grande maioria da prática médica em psiquiatria ocorra fora do ambiente hospitalar, a proporção de visitas aos serviços de emergência para queixas psiquiátricas está aumentando. [Hazlett et al. \(2004\)](#) realizaram estudo com objetivo de observar a epidemiologia dos quadros psiquiátricos nos departamentos de emergência norte-americanos no período entre 1992 e 2000. Os resultados desse estudo demonstram que um número substancial de pessoas utiliza as salas de emergência para problemas de saúde mental. No período, as taxas de visitas aumentaram 15%. Em contraste, as taxas gerais de visitas às emergências não aumentaram significativamente durante o mesmo período de tempo. Em 2004, os 4,3 milhões de visitas às salas de emergência foram responsáveis por aproximadamente 5,4% das visitas totais a um serviço de emergência ([HAZLETT et al., 2004](#)).

O número de pacientes psiquiátricos que se apresentam aos Departamentos de Emergência aumentou em diferentes países nos últimos anos (JOLFAEI et al., 2012). A revisão de Larkin et al. (2009), por exemplo, ao analisar os dados acumulados no National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS), nos Estados Unidos, entre 1992 a 2001, mostrou que as visitas à emergência relacionadas com psiquiatria haviam aumentado a um ritmo mais rápido em comparação com as visitas de emergência não relacionadas com psiquiatria (38% vs 8%) (LARKIN et al., 2009).

Além disso, um estudo da National American College of Emergency Physicians demonstrou um aumento de 61,3% em pacientes em departamentos de emergência que apresentam emergências psiquiátricas em um curso de 6 a 12 meses (BONDREAUX et al., 2009). Em adição, estudos em diferentes países mostram que as visitas psiquiátricas às emergências aumentaram; acompanhando o aumento do número de unidades psiquiátricas dos hospitais gerais (MCDONOUGH et al., 2004; SUMMERS & HAPPELL, 2003).

Estima-se que 5% dos pacientes atendidos em unidades de emergência do Reino Unido apresentem um problema psiquiátrico primário e outros 20% a 30% apresentam sintomas psiquiátricos relacionados com doenças físicas (BOLTON, 2009).

Na literatura internacional existem vários estudos sobre aspectos específicos da emergência psiquiátrica, como os relacionados com tentativas de suicídio e comportamentos agressivos – a maioria dos quais visa revisar casos descritos em prontuários (DIMENSTEIN et al., 2015). Em destaque, a análise descritiva de emergências atendidas em um complexo hospitalar da região de Sevilha (Espanha), realizada por Conde Díaz et al. (2009) encontrou um aumento crescente de transtornos de personalidade e casos de agressão como principal motivo de consulta (CONDE DÍAZ et al., 2009). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Swanson et al. (2008), realizado na Carolina do Norte, Estados Unidos, Thornicroft e Alem et al. (2010) e Thornicroft e Farrelly et al. (2010) realizado em Londres e nas cidades inglesas de Manchester e Birmingham. Esses estudos

visaram a avaliação de protocolos para a redução de intervenções coercivas em situações de risco e para a atenuação das hospitalizações (SWANSON et al., 2008; THORNICROFT et al., 2010a; THORNICROFT et al., 2010b).

Transtornos por uso de substâncias são prevalentes em setores de emergência. Aproximadamente 374 mil pacientes maiores de 12 anos procuraram, por este motivo, setores de emergência nos Estados Unidos, o que representou 8,5% de todos os atendimentos relacionados com a clientela naquele país, em 2008 (AMARAL et al., 2010; ALDWORTH, 2009).

Em relação à psiquiatria da infância e da adolescência, estudos com crianças norte-americanas demonstram que mais de 20% de crianças e adolescentes de 9 a 17 anos têm um transtorno mental diagnosticável, mas estes são muitas vezes não reconhecidos e não tratados (SHAFFER et al., 1996). Desta feita, a sala de emergência é muitas vezes o ponto de entrada para o sistema de saúde para muitos pacientes dessa faixa etária com transtornos mentais (MANHAJAN et al., 2009). Sills e Bland (2002) realizaram uma análise dos dados do NHAMCS para a infância e a adolescência, entre 1993 e 1999, e observaram uma tendência de crescimento do número de visitas desse público; as quais representaram 1,6% de todas as visitas às emergências (SILLS & BLAND, 2002). O estudo de visitas relacionadas com a psiquiatria e seu impacto nos serviços médicos de emergência para crianças é identificado como uma área de alta prioridade (MANHAJAN et al., 2009).

## **Brasil**

Há poucos estudos na literatura com informações qualificadas sobre o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelos serviços de emergência psiquiátrica do país. Pouco se sabe sobre a organização de equipes de emergência, os problemas que enfrentam diariamente ou a capacidade de estabelecer ligações com os serviços complementares (BRASIL, 2011; DEL-BEN et al., 2010).

Mesmo considerado um importante serviço para a organização das redes de saúde mental, os dados brasileiros sobre as emergências psiquiátricas são escassos, não havendo muitas informações relativas à distribuição dos SEPs em território brasileiro (BARROS et al., 2010).

Os transtornos psíquicos agudos incluem-se no quadro das urgências e emergências atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), e correspondem a cerca de 10% de todos os atendimentos de emergência e urgência de hospitais gerais e dos serviços de pronto-socorro do país (BRASIL, 2011).

Lima e Guimarães (2015) realizaram revisão sistemática com o objetivo de identificar e analisar o perfil das emergências psiquiátricas atendidas em serviços de urgência e emergência hospitalar, quanto ao número de atendimentos, principais psicopatologias atendidas, prevalência entre os sexos e faixa etária predominante. Os resultados apresentaram dados de quatro artigos. Os diagnósticos mais relevantes encontrados foram a esquizofrenia e transtornos mentais e comportamentais relacionados com o uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Transtornos de humor, transtornos relacionados com estresse, somatoformes, transtornos de personalidade e retardo mental também foram apresentados. Quanto à faixa etária, predominou uma média entre 37 a 39 anos, e em 75% das pesquisas houve concordância como sendo os homens os que mais procuram consultas nas urgências e emergências psiquiátricas (LIMA & GUIMARÃES, 2015).

Santos et al. (2014) assinalam que do total de atendimentos prestados pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) no território brasileiro, entre 2010 e 2014, cerca de 5% a 10% foram

referentes às urgências e emergências psiquiátricas ([SANTOS et al., 2014](#)).

Em pesquisa realizada com dados acumulados pelo SAMU em Maceió (AL), entre março de 2012 e março de 2013, Santos et al. apontam que dos 18.820 atendimentos realizados no período, 5,2% foram prestados a indivíduos com quadros de urgência psiquiátrica. Das pessoas socorridas, 50% foram descritas como agitadas e/ou agressivas, 58,3% eram do sexo masculino, a maioria na faixa etária entre 21 e 30 anos, e 65,3% apresentavam história pregressa de acompanhamento psiquiátrico ([SANTOS et al., 2014](#)).

[Calegaro et al. \(2016\)](#) avaliaram os atendimentos realizados pelo serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria/RS (SEP-HUSM). O perfil da população atendida foi formado, principalmente, por adultos procedentes de Santa Maria, com idades entre 25 e 44 anos, que buscam o serviço repetidamente, e são ou admitidos à internação (observação hospitalar ou internação imediata), ou encaminhados aos CAPS. Há um leve predomínio de homens à procura por atendimento de urgência. Os principais diagnósticos foram os transtornos de humor, de uso de substâncias e de personalidade. Em geral, a maioria dos homens apresentava transtorno de uso de substâncias, e das mulheres, transtornos de humor ([CALEGARO, 2016](#)).

Um padrão semelhante parece ser encontrado em diversos serviços, e, embora com diferenças na prevalência de homens e mulheres em cada serviço, estudos realizados no país apontam para uma prevalência maior de homens ([DOS SANTOS et al., 2000; MEDEIROS et al., 2011; CARRILHO, 2007; CHAPUT et al., 2011](#))

[Padilha et al. \(2013\)](#) descreveram o perfil sociodemográfico e clínico, e as condutas para pacientes atendidos pela psiquiatria na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) entre maio de 2010 e maio de 2011. Houve 1.835 atendimentos pela psiquiatria no período, correspondendo a 1.465 pacientes. Encontrou-se predomínio de mulheres, com idade média de 37 anos, provenientes de demanda espontânea ([PADILHA et al., 2013](#)).

As razões para as consultas foram principalmente sintomas de depressão, agitação psicomotora, alterações comportamentais por substâncias psicoativas, e 16,2% dos pacientes tiveram mais de uma consulta psiquiátrica ao serviço durante o período. As hipóteses diagnósticas mais frequentes foram distúrbios relacionados com substâncias psicoativas e transtornos depressivos e psicóticos. Os pacientes foram principalmente encaminhados para a rede de atenção primária de saúde mental e para os ambulatórios psiquiátricos especializados da universidade (PADILHA et al., 2013).

Dos Santos et al. (2000) estudou a emergência psiquiátrica de Ribeirão Preto (EP-RP), a qual mostra perfil demográfico da população usuária semelhante ao que se encontra na literatura: com maioria de homens, jovens, não casados, de baixa escolaridade e com diagnósticos graves como esquizofrenias e transtornos relacionados com o uso de substâncias (DOS SANTOS et al., 2000).

A prevalência dos transtornos de uso de substâncias nos SEPs é bastante variável na literatura brasileira, mas, em geral, ocupa papel de destaque (21,5 a 69%). Dois estudos apresentaram altas prevalências de uso de substâncias no contexto da emergência. Sousa et al. (2010) estudaram os registros de prontuários de 191 clientes com sofrimento psíquico assistidos no Serviço de Emergência Psiquiátrica de Sobral/CE, desenvolvido no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, no período de janeiro a dezembro de 2007. Observou-se predomínio de pacientes do sexo masculino, com idades entre 30 e 49 anos, em demanda espontânea, com diagnóstico de transtorno comportamental por uso de álcool; Baltieri e Andrade (2002), em um estudo em Santo André, São Paulo, expuseram que o transtorno de uso de substâncias correspondeu a 69% dos atendimentos, sendo 44%, álcool, enquanto apenas 10% corresponderam a transtornos de humor (SOUSA et al., 2010; BALTIERI & ANDRADE, 2002).

## **Objetivos do atendimento de emergência**

O objetivo principal de uma avaliação psiquiátrica de urgência é avaliar em tempo hábil o paciente em crise. Com essa finalidade, a equipe de cuidados precisa considerar uma hipótese inicial, identificar os fatores precipitantes e as necessidades imediatas, além de iniciar o tratamento ou encaminhar o paciente para o local de tratamento mais adequado ([SADOCK et al., 2017](#)).

Para [Menegon et al. \(2014\)](#) podem ser elencadas, academicamente, quatro alvos principais para um Serviço de Emergência Psiquiátrica ([Quadro 2.1](#)).

---

### **Quadro 2.1**

#### **Principais alvos para um Serviço de Emergência Psiquiátrica**

---

- a) Estabilização do quadro inicial: deve-se estabelecer um sintoma-alvo a ser abordado e controlado, a fim de facilitar a continuidade da investigação diagnóstica e a intervenção terapêutica.
- b) Estabelecimento de uma hipótese diagnóstica: é importante procurar definir a causa provável da situação de emergência do paciente. O estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, mesmo que provisória, serve como referencial para a avaliação da evolução.
- c) Exclusão de uma causa orgânica: é recomendável, inicialmente, excluir uma potencial causa orgânica que explique as alterações do estado mental do paciente. A partir do grau de suspeição, deve-se solicitar exames complementares apropriados. A confirmação dessa hipótese é importante, pois pode mudar o curso terapêutico, pela necessidade de inicialmente priorizar os cuidados clínicos, e não os psiquiátricos, os quais, inclusive, podem envolver risco iminente de vida do paciente. Aqui ressalta-se a importância de um protocolo de triagem bem definido ([BALTIERI & ANDRADE, 2002](#)).
- d) Encaminhamento: após a estabilização do quadro e o manejo dos riscos imediatos, a equipe de emergência deve encaminhar adequadamente o paciente para que seja dada continuidade ao tratamento do evento desencadeante. Pode-se seguir para internação hospitalar, hospital-dia, CAPS e ambulatório, entre outros. Raras são

as situações em que o atendimento de emergência se encerra em si mesmo (FLECK, 1996).

---

Fonte: [Menegon et al. \(2014\)](#).

Para um número cada vez maior de pacientes, os SEPs são a porta de entrada para o sistema de saúde e uma fonte essencial de tratamento, quando não a única opção (BRASIL, 2011). Além disso, também constituem unidade central para o funcionamento adequado de redes de saúde mental, tanto pelo manejo de situações de emergências, como pela regulação da rede em que se insere ([MEDEIROS et al., 2011](#)).

Essa retaguarda proporcionada pelo SEP pode incluir tratamento e avaliação de alterações agudas do comportamento, avaliação de condições médicas gerais associadas ao quadro psiquiátrico, auxílio na hospitalização, ajuste medicamentoso, cobertura durante o período em que os demais serviços não estão disponíveis, seguimento de curto prazo e encaminhamento para os serviços de origem após o manejo do quadro agudo ([CALEGARO et al., 2016](#); [DEL-BEN et al., 1999](#)).

Para a Associação Americana de Psiquiatria ([APA, 2016](#)), também é parte importante dos objetivos de um Serviço de Emergência Psiquiátrica, a assistência aos familiares e/ou pessoas com quem o paciente convive. Deve-se abrir canal de comunicação constante para o entendimento da situação clínica em nível longitudinal, além de identificar responsáveis para os cuidados que se seguirão após a alta. Estes devem ser prontamente informados sobre como conduzir os próximos passos terapêuticos, bem como garantir a segurança do paciente e das demais pessoas à sua volta.

A percepção de ausência de rede familiar deve provocar a convocação de serviços de assistência social e redes de amparo para pessoas em situação de vulnerabilidade social. É responsabilidade do serviço de saúde evitar que o paciente deixe o atendimento desacompanhado e sem destino adequado, principalmente quando há prejuízo no juízo de realidade.

Durante o gerenciamento do caso, a equipe de emergência pode ter necessidade de colher informações mais detalhadas de tratamentos

atuais e pregressos. Desta feita, deve estar ciente da rede de atenção psicossocial em que está inserida, para conseguir buscar informações importantes em outros serviços de saúde que prestem assistência ao paciente. A existência de canais de diálogos qualificados entre as instituições pode facilitar sobremaneira os próximos encaminhamentos do tratamento.

## **Principais situações que chegam aos SEPs**

Para [Sadock et al. \(2017\)](#), o que constituiria uma situação de emergência psiquiátrica seria altamente subjetivo, já que esse tipo de serviço serve, cada vez mais, para múltiplas tarefas, como uma área de admissão de pacientes, uma sala de espera, um centro de desintoxicação ou mesmo um consultório médico privado. Os sintomas de emergência precisam ter uma avaliação rápida, com distinção rápida daqueles que constituem verdadeiramente uma emergência psiquiátrica em detrimento dos pacientes que não estão agudamente doentes e das emergências não psiquiátricas. É importante também escalonar as prioridades de cuidado ([SADOCK et al., 2017](#)).

Diferenciar as condições orgânicas de transtornos mentais funcionais é a questão primordial a ser avaliada. Alterações agudas de comportamento, desorientação, inquietação ou mesmo agitação psicomotora, alterações sensoperceptivas ou de juízo de realidade podem ser secundárias a situações clínicas, como, por exemplo, encefalopatias, encefalites, infecções, alterações endócrinas e metabólicas e traumas encefálicos, entre outros. Uma vez que algumas dessas condições podem ameaçar rapidamente a vida do paciente em exame, devem ser rapidamente identificadas e encaminhadas para atendimento clínico adequado e manejo da causa orgânica identificada. O exame neurológico básico deve ser sempre utilizado para perceber alterações do nível de consciência, o qual pode estar rebaixado.

Outras situações clínicas importantes que costumam chegar ao Serviço de Emergência Psiquiátrica são os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Utilizando-se do mesmo raciocínio relacionado com os quadros orgânicos, a avaliação e o manejo dos sintomas psiquiátricos secundários a intoxicação, ao abuso ou às síndromes de abstinência de drogas devem ser prioritariamente realizados por equipe de clínica médica. Deve-se lembrar que, ainda que sintomas como ansiedade, labilidade, alterações de sono e de apetite e até mesmo alucinações

visuais possam ocorrer, as importantes alterações cardiovasculares e do sistema nervoso autônomo requerem cuidados intensivo em muitos casos.

No contexto de atendimentos em emergência psiquiátrica, o médico pode deparar-se com situações que não configuram necessariamente uma emergência. É importante estabelecer um “diagnóstico diferencial” da situação, com o objetivo de poupar tempo e esforços para oferecer o melhor atendimento possível ([MENEGON et al., 2014](#)). Pode-se definir situações de emergência como aquelas que envolvem risco de vida ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e impostergáveis. Já as situações de urgência envolvem riscos menores, necessitando de intervenção a curto prazo ([FLECK, 1996](#)).

Basicamente, existem três tipos de situação em atendimentos nos serviços de emergência psiquiátrica ([MENEGON et al., 2014](#); [CALFAT, 2007](#); [WALKER, 1983](#)) ([Quadro 2.2](#)).

---

## Quadro 2.2

### **Tipos de situação atendidos nos serviços de emergência psiquiátrica**

---

- a) Emergência: distúrbio do pensamento, sentimentos ou ações que envolvem risco de morte ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas (minutos ou poucas horas), como: condutas violentas, tentativas ou planejamento suicida, estupor depressivo, excitação maníaca, atos de automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e severa autonegligência.
  - b) Urgência: a situação em destaque implica riscos menores, que necessitam de intervenções em curto prazo (dias ou semanas). Exemplos: comportamento bizarro, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas e sintomas psicóticos leves.
  - c) Eletivas: a rapidez da intervenção não seria um critério essencialmente importante. Como exemplos pode-se citar: ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, informações sobre medicações e fornecimento de receitas. A utilização de serviços de emergência como fonte de encaminhamentos ambulatoriais ou para os CAPS também pode acontecer.
-

Atenção especial também deve ser direcionada aos pacientes de extremos etários. De um lado, há utilização crescente do Serviço de Emergência Psiquiátrica pelo público infantil e adolescente. Estudos têm destacado que o pronto-socorro pode ser a primeira ou até mesmo a única fonte de cuidado à saúde mental dessa população. Logo, se constituiria em um importante local para a sensibilização em relação ao consumo de substâncias psicoativas, a comportamentos de risco e às consequências psicossociais das alterações comportamentais agudas.

Nas últimas décadas, houve aumento da frequência de utilização dos serviços de emergência psiquiátrica por crianças e adolescentes, por diferentes fatores, como aumento da prevalência dos problemas de saúde mental nessa faixa etária, dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais de base comunitária, além de estigma (ou mesmo preparo deficiente) dos profissionais em lidar com problemas de saúde mental nos demais serviços de saúde.

Por outro lado, os idosos já representam de 12% a 24% dos casos de emergências, além de comparecer com mais frequência que os jovens, apresentar doenças mais graves e necessitar de atendimento de maior complexidade ([BALDAÇARA et al., 2012](#)). O aumento da expectativa de vida de pacientes psiquiátricos crônicos, a frequente associação com comorbidades clínicas severas, bem como o aumento do volume de pacientes que necessitam de cuidados em neuropsiquiatria geriátrica também podem explicar a importância dos serviços de emergência para esse público.

## Questões para estudo

- Qual o conceito de emergências psiquiátricas?
- Qual a importância dos serviços de emergência psiquiátrica para a rede de atenção psicossocial do país?
- Qual o perfil dos atendimentos realizados pelos serviços de emergência psiquiátrica do país? Assemelha-se ao de outros países?
- Quais os principais alvos a serem atingidos por uma avaliação

psiquiátrica de urgência?

- Quais são os quadros clínicos mais presentes nos atendimentos?

## Referências

- Aldworth J. *Results from the 2007 national survey on drug use and health: National findings*. Diane Publishing; 2009.
- do Amaral RA, et al. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(suppl 2):S104–S111.
- Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2010;40(10):1585.
- APA (2016) Work Group on Psychiatric Evaluation. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults / APA Work Group on Psychiatric Evaluation, Joel J. Silverman, chair [and eleven others]. 3th ed.
- Baldaçara, L. et al. (2012) Emergências psiquiátricas nos idosos. Estudo epidemiológico. Arquivos médicos dos hospitais da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, 57(1), p.11-18.
- Baltieri DA, Andrade AG. Transtornos psiquiátricos comuns no serviço de emergência psiquiátrica – uma experiência do Centro Hospitalar de Santo André. *Rev Bras Med*. 2002;59(8):585–589.
- Barratt H, et al. Epidemiology of mental health attendances at emergency departments: systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2016;11(4):e0154449.
- Barros, R.E.M. (2012) Re-internações psiquiátricas-influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- Barros REM, et al. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009;32(2):145–151.
- Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(supl. 2).
- Bolton J. Psychiatry in the emergency department. *Psychiatry*. 2009;8(6):185–188.
- Boudreaux ED, et al. The psychiatric emergency research collaboration-01: methods and results. *General hospital psychiatry*. 2009;31(6):515–522.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011) Política Nacional de Atenção às Urgências:

- Diretrizes e mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília.
- Brasil MAA. Psychiatric emergency services: a key part of the healthcare network. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32:S69–S70.
- Calegaro VC, et al. Padrão dos atendimentos em uma emergência psiquiátrica de referência para a Região Central do Rio Grande do Sul. *Revista da AMRIGS*. 2016;60(3):185–190.
- Calfat, E.L.B. (2007) Apresentação do pronto-socorro do centro de atenção integrada à saúde mental da irmandade da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. In: Cordeiro, D.C., Baldaçara, L. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca, 1-9.
- Calfat, E.L.B. et al. (2008) Emergência psiquiátrica e regionalização do SUS na cidade de São Paulo. Uma diretriz ainda distante. *Arq Med Hosp da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo*, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 93-97.
- Carrilho APLP. Epidemiologia do serviço de emergência psiquiátrica. *Saúde Mental*. 2007;9(5):10–16.
- Chaput Y, et al. The elderly in the psychiatric emergency service (PES): a descriptive study. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):111.
- Conde Díaz M, et al. La urgencia psiquiátrica en un hospital general: La patología de la agresividad principal motivo de consulta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2009;29(2):303–317.
- Cruz C, et al. Epidemiología de la urgencia psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz: Un nuevo estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*. 2010;48(3):175–183.
- Currier GW, Allen M. Organization and function of academic psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25(2):124–129.
- Del-Ben CM, et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. *Rev Saúde Pública, São Paulo*. 1999;33(5):470–476.
- Del-Ben CM, et al. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr, São Paulo*. 2010;32(supl. 2):S78–S86.
- dos Santos MESB, et al. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(5):468–474.
- Fleck MPA. Emergências psiquiátricas. In: Taborda J, Lima P, eds. *Rotinas em psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996:231–239.
- Forster P, King J. Definitive treatment of patients with serious mental

- disorders in an emergency service. Part I. *Psychiatric Services*. 1994;45(9):867–869.
- Gomes, M.P. (1993) A emergência psiquiátrica em Angra dos Reis: um estudo de caso. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro.
- Guertzeinstein EZ. Emergências em psiquiatria. In: Louzã Neto MR, Elkis H, eds. *Psiquiatria básica*. 2<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2007:451–463.
- Hazlett SB, et al. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Academic Emergency Medicine*. 2004;11(2):193–195.
- Hillard JR. The past and future of psychiatric emergency services in the US. *Psychiatric Services*. 1994;45(6):541–543.
- Jabert A. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. História Ciências Saúde Manguinhos. *Rio de Janeiro*. 2005;12(3):693–716.
- Jolfaei AG, Isfahani MN, Shoyookhi F. Characteristics of psychiatric visits to the emergency department of Rasoul-e-Akram Hospital, Tehran, Iran. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2012;6(2):42.
- Kaplan HN, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. 6<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Kates, Nick, et al. An integrated regional emergency psychiatry service. *General Hospital Psychiatry*. 1996;18(4):251–256.
- Kawakami D, Prates JG, Tung TC. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. *Revista Debates em Psiquiatria*. 2016;28–35: jul/ago.
- Larkin GL, et al. Mental health and emergency medicine: a research agenda. *Academic Emergency Medicine*. 2009;16(11):1110–1119.
- Lima ICS, Guimarães AB. Perfil das emergências psiquiátricas atendidas em serviços de urgência e emergência hospitalar. *Revista Interdisciplinar*. 2015;8(2):185–194.
- Mahajan P, et al. Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatric Emergency Care*. 2009;25(11):715–720.
- McDonough S, et al. Emergency department mental health triage consultancy service: an evaluation of the first year of the service. *Accident and Emergency Nursing*. 2004;12(1):31–38.
- Medeiros HLV, Monteiro DC, Andrade PLC. Perfil geral de atendimento em um serviço de emergência psiquiátrica. *Neurobiologia (Recife. Impresso)*.

- 2011;74:141–148.
- Menegon GL, Piccin J, Caldieraro MA, Fleck MPA. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Carvalho AF, eds. *Emergências psiquiátricas*. 3<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2014:17–48.
- Menezes PR, et al. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo. *Brazil. The British Journal of Psychiatry*. 2007;191(51):s102–s106.
- Padilha VM, et al. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. *São Paulo Medical Journal*. 2013;131(6):398–404.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2017.
- San L, et al. State of acute agitation at psychiatric emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*. 2016;12:75.
- Santos ACT, et al. Mobile service attendance of urgency to psychiatric urgencies and emergencies. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2014;8(6):1586–1596.
- Shaffer D, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(7):865–877.
- Sills MR, Bland SD. Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments, 1993–1999. *Pediatrics*. 2002;110(4):e40–e140.
- Slaby AE, Dublin WR, Baron DA. Other psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8<sup>th</sup> ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:2453–2471.
- Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(3):796–802.
- Summers M, Happell B. Patient satisfaction with psychiatric services provided by a Melbourne tertiary hospital emergency department. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10(3):351–357.
- Swanson JW, et al. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of Mental Health*. 2008;17(3):255–267.
- Thornicroft G, et al. CRIMSON [CRisis plan IMpact: Subjective and Objective coercion and eNgagement] Protocol: A randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis. *Trials*. 2010;11(1):102.

- Thornicroft G, et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*. 2010;9(2):67–77.
- Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*. 2002;1(2):84–90.
- Venancio ATA. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. História Ciências Saúde Manguinhos. *Rio de Janeiro*. 2003;10(3):883–900.
- Walker I. *Psychiatric emergencies*. Philadelphia: Lippincott Company; 1983.
- Xavier, J.C. (2007) História da Psiquiatria de Urgência. In: Cordeiro, D.C., Baldaçara, L. (orgs.) *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca, 19-23.

---

## CAPÍTULO 3

# **Desassistência à emergência psiquiátrica: um reflexo do estigma?**

---

*Antônio Geraldo da Silva*

*Vanessa Pereira Leal*

*Alexandre Paim Diaz*

## **Pontos principais**

---

- A prevalência dos transtornos psiquiátricos é significativa e a demanda por atendimentos de emergência tem aumentado nos últimos anos em países como os Estados Unidos.
  - A assistência à emergência psiquiátrica é claramente negligenciada para os profissionais que vivenciam a prática clínica no Brasil.
  - Discriminação e estigma (atitudes sociais) podem influenciar no inadequado direcionamento do investimento em serviços de saúde (políticas públicas).
  - O estigma das doenças mentais é uma importante barreira para a criação de serviços de assistência psiquiátrica, incluindo unidades de emergência.
-

---

## Introdução

No Brasil, a prevalência durante a vida de pelo menos um transtorno psiquiátrico pode chegar a 45%. Abuso de substâncias, transtorno do controle dos impulsos e depressão maior, eventualmente associadas a situações de urgência e emergência, têm uma prevalência estimada em 11,8% e 17%, respectivamente (VIANA & ANDRADE, 2012). Além da alta prevalência, a depressão é um dos principais fatores de risco para suicídio (BERTOLOTE & FLEISHMANN, 2002), e este, a segunda causa de mortalidade em adolescentes e a primeira entre mulheres na faixa etária dos 15 aos 19 anos (LOZANO et al., 2012; PETRONI et al., 2015). Quando incluída a mortalidade por intoxicação por medicamentos ou uso de substâncias, muitas vezes notificadas como “acidentais”, a mortalidade por “autolesão” (SIM – self-injury mortality) é quase duas vezes a mortalidade por suicídio e ultrapassa as mortes por causas renais, influenza e pneumonia, com um aumento absoluto de cerca de 65% nos últimos 15 anos (ROCKETT et al., 2016).

Nos Estados Unidos, aproximadamente um em cada oito atendimentos de emergência é devido a um transtorno psiquiátrico. A taxa de atendimentos relacionados com emergências psiquiátricas por 100 mil habitantes em indivíduos acima dos 15 anos cresceu consideravelmente entre 2006 e 2013, chegando a um aumento cumulativo de mais de 55%. Esse aumento foi ainda mais significativo entre a população de baixa renda, quase o dobro quando comparado ao grupo de melhor situação econômica para quadros de depressão e ansiedade e cerca de 50% maior para atendimentos relacionados com transtornos psicóticos (WEISS et al., 2006). No Brasil, a política de assistência à saúde mental implementada nos últimos anos, com fechamento de leitos psiquiátricos a um ritmo não acompanhado da adequada disponibilidade de serviços comunitários e devido a investimento público em saúde mental (ANDREOLI et al., 2007), sugere uma realidade semelhante, de demanda crescente de atendimento a emergências psiquiátricas.

Apesar de claramente negligenciada para os profissionais que vivenciam a prática clínica, não identificamos dados nacionais

referentes à assistência psiquiátrica de emergência, o que reforça a falta de atenção ao tema. Alguns estados dispõem de legislação específica, que estimula a criação de emergências psiquiátricas em hospitais gerais (BRASIL, 2002), no entanto faltam informações sobre o número e efetividade desses serviços.

Considerando a alta prevalência de transtornos psiquiátricos, as elevadas taxas de suicídio e tentativas de suicídio, além da provável crescente demanda de atendimentos psiquiátricos de emergência quando nos baseamos em estudos internacionais, o que estaria contribuindo para a clara omissão que testemunhamos em relação à assistência de emergência em psiquiatria no Brasil?

## **Atitude social e políticas públicas**

De acordo com o modelo social de incapacidade, fatores micro, meso e macro ambientais apresentam uma complexa inter-relação e contribuem, de forma integrada, tanto positiva quanto negativamente para o acesso de pessoas com incapacidade à plena participação nos ambientes físico, sociocultural, político e econômico. Assim, fatores além das limitações impostas pela saúde do indivíduo cooperam de maneira determinante para o usufruto de seus direitos e exercício de sua cidadania. Dentre esses fatores, a Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde (ICF – International Classification of Functioning, Disabilityand Health) ([USTUN et al., 2003](#)) enumera cinco principais: produtos e tecnologia; ambiente natural e modificado pelo homem; suporte e relações; atitude social; serviços, sistemas e políticas públicas. Da mesma forma que a complexa relação entre tais fatores pode prejudicar o indivíduo para além de suas limitações; seja ela física, mental ou ambas; tais ações em direção a um ou mais desses fatores podem trazer benefícios para um grupo amplo de pessoas ([HAMMEL et al., 2015](#)). Assim, se por um lado fatores como discriminação e estigma (atitudes sociais) podem influenciar no adequado direcionamento do investimento em serviços de saúde (políticas públicas); por outro, o combate ao estigma em relação às doenças mentais, por exemplo, pode ter um papel chave no maior investimento em serviços que visem a assistência integral às pessoas que apresentam um transtorno psiquiátrico.

## **Estigma e saúde mental**

Em *Conceptualizing Stigma*, Bruce Link e Jo Phelan afirmam que “o estigma existe quando elementos de rotulagem, estereotipagem, separação, perda de status e discriminação coexistem em uma situação de poder que permite que esses processos se desenvolvam” ([LINK & PHELAN, 2001](#)). Assim, inicialmente as pessoas categorizariam e rotulariam outras de acordo com suas diferenças. Em seguida, “crenças culturais dominantes” associariam grupos específicos a características indesejáveis, estabelecendo estereótipos negativos e criando um ambiente de “nós” e “eles”. Por fim, os indivíduos estigmatizados sofreriam perda de status social e discriminação, que culminariam em uma série de desvantagens sociais. Nessa perspectiva, quando as pessoas são associadas a características indesejáveis, é estabelecida uma lógica de “desvalorização, rejeição e exclusão”, resultando em desigualdades em termos de desfechos sociais, como renda, educação, bem-estar psicológico, acesso à habitação e tratamento médico ([LINK & PHELAN, 2001](#)).

Especificamente em relação a esse último, alguns estudos mostraram a associação entre estigma e barreiras de acesso e criação de serviços de saúde. [O'Brien et al. \(2009\)](#) avaliaram as barreiras e facilitadores para a inclusão de assistência à saúde mental em serviços de cuidados primários de saúde na região norte da Nova Zelândia. Por meio de entrevista estruturada com representantes de 22 dos 25 serviços primários de saúde, os autores identificaram que o estigma em relação às doenças mentais era uma das principais barreiras para a inclusão da atenção à saúde mental. Enquanto alguns dos provedores reconheciam essa relação, outros consideraram a saúde mental apenas “opcional” e não um componente fundamental nos cuidados à saúde ([O'BRIEN et al, 2009](#)). [Csillag et al. \(2016\)](#), por meio de uma revisão não sistemática, analisaram os benefícios da intervenção precoce em psicose e os principais limitadores para sua implementação e disseminação. Os resultados evidenciaram que, apesar do custo-benefício positivo dessas intervenções, estas não são amplamente

implementadas especialmente pelo estigma em relação às doenças psiquiátricas. Em um estudo que incluiu uma abordagem qualitativa, Caplan et al. (2016) avaliaram a presença de serviços de saúde mental, as barreiras para a sua implementação e as estratégias para sua otimização. Os autores encontraram que a barreira mais significativa para que pacientes e seus familiares não tivessem acesso aos poucos serviços de saúde mental disponíveis foi o estigma em relação aos transtornos psiquiátricos, considerado pelos autores um dos principais fatores que impedem o avanço na implementação de atendimento especializados em saúde mental. Em geral, o estigma em relação às doenças mentais é não apenas uma barreira para o investimento público na assistência psiquiátrica, como também um importante limitador para que o paciente procure ajuda e receba o suporte adequado de seus amigos e familiares (SILVA et al., 2016).

Os resultados desses estudos vão ao encontro do conceito de “estigma estrutural” ou “institucional”, que diz respeito às políticas públicas e privadas que restringem, tanto intencional quanto não intencionalmente, o acesso das pessoas com doenças mentais a serviços de saúde adequados às suas necessidades (CORRIGAN et al., 2004). Como exemplo, podemos citar o menor investimento em tratamento para pessoas com transtornos psiquiátricos se comparado a doenças como câncer e cardíacas (LINK & PHELAN, 2001). Enquanto o direcionamento público de recursos a serviços de emergência, hospitalares e ambulatoriais para Institutos de Cardiologia ou Institutos do Câncer são, justamente, recebidos com aprovação e anunciados com alarde pelos agentes políticos, o sucateamento de instituições especializadas no cuidado de pacientes com transtornos psiquiátricos graves e o dramático fechamento contínuo de leitos para a assistência a essas pessoas passa, muitas vezes, despercebidos aos olhos da sociedade.

Considerando a vulnerabilidade que pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam, especialmente em relação a comorbidades com outras doenças clínicas, as repercussões dessa desassistência na psiquiatria de emergência são ainda mais preocupantes. Pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam morbidade geral mais

elevada que a população geral (BOTEZA, 2007; NEWCOMER, 2007; COVEL et al., 2006). Pacientes com esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior têm significativamente maior prevalência de síndrome metabólica (VANCAMPFORT et al., 2015). Transtornos mentais são fatores complicadores no curso do tratamento de doenças sistêmicas, podendo agravar tais comorbidades (SUPRIAN, 2002). A taxa de mortalidade entre indivíduos com transtornos mentais é 2 a 3 vezes maior que a da população geral (BOTEZA, 2007). Doenças metabólicas como diabetes melito, hiperlipidemia e hipertensão arterial sistêmica (HAS) são altamente prevalentes em populações com esquizofrenia, doença associada a uma perda de cerca de 14,5 anos de vida e longevidade consideravelmente menor que a da população geral, especialmente em homens (HJORTHOJ et al., 2017). Além de apresentarem mais comorbidades clínicas, estudos mostram que o controle destas em pacientes com esquizofrenia, por exemplo, é menor que na população geral (LAHTI et al., 2012).

## **Necessidade de atenção integral em emergência psiquiátrica**

Não apenas é necessário um maior investimento em emergências psiquiátricas, mas também que esse atendimento seja realizado de forma integral, como em qualquer situação de emergência médica. Um dos principais objetivos de um atendimento de emergência/urgência psiquiátrica é a exclusão de uma condição médica geral que explique as alterações do estado mental do paciente (KAPCZINSKI et al., 2008). Qualquer sintoma psiquiátrico pode ser causado ou exacerbado por um distúrbio não psiquiátrico (HYMAN & TESAR, 1994). Assim, algumas condições como traumatismo cranioencefálico (TCE), intoxicações agudas e encefalopatias em pacientes imunodeprimidos, podem apresentar-se como manifestações psiquiátricas agudas. Um dos maiores erros em psiquiatria de emergência consiste em ignorar essa possibilidade de diagnóstico diferencial (KAPCZINSKI et al., 2008). Desta forma, quando um paciente chega a um serviço de emergência com alteração do pensamento, do humor ou do comportamento, é responsabilidade do médico que o avalia excluir outras etiologias (HYMAN & TESAR, 1994).

Assim, anamnese detalhada, exames físico geral e neurológico, exames complementares e avaliação psiquiátrica são necessários no diagnóstico e manejo dos pacientes em uma unidade de emergência, reduzindo o risco de erro diagnóstico e a utilização ineficiente dos serviços de saúde. Ter acesso a serviços diagnósticos e contar com o auxílio de outros especialistas em um mesmo local é de grande importância para o diagnóstico, tratamento e encaminhamento desses pacientes (KAPCZINSKI et al., 2008), além de poupar tempo e gastos extras com transporte de pacientes do hospital psiquiátrico ao hospital geral, e vice-versa, para avaliações. Além disso, a convivência de profissionais de saúde mental com outros colegas de outras especialidades médicas propicia a integração de conhecimentos na interface entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas e pode auxiliar na redução do estigma (BOTEAGA, 2007). Em “Diretrizes para

um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”, a Associação Brasileira de Psiquiatria orienta sobre a necessidade de Unidades de Emergências Psiquiátricas em Prontos-Socorros Gerais, abertas em tempo integral e com leitos para acolher pacientes em crise. Além disso, chama a atenção para a importância de Equipes de Psiquiatria no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com profissionais com treinamento específico para o atendimento em saúde mental ([ABP, 2014](#)).

## Considerações finais

Considerando as limitações no sistema público de saúde brasileiro, a assistência à saúde mental é particularmente desprivilegiada. Apesar da alta prevalência dos transtornos psiquiátricos, podendo chegar a 45% durante a vida (VIANA & ANDRADE, 2012), da principal causa de incapacidade médica estar associada à depressão (VIGO et al., 2016) e dos custos das doenças do cérebro, das quais se destacam os transtornos do humor, serem maiores que de doenças como diabetes, cardiovasculares e câncer juntos (SMITH, 2011), a porcentagem dos gastos do Ministério da Saúde em saúde mental é de cerca de 2,5% do total (GONÇALVES et al., 2012). Mesmo cientes da complexidade do tema, consideramos o estigma das doenças mentais parte importante do pano de fundo relacionado com essa desassistência, já que a esse estigma estão associadas desigualdades em termos de desfechos sociais, incluindo o acesso adequado ao tratamento médico para a população estigmatizada (LINK & PHELAN, 2001). Em relação ao atendimento psiquiátrico de urgência, a situação é ainda mais delicada, considerando a grave insuficiência de locais de atendimento especializado, evidente para aqueles que trabalham na prática clínica. Estratégias para redução do estigma em relação aos transtornos psiquiátricos foram consideradas uma das seis prioridades para pesquisa em saúde mental na Europa (WYKES et al., 2015). Campanhas em massa e intervenções específicas direcionadas a públicos-alvo (SILVA et al., 2016; GRONHOLM et al., 2017; SAMPOGNA et al., 2017), por exemplo, poderiam contribuir para uma maior conscientização da importância do investimento em serviços de saúde mental, seja ele de urgência, hospitalar ou ambulatorial.

### Questões para estudo

- Em relação à demanda de atendimento de emergência em psiquiatria, as evidências sugerem uma tendência de aumento, redução ou os números se mantêm estáveis?

- O que seria o estigma estrutural e como ele poderia influenciar na criação de serviços de atendimento em psiquiatria?
- Que evidências justificam uma abordagem multiprofissional no atendimento às emergências psiquiátricas?
- Quais as principais orientações das “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil” da Associação Brasileira de Psiquiatria em relação às emergências psiquiátricas?

## Referências

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014) Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro.
- Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007;29(1):43–46.
- Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*. 2002;1(3):181–185.
- Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002) Legislação em Saúde Mental 1990-2002. In: Executiva S, 3<sup>a</sup> edição revisada. Brasília.
- Caplan S, Little TV, Reyna P, Sosa Lovera A, Garces-King J, Queen K, et al. Mental health services in the Dominican Republic from the perspective of health care providers. *Global Public Health*. 2016;6:1–25.
- Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*. 2004;30(3):481–491.
- Covell NH, Jackson CT, Weissman EM. Health monitoring for patients who have schizophrenia. Summary of the Mount Sinai Conference recommendations. *Postgrad Med*. 2006; Spec N:20-6.
- Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M, Jones PB, Killackey E, Taylor M, et al. Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early Intervention in Psychiatry*. 2016;10(6):540–546.
- Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PG. Mental health policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(1):51–58.
- Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(3):249–258.
- Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Gray DB, Stark S, Kisala P, et al. Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015;96(4):578–588.
- Hjorthoj C, Sturup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-

- analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017.
- Hyman S, Tesar GE. *Manual de emergências psiquiátricas*. 3<sup>a</sup> ed Rio de Janeiro: Medsi; 1994.
- Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. *Emergências psiquiátricas*. 2<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Lahti M, Tiihonen J, Wildgust H, Beary M, Hodgson R, Kajantie E, et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2012;42(11):2275–2285.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–385.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095–2128.
- Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(Suppl 4):8–13.
- O'Brien A, Moir F, Thom K. The provision of mental health care by primary health organisations in the northern region: barriers and enablers. *Journal of Primary Health Care*. 2009;1(2):120–125.
- Petroni S, Patel V, Patton G. Why is suicide the leading killer of older adolescent girls? *Lancet*. 2015;386(10008):2031–2032.
- Rockett IR, Lilly CL, Jia H, Larkin GL, Miller TR, Nelson LS, et al. Self-injury mortality in the United States in the early 21st Century: A Comparison With Proximally Ranked Diseases. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(10):1072–1081.
- Sampogna G, Bakolis I, Evans-Lacko S, Robinson E, Thornicroft G, Henderson C. The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009–2014 Time to Change Programme. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*. 2017;40:116–122.
- Silva AG, Diaz AP. Letter to the editor: yellow september, stigma and suicide prevention. *The British Journal of Psychiatry*. 2016.
- Smith K. Trillion-dollar brain drain. *Nature*. 2011;478(7367):15.
- Supprian T. How the mind impairs healing of the body: properly diagnosing organic psychosyndrome. *MMW Fortschr Med*. 2002;144(37):35–38: 40.
- Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*. 2003;25(11–12):565–571.

Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*. 2015;14(3):339–347.

Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the Sao Paulo metropolitan area, Brazil: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(3):249–260.

Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171–178.

Weiss, A.J., Barrett, M.L., Heslin, K.C., Stocks, C. (2006) Trends in emergency department visits involving mental and substance use disorders, 2006-2013: Statistical Brief #216. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Rockville.(MD).

Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarrago C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, et al. Mental health research priorities for Europe. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1036–1042.

---

## CAPÍTULO 4

# **Acolhimento, classificação de risco e riscos assistenciais**

---

*Rodrigo Lancelote Alberto*

*Mariane Augusta da Silva Gomez*

*Heloisa Helena de Aquino Medina Kageyama*

*Elie Leal de Barros Calfat*

## **Pontos principais**

---

- Apresentar aspectos relacionados com a proposta de um modelo de “Acolhimento e Classificação de Risco” e de “Avaliação de Riscos Assistenciais dos Pacientes Internados por Transtorno Mental”.
- Discutir a elaboração e aplicação dos instrumentos de avaliação do “Acolhimento e Classificação de Risco” e da “Avaliação de Riscos Assistenciais dos Pacientes Internados por Transtorno Mental”.
- Exposição de medidas preventivas quando há a identificação de algum risco assistencial.
- Apontar benefícios, vantagens e importância das

ferramentas citadas. Além da necessidade de expandir a discussão sobre o tema.

---

## Introdução

Os avanços tecnológicos acompanham os diversos segmentos, incluindo a área da Saúde. São exames cada vez mais sensíveis e específicos, tratamentos que atuam sobre receptores precisos. O objetivo, portanto, é fornecer formas individualizadas que atendam às necessidades de cada ser humano. Assim como esses progressos são essenciais, faz-se necessário que outras áreas do conhecimento e da assistência aos pacientes também progridam. As formas de atendimento devem acompanhar as evoluções e, portanto, trazer segurança e qualidade na abordagem e acolhimento dos enfermos que chegam aos serviços de saúde.

A qualidade e eficiência do funcionamento de um hospital geralmente são observadas através de sua “atividade fim”: o serviço prestado ao paciente. O atendimento aos clientes não é somente o produto ou o resultado do funcionamento de um hospital, mas é a parte de um dos diversos processos para que ele seja possível. Cada setor de um hospital (p. ex., faturamento, setor financeiro, setor jurídico, tecnologia da informação, setor de recursos humanos etc.) possui suas normas técnicas que respeitam regras comuns a diversas empresas e se integram para formar um grande e complexo sistema.

Progressivamente, assim como as áreas chamadas administrativas, a assistência ao paciente também evoluiu. Atender um paciente não é mais ouvir a queixa, fazer um diagnóstico, pedir um exame e prescrever genericamente um tratamento. As necessidades aumentaram, isto é, o acolhimento ao paciente, ouvir sua queixa, entender aspectos biológicos e sociais que interferem na sua enfermidade, solicitar exames e prescrever o tratamento que atenda aos protocolos mais atuais. Tudo isto somado deve, principalmente, atender e respeitar as necessidades e a decisão individual do paciente, quando houver condições de discernimento. Nota-se, portanto, a importância de estabelecer processos e protocolos administrativos e assistenciais para atingir o objetivo essencial: a assistência segura e com qualidade.

Apesar de parecer óbvio, nem sempre foi assim. Especialmente

quando se observa o percurso da história do atendimento dos pacientes em saúde mental.

Historicamente, o início da preocupação com o doente mental no Brasil foi em 1841, quando foi autorizado, por decreto, a construção do “hospício”. O motivo para essa decisão estaria relacionado com a perturbação que inúmeros “loucos” causavam. Circundado pela Abolição da Escravatura (1888) e a Proclamação da República (1889), inicia-se uma nova fase de transformação da sociedade brasileira. O Hospício Pedro II, então batizado como Hospício Nacional de Alienados entrou em crise, sendo as causas principais a superlotação, o grande consumo de recursos agravado pela crescente demanda. Com isso, propõe-se a criação das colônias agrícolas, que teriam como características serem produtivas, o que serviria de receita própria complementar para aliviar os elevados custos, além de serem mais terapêuticas. Neste contexto surgiram duas colônias: o Hospital de Juquery, em Franco da Rocha, São Paulo e o Hospital São Bento, na Ilha do Governador, Rio de Janeiro ([ABP, 2006, 2009; ALBERTO, 2013](#)).

Por volta de 1930, que coincide com o início da agroindústria no Brasil, inicia-se um movimento de preocupação com a Assistência Médica e Previdência. Assim, os hospitais começam a se ligar aos Institutos de Aposentadoria e Previdência (IAP) e, portanto, aumenta-se o nível de importância com as questões sociais e se iniciam as primeiras aposentadorias. Esse novo modelo hospitalocêntrico cresce muito e se fortalece, o que gera uma crescente pressão para que o Estado ofereça cobertura à saúde daqueles que possuíam um emprego ([ABP, 2006, 2009; ALBERTO, 2013](#)).

Com a exigência dos segurados, em 1940, para uma assistência psiquiátrica mais individualizada, os institutos iniciaram o estabelecimento de contratos e convênios com as casas de saúde particulares por todo o Brasil, evitando assim o envio de pacientes previdenciários para as colônias, ainda que gratuitas. As colônias ficaram, então, responsáveis pela assistência, predominantemente, a pacientes não protegidos pela Previdência Social, uma verdadeira legião de desamparados e necessitados ([ABP, 2006, 2009; ALBERTO, 2013](#)).

[ALBERTO, 2013\).](#)

A superlotação das chamadas colônias, a partir da década de 1950, fez com este modelo de assistência da época entrasse em falência, motivados pelas grandes estruturas e elevados custos, o que ocasionou uma incontrolável crise na assistência psiquiátrica estatal ([ABP, 2006, 2009; ALBERTO, 2013](#)).

Esse evolutivo contexto nacional sofreria importante influência de movimentos internacionais, principalmente na Itália com Franco Baságlio, por volta do ano de 1961, que criticava severamente o modelo de tratamento psiquiátrico centrado no isolamento que os hospitais causariam. Desta forma, abre-se a oportunidade de modificações na assistência prestada aos doentes mentais. Os ideais de humanização do tratamento e desinstitucionalização formaram os princípios da Reforma Psiquiátrica e, portanto, focado na criação de equipamentos extra-hospitalares com a participação de equipes multiprofissionais e a oposição ao modelo hospitalocêntrico, o que instauraria o Movimento da Luta Antimanicomial ([MESQUITA et al., 2010; SCARCELLI, 1998](#)).

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um ano depois, há a introdução do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PL 3657 de 1989), no Congresso Nacional, que dispõe sobre a extinção progressiva dos grandes hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Após muitas discussões científicas e ideológicas, 12 anos depois (2001), o Projeto de Lei, através de um substitutivo do Senado Federal, é transformado na Lei nº 10.2016 que, entre outros tópicos, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ([BRASIL, 2001](#)).

As transformações e os avanços nas políticas de saúde possibilitaram a criação de equipamentos para os portadores de doença mental que, neste momento, não será discutido questões ideológicas radicais que se confrontam e nem a eficiência desses

serviços.

Sendo assim, deve-se criar uma rede integral de atenção à Saúde Mental, não se resumindo a um único tipo de serviço. Portanto, os doentes devem ter garantido o acesso a todos os tipos de atendimento de acordo com a suas necessidades e com a demanda real de cada indivíduo, o que atende o princípio de equidade do SUS ([ABP, 2006, 2009; ALBERTO, 2013](#)).

Atendo-se ao tratamento hospitalar dos pacientes com transtornos mentais, faz-se necessário citar algumas legislações: a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 – que estabelece diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental. As diretrizes dispõem sobre a organização dos serviços segundo os preceitos do SUS (Sistema Único de Saúde), a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas a partir da complexidade assistencial, a garantia de continuidade assistencial nos vários níveis, a multiprofissionalidade e a participação social ([BRASIL, 1992](#)); a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ([BRASIL, 2001](#)) e a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial ([BRASIL, 2012](#)).

Nas últimas décadas intensificou-se o conceito de implantação de leitos psiquiátricos no hospital geral e o enfraquecimento dos hospitais psiquiátricos não vinculados a um hospital geral. Sendo assim, prioriza-se um modelo em que o paciente com transtorno mental receba um tratamento que atenda integralmente suas necessidades, assim como incluir esse perfil de pacientes em qualquer estabelecimento de saúde.

Com esta progressiva inclusão dos novos leitos psiquiátricos ao hospital geral, ou fusão em alguns casos, faz-se necessário sempre respeitar e considerar a especificidade e as necessidades desse perfil de pacientes. Para isso, cita-se a inclusão, e adaptação de abordagens,

fluxos e procedimentos específicos dos clientes com demandas relacionadas com as doenças mentais. Entre estes, apresenta-se, de forma mais detalhada neste capítulo, a proposta de “Acolhimento e Classificação de Risco” e “Avaliação de Riscos Assistenciais dos Pacientes Internados por Transtorno Mental” utilizadas no Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental de Franco da Rocha.

O Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental de Franco da Rocha (CAISM-FR) é uma unidade especializada no tratamento de doenças mentais que foi inaugurada em 2010 e situa-se nas dependências do secular Complexo Hospitalar do Juquery, no município de Franco da Rocha. Atualmente está sob administração da Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus-ALSF (Organização Social de Saúde – OSS). O serviço contém modalidades de atendimentos para os pacientes com transtornos mentais nas diversas fases da doença e conta com os seguintes serviços: pronto-socorro; unidade de internação masculina e feminina; ambulatório (adulto e infantil) e programa ambulatorial intensivo e semi-intensivo. Além disso, colaboradores de diversas áreas da saúde formam equipes multiprofissionais. Portanto, fornece aos pacientes um acompanhamento integrado e individualizado para melhor atender às suas necessidades. Com a finalidade de atender as exigências da legislação, iniciou-se em 2016 a fusão formal com o Hospital Albano da Franca Rocha (ou também conhecido como Hospital Estadual de Franco da Rocha), apesar da relação bastante próxima que os dois hospitais sempre tiveram.

A necessidade e a preocupação com melhorias na assistência e qualidade das unidades psiquiátricas podem ser observadas, inclusive, através da criação de indicadores assistenciais específicos para essas unidades, que são acompanhados e analisados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ([SÃO PAULO, 2017](#)). Entre os indicadores pode-se citar o “Acolhimento e Classificação de Risco” e a “Avaliação de Riscos Assistenciais dos Pacientes Internados por Transtorno Mental”.

Importante destacar que este capítulo inclui propostas; logo, tem como objetivo iniciar e ampliar a discussão sobre o tema para que

ocorra aperfeiçoamento nos métodos de avaliação e aplicação prática dos mesmos.

O seguimento deste capítulo trará detalhes de cada um destes itens fundamentais para o atendimento e seguimento dos pacientes com transtornos mentais, sempre focado na ampliação da qualidade e segurança da assistência. Portanto, uma forma clara de evidenciar na prática o respeito ao ser humano e às suas necessidades individuais.

## Acolhimento e classificação de risco

O atendimento aos portadores de quadros agudos, de natureza psiquiátrica, deve ser prestado por todas as portas de entradas do SUS: conjunto das unidades básicas de saúde e suas equipes de Programa Saúde da Família; pelas unidades de atendimento pré-hospitalar fixas e móveis; e pelas unidades hospitalares. Isto possibilita a resolução de grande parte dos problemas de saúde dos pacientes ou o encaminhamento eficiente a um serviço de saúde hierarquizado e regulado ([SANTOS JUNIOR et al., 2003](#)).

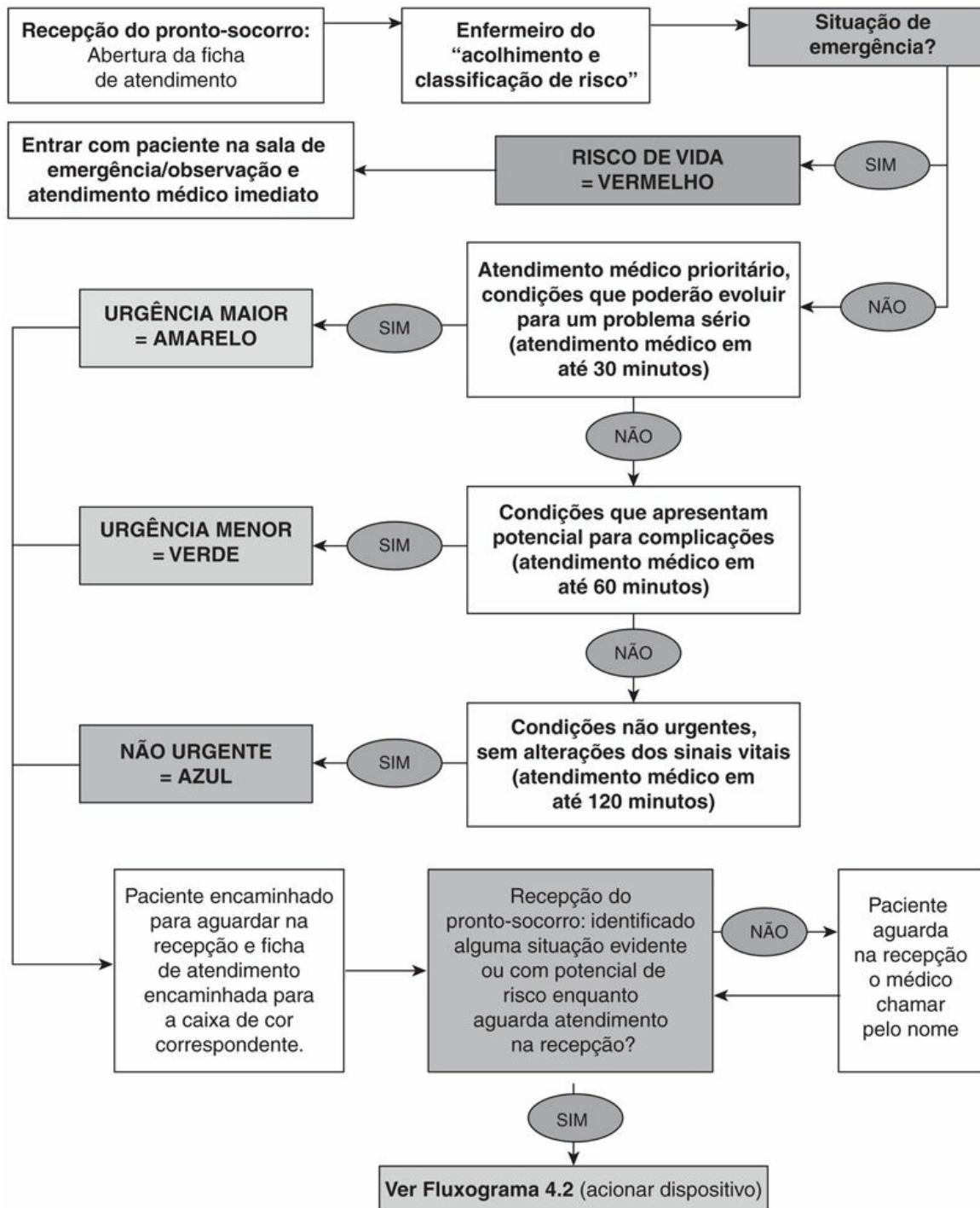
Por definição, entende-se como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento ([SANTOS JUNIOR et al., 2003](#)).

A Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, propõe a implantação do Acolhimento e da “Triagem Classificatória de Risco” nas unidades de atendimento às urgências. De acordo com a Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” ([BRASIL, 2002](#)).

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza ([SANTOS JUNIOR et al., 2003](#)).

Em busca por melhorias contínuas houve a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em Psiquiatria no pronto-socorro psiquiátrico, que tem como objetivo acolher o cidadão e garantir um melhor acesso ao serviço de urgência e emergência. Além de humanizar o atendimento por meio de escuta qualificada dos indivíduos que buscam o serviço.

O “Acolhimento e Classificação de Risco” consiste basicamente no atendimento por enfermeira treinada que ouve as queixas principais, coleta dados clínicos e psiquiátricos (doenças prévias, medicamentos em uso, existência ou não de internações anteriores), medida de sinais vitais (pressão arterial, pulso, oximetria, dextro) e, mediante análise dessas informações, classifica-se com cores dependendo da prioridade do caso: vermelho (emergência), amarelo (urgência maior), verde (emergência menor) e azul (não urgente). Todos os pacientes que chegam ao Pronto-Socorro Psiquiátrico devem passar por essa etapa. E, em seguida, a ficha de atendimento é colocada em recipiente na cor respectiva. O atendimento médico ocorrerá respeitando a prioridade (gravidade) de cada paciente. Importante destacar que o acolhimento da enfermagem não deve excluir em nenhuma hipótese o atendimento médico, isto é, não há dispensa de qualquer paciente pela enfermagem no momento do Acolhimento e Classificação de Risco ([Fluxograma 4.1](#)).



**FLUXOGRAMA 4.1** Atendimento no pronto-socorro com o acolhimento e classificação de risco.

Outro aspecto importante é que o paciente é avaliado tanto pela demanda clínica geral quanto pela demanda psiquiátrica mencionada e classifica-se pela demanda de maior risco. Apesar de esta ser uma

prática bastante comum em hospitais gerais, nota-se grande dificuldade em obter referências bibliográficas específicas para a população com transtornos mentais.

Tradicionalmente, o “acolhimento” no campo da saúde é identificado ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos (ABBÊS & MASSARO, s.d.). Entretanto, essas medidas, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e promoção de vínculo.

Portanto, propõe-se o acolhimento aliado aos conceitos de sistema e rede em uma estratégia ampla, na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde.

Pensando em melhoria contínua, gestão de qualidade, garantia de segurança no atendimento ao paciente e cumprimento da Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde, um projeto foi idealizado, elaborado e aplicado. Constituiu-se um grupo de estudo para desenhar o processo assistencial no pronto-socorro psiquiátrico. Para tal construção seguir-se as etapas: realizar o diagnóstico da situação atual; reuniões com os profissionais do serviço para definições das políticas a serem desenvolvidas; pesquisa sobre o assunto na literatura científica; visitas (benchmarking) a hospitais clínicos que já trabalhavam com o processo de acolhimento e classificação de risco; reuniões com a equipe assistencial do pronto-socorro para nivelamento de conceitos sobre o novo processo de atendimento e definição dos critérios de risco em saúde mental; descrição do Protocolo de Classificação de Risco ([Quadros 4.1](#) e [4.2](#)); dimensionamento de materiais e recursos humanos; e descrição de construção de um plano de ação contendo atividades, responsáveis e cronograma para viabilizar a iniciativa ([MENDES et al., 2008](#)).

---

## Quadro 4.1

### Protocolo de classificação de risco para condições médicas psiquiátricas

---

## Condições médicas psiquiátricas

Vermelho – emergência

- Intoxicação/abstinência de álcool e drogas moderada com alteração do comportamento
- Comportamento violento
- Tentativa de suicídio recente e/ou homicídio
- Agitação extrema

Amarelo – urgência maior

- Intoxicação/abstinência de álcool e drogas sem alteração do comportamento
- Comportamentos bizarros
- Agitação menos intensa
- Hostilidade
- Sinais e sintomas de pânico/ansiedade
- Paciente potencialmente agressivo
- Pensamento/atitudes suicidas e/ou homicidas

Verde – urgência menor

- Distúrbios situacionais (família, trabalho etc.)
- Insônia
- Intoxicação leve por álcool (embriaguez) e drogas
- Inquietação

Azul – não urgente

- Demais condições não agudas
  - Questões sobre medicamento e desejo de receitas/laudos
  - Pacientes necessitando de suporte psíquico (encaminhamentos)
  - Outras situações
- 

---

## Quadro 4.2

---

### Protocolo de classificação de risco para condições médicas gerais

---

#### Condições médicas gerais

Vermelho – emergência

- Suspeita de síndrome neuroléptica maligna (uso de antipsicótico, febre, rigidez de nuca)
- Intoxicação/abstinência de álcool e drogas grave (*delirium tremens*)

(Overdose)

- Acidente com cães ou animais peçonhentos
- Confusão mental
- Parada cardíaca/respiratória
- Trauma maior/trauma de crânio
- Alteração consciência/Glasgow 3 a 8
- Insuficiência respiratória/dispneia, asma prévia
- Gravidez maior 20 semanas com sangramento
- Comprometimento hemodinâmico (hipotensão, taquicardia)
- SSVV alterados com sintomas convulsões
- Queimadura grave
- Dor torácica/dor abdominal/dor intensa/cefaleia 8 a 10/10
- Hemorragia digestiva, hemoptise e epistaxe, palidez
- Hemiparesia aguda e hemiplegia
- Toxemia
- SSVV alterados com sintomas
- Convulsões

Amarelo – urgência maior

- Trauma moderado/trauma de crânio
- Queimaduras moderadas
- Dispneia leve e moderada
- Dor torácica/dor abdominal de 4 a 7/10
- Hemorragia digestiva
- Diarreia e vômito com desidratação
- Diálise com sintoma
- Dados vitais alterados sem sintomas
- Caquexia/desnutrição
- Dor torácica típica e dor torácica atípica em idoso e com fatores de risco
- Situações especiais

Verde – urgência menor

- Trauma moderado/trauma de crânio
- Queimaduras leves e feridas
- Dor torácica/dor abdominal e cefaleia de 1 a 3/10
- Diarreia e vômito sem desidratação
- Sintomas gripais
- Situações especiais

Azul – não urgente

- Feridas

- Vômito/diarreia
  - Sintomas gripais
  - Outras situações
- 

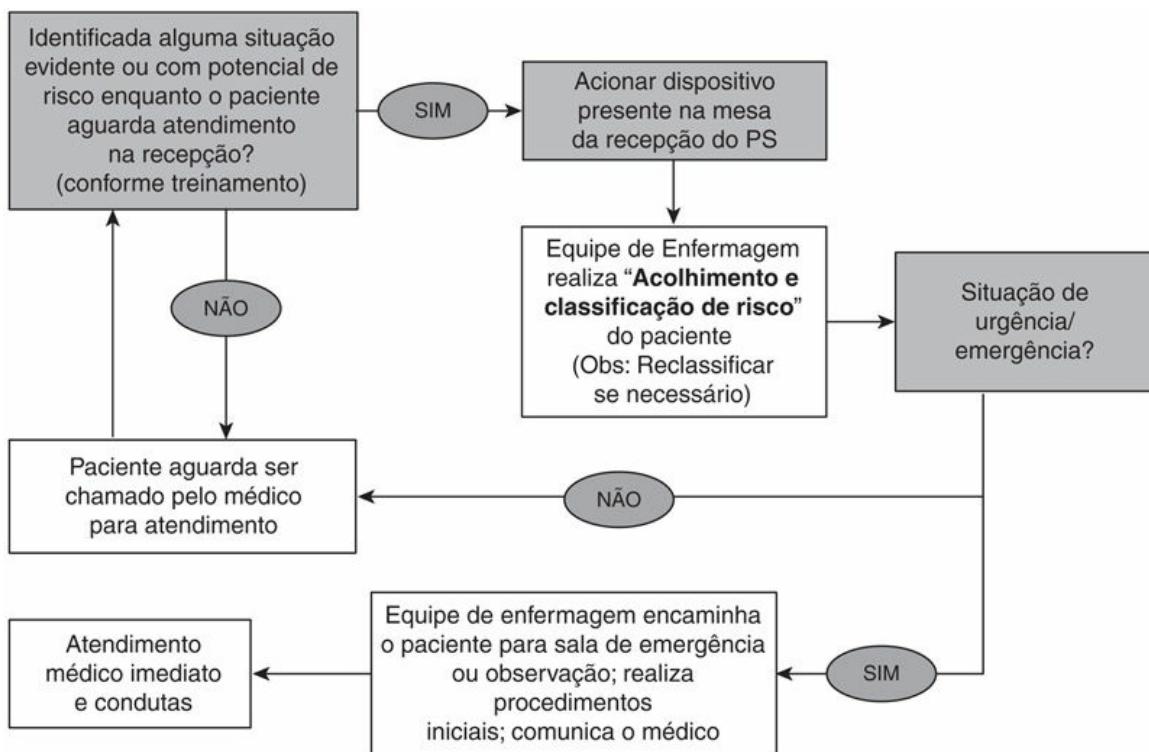
A descrição do Protocolo de Classificação de Risco ([Quadros 4.1 e 4.2](#)) teve como referência o protocolo de Manchester, que é praticado em emergências clínicas, e o protocolo específico criado de forma pioneira pelo Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), no estado do Ceará ([MENDES et al., 2008](#)).

Na entrada do pronto-socorro o usuário é recebido e identificado na recepção (abertura da ficha de atendimento). Em seguida, o paciente é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro, que ouve as queixas principais, coleta dados clínicos e psiquiátricos (doenças prévias, medicamentos em uso, existência ou não de internações anteriores) e são aferidos os sinais vitais (pressão arterial, pulso, oximetria, dextro). Com escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência, o enfermeiro classifica o usuário em:

- VERMELHO – emergência (receberá atendimento médico imediato)
- AMARELO – urgência maior (receberá atendimento médico prioritário em até 30 minutos no consultório ou leito da sala de observação)
- VERDE – urgência menor (receberá atendimento médico em até 60 minutos)
- AZUL – não urgente (receberá atendimento médico em até 120 minutos)

Os pacientes classificados como VERMELHO são prontamente direcionados ao atendimento médico. Geralmente, o pronto-socorro funciona em regime de demanda espontânea (“porta aberta”) para demandas psiquiátricas, porém há a chegada de demandas clínicas. Sendo assim, quando há a chegada de emergências extremas (p. ex., uma parada cardiorrespiratória), toda equipe é acionada por um

dispositivo luminoso enquanto o paciente é encaminhado diretamente à sala de emergência e automaticamente classificado como vermelho ([Fluxograma 4.2](#)).



**FLUXOGRAMA 4.2** Acionamento do dispositivo para indicação de situação de emergência/urgência no pronto-socorro.

Os pacientes classificados como AMARELO, VERDE e AZUL devem aguardar atendimento médico em sala de espera. Caso ocorra alteração do quadro clínico enquanto aguarda, aciona-se o dispositivo luminoso e o paciente deverá ser reavaliado imediatamente, pois pode se tornar mais grave e receber uma cor de maior gravidade ([Fluxograma 4.2](#)).

Alguns grupos de pacientes foram descritos no protocolo como situações especiais. Esses pacientes são atendidos prioritariamente dentro da cor de sua classificação por gravidade, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento. São eles: idosos (acima de 60 anos), gestantes, deficientes físicos e

internações compulsórias.

Dos materiais utilizados para o atendimento de enfermagem, seguem os equipamentos e recursos mínimos necessários:

- Enfermeira treinada e disponível 24 horas.
- Monitor multiparamétrico, que realize a medida de pressão arterial, saturação de oxigênio, frequência cardíaca. Caso não esteja disponível, pode-se realizar separadamente através da utilização de: esfigmomanômetro e estetoscópio; oxímetro; relógio para contagem do pulso periférico.
- Termômetro.
- Aparelho de glicemia capilar (“dextro”).
- Pasta contendo escalas e literatura para avaliações, tais como: dor, queimadura, escala de Glasgow.
- Adesivos coloridos (vermelho, amarelo, verde e azul) para identificação visual da gravidade.
- Ficha específica para preenchimento das informações coletadas ([Figura 4.1](#)).

Nome: _____																				
Data de Nascimento: ____/____/____																				
Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																			
Data: ____/____/____	Hora: ____:____h																			
<b>Queixa Principal/Duração:</b> _____ _____																				
<b>ANTECEDENTE PSIQUEIÁTRICO</b> Faz tratamento psiqueiátrico <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO – Onde: Já esteve internado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO – Quantidade: <b>Medicações de uso:</b> _____																				
<b>ANTECEDENTE MÉDICO GERAL:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Alergia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sei Quais: HAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Diabetes? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Outros: <b>OUTRAS OBSERVAÇÕES:</b> _____																				
<p style="text-align: center;"><b>SINAIS VITAIS</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">FC: _____ bpm</td> <td style="width: 25%;">FR: _____ irpm</td> <td style="width: 25%;">PA: _____ mmHg</td> </tr> <tr> <td>Glicemia Capilar : _____ mg/dL</td> <td>Sat02: _____ %</td> <td>Temp: _____ °C</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>Escala de DOR</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Sem dor (0)  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Dor leve (1-3)  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Dor moderada (4-6)  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Dor intensa (7-10)  </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Vermelho  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Amarelo  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Verde  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Azul  </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>CONDICÃO</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Médica geral  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Psiqueiátrica  </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  Ambos  </td> </tr> </table>				FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	PA: _____ mmHg	Glicemia Capilar : _____ mg/dL	Sat02: _____ %	Temp: _____ °C	Sem dor (0)	Dor leve (1-3)	Dor moderada (4-6)	Dor intensa (7-10)	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Médica geral	Psiqueiátrica	Ambos
FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	PA: _____ mmHg																		
Glicemia Capilar : _____ mg/dL	Sat02: _____ %	Temp: _____ °C																		
Sem dor (0)	Dor leve (1-3)	Dor moderada (4-6)	Dor intensa (7-10)																	
Vermelho	Amarelo	Verde	Azul																	
Médica geral	Psiqueiátrica	Ambos																		
Assinatura e carimbo do enfermeiro Horário da dispensa _____ :																				

**FIGURA 4.1** Modelo de ficha específica para preenchimento das informações coletadas na Classificação de Risco para Condições Médicas Psiqueiátricas.

Importante destacar que o acolhimento da enfermagem não deve excluir em nenhuma hipótese o atendimento médico, isto é, não há dispensa de qualquer paciente pela enfermagem no momento do Acolhimento e Classificação de Risco.

Os critérios para avaliação de risco são divididos em: “condições médicas gerais” e “condições médicas psiquiátricas”, uma vez que o pronto-socorro atende demanda espontânea e, portanto, pode chegar qualquer tipo de urgência/emergência. Especificamente sobre os critérios utilizados, optou-se por itens objetivos que traduzam o que é verificado através dos sinais e sintomas observados no curto tempo disponível para o acolhimento.

Entre os benefícios trazidos pelo Acolhimento e Classificação de Risco, pode-se citar:

- Ampliação na humanização e individualização do atendimento.
- Novo fluxo para otimização no atendimento dos pacientes na emergência, com base nos protocolos descritos.
- Capacitação de toda equipe nos novos conceitos do processo e no protocolo de classificação de risco.
- Produzir informações e indicadores referentes ao perfil de pacientes atendidos no pronto-socorro e, assim, prover outras melhorias que se adequem às necessidades assistenciais.
- Gestão dos resultados com a equipe.
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de orientação no que tange ao atendimento de urgência/emergência, com o objetivo de melhorar a utilização do serviço de pronto-socorro e fortalecer a rede de atendimento em saúde mental. Por exemplo, direcionamento adequado para as constantes demandas por renovação de receita.

A implantação do Acolhimento e Classificação no pronto-socorro rompe com paradigmas da forma de atendimento em emergências, tais como resistência por parte dos profissionais e usuários na particularização da assistência aos portadores de transtornos mentais.

Durante a implantação do projeto, observou-se que a inclusão da equipe de enfermagem, além do atendimento médico, trouxe maior apropriação dos colaboradores na avaliação sistemática e integral da demanda individual dos clientes.

A implantação do protocolo de classificação de risco também necessitou de capacitação sobre os critérios de avaliação para sua aplicação. A garantia de que os pacientes estavam sendo avaliados com base em critérios técnicos definidos foi o facilitador para a adesão dos profissionais de saúde, que se sentiram respaldados com a utilização de uma ferramenta específica.

O maior desafio do serviço de emergência é validar seus critérios de classificação de risco. O protocolo implantado está em constante revisão e aperfeiçoamento, sendo um instrumento dinâmico que possibilita constantes oportunidades de melhorias.

A implantação do protocolo de risco garante a ação e a prioridade adequada dos atendimentos, além de assegurar que recursos sejam alocados de forma devida. A organização da assistência permite conhecer indicadores que direcionam a gestão do serviço e a necessidade de investimentos de recursos.

Considera-se o novo processo de atendimento aos pacientes no pronto-socorro uma experiência auspíciosa. Com potencial de reprodução e contribuição com a prática de gestão que transfere um alto grau de segurança no atendimento ao paciente.

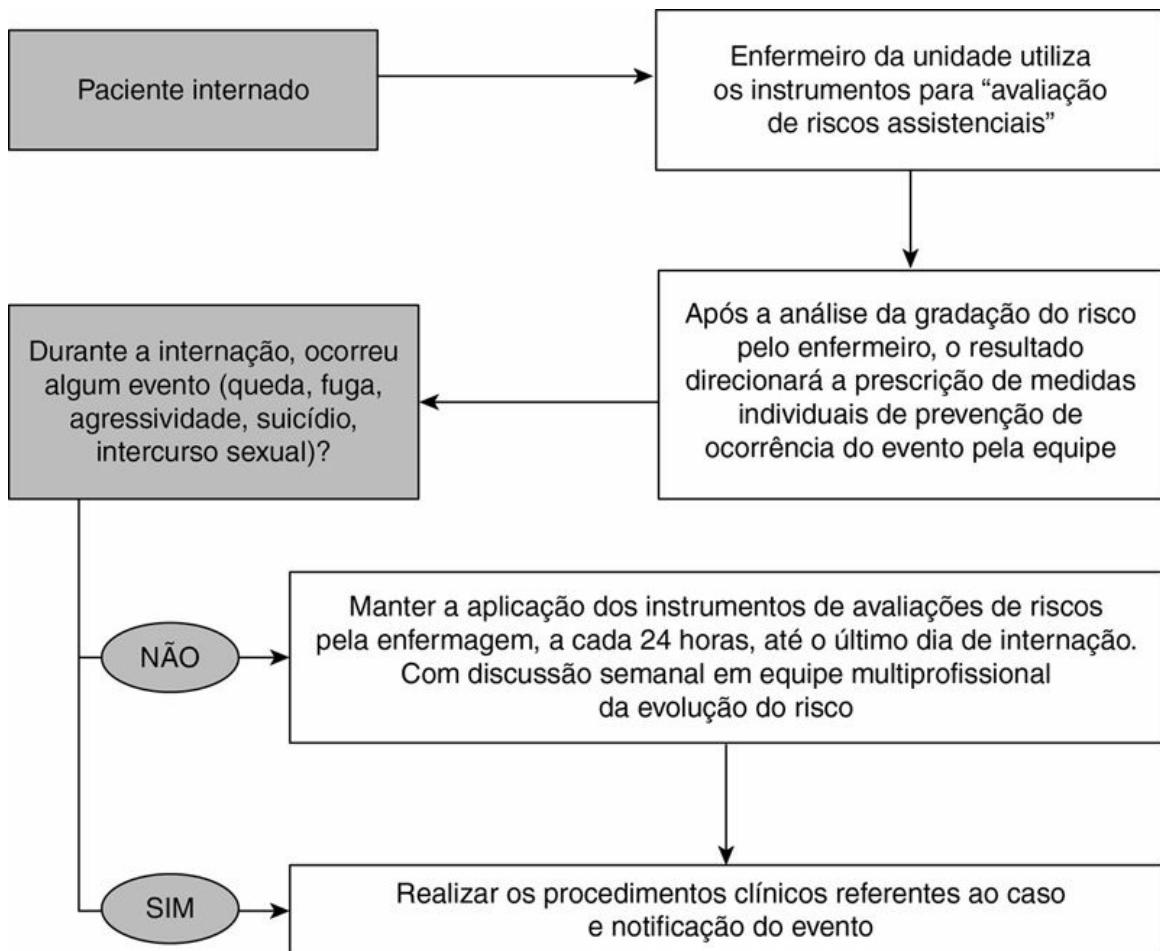
## Avaliação dos riscos assistenciais dos pacientes internados

O objetivo da proposta de instrumento de avaliação global dos riscos assistências dos pacientes internados em uma unidade de saúde mental é para que toda a equipe de saúde mental possa alinhar a abordagem e instituir medidas individuais efetivas na prevenção de potenciais eventos adversos mais comuns na psiquiatria.

De acordo com a Lei nº 10.216 de abril de 2001, existem três modalidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Nas duas últimas, na maioria dos casos, não há o consentimento do paciente por não haver crítica sobre a doença ou por oferecer risco a si e a terceiros fora do ambiente hospitalar.

Em todas as modalidades de internação, as avaliações de risco permitem que as equipes adotem as medidas necessárias para promover a segurança e a saúde do paciente. A probabilidade da ocorrência dos eventos adversos baseia-se nos fatores de riscos pessoais, ambientais e quadro psíquico atual ([SÃO PAULO, 2017](#)).

A “Avaliação de Riscos Assistenciais dos Pacientes Internados por Transtorno Mental” refere-se à aplicação de instrumentos de avaliação em pacientes internados por transtornos mentais para verificar a existência de riscos relevantes ao seu tratamento. Entre estes, pode-se citar: risco de queda, risco de suicídio, risco de autoagressividade, risco de heteroagressividade, risco de evasão e risco de intercurso sexual. As avaliações são realizadas diariamente pela equipe de enfermagem e discutidas periodicamente com a equipe multiprofissional. Após a verificação da existência e graduação do risco (alta, média e baixa), há as medidas individuais de prevenção a serem adotadas pela equipe para evitar a concretização do referido risco ([Fluxograma 4.3](#)). Assim como o Acolhimento e Classificação de Risco, a Avaliação de Riscos Assistenciais dos Pacientes Internados por Transtorno Mental também possui poucos instrumentos padronizados.



**FLUXOGRAMA 4.3** Avaliação de riscos assistenciais dos pacientes internados por transtorno mental.

Os instrumentos de avaliação de risco não são universais, sendo cada um deles específicos para determinado perfil de paciente, além de que todos os instrumentos de avaliação apresentam vantagens e limitações operacionais e metodológicas.

O indispensável é estabelecer medidas individuais de prevenção para riscos gerenciáveis. Essas medidas devem incluir um ambiente seguro e identificação dos riscos de forma visível a todos da equipe. As ações de prevenção devem ocorrer desde a admissão até a alta do paciente ou até quando houver o risco. As condutas contribuem não só com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mas, também, com a atuação de toda a equipe multiprofissional.

A maioria das escalas de avaliação disponível na literatura necessita de profissional especializado da psicologia para aplicação como, por

exemplo, a escala de ideação suicida de Beck. Salienta-se, assim, que na literatura o número de artigos com a proposta de avaliação de risco através de instrumentos é reduzido. Não foi encontrada uma ferramenta de avaliação sobre riscos mensurados durante a internação psiquiátrica.

Todos os recursos de avaliação, individualmente, deverão ser validados em posteriores estudos, para determinação de quais fatores possuem maior correlação estatística com o evento estudado e quais medidas preventivas podem ser mais eficazes.

Durante a elaboração dos instrumentos de avaliação, considerou-se que não haveria a ausência de risco (isto é, “sem risco”) para nenhum dos itens avaliados. A justificativa está relacionada com o fato de que a indicação médica de internação psiquiátrica deve ocorrer quando existe de imediato alguma condição de risco a si ou a terceiros. Soma-se, ainda, os fatores inerentes ao próprio ambiente hospitalar psiquiátrico.

Mesmo que o paciente não tenha história prévia, verbalize ideação suicida ou quadros psicóticos, há a possibilidade de que o paciente cometa ato auto ou heteroagressivo de forma impulsiva. Com isso, destaca-se que nenhum instrumento ou escala substitui a observação rigorosa e abordagem contínua da equipe junto aos pacientes e espaço hospitalar.

As avaliações são realizadas a cada 24 horas e de forma transversal. O acompanhamento durante toda a internação possibilita a obtenção de informações longitudinais e, portanto, melhor entendimento do quadro clínico dos pacientes. Assim, aumenta-se a previsibilidade de riscos e adoção de medidas de segurança mais específicas. Além de acompanhar o decréscimo da gravidade do risco durante a evolução do tratamento.

A proposta da elaboração de instrumentos de avaliação de riscos assistenciais abordados serão:

- Avaliação de Risco de Queda
- Avaliação de Risco de Autoagressividade
- Avaliação de Risco de Heteroagressividade

- Avaliação de Risco de Evasão
- Avaliação de Risco de Intercorso Sexual
- Avaliação de Risco de Suicídio

## Avaliação de risco de queda

A queda é um evento em que um indivíduo cai inesperadamente ao chão ou em outro nível mais baixo, sem perda de consciência. Pode ser definido ainda como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial ([PEREIRA et al., 2002](#)).

As quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal ([PEREIRA et al., 2002; Brasil, 2013](#)).

Segundo o Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde (MS), em hospitais, as quedas geralmente estão associadas a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico. Entre os motivos vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, cita-se: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos ([BRASIL, 2013](#)).

Fatores predisponentes complementares que aumenta o risco de queda são: faixa etária (crianças menores de 5 anos e idosos maiores de 65 anos), psicocognitivos, condições de saúde e presença de doenças crônicas, funcionalidade, comprometimento sensorial, equilíbrio corporal, uso de medicamentos, obesidade mórbida e história prévia de quedas ([BRASIL, 2013](#)).

Na enfermaria psiquiátrica, o estado mental deve ser objeto de avaliação cuidadosa. Entre os principais motivos para uma avaliação criteriosa é o fato de que o paciente, pelo seu quadro psiquiátrico, pode não ter compreensão do seu estado de saúde. Assim, não colaborando com sua assistência e cuidados, principalmente os de

enfermagem. Além disso, o uso de medicações psicotrópicas interfere de diversas formas no quadro do paciente como, por exemplo, a hipotensão postural e quadros com alteração da vigília.

Elaborou-se, portanto, a proposta de instrumento de avaliação de fatores de riscos individuais atribuindo “escores” para classificação de baixo, médio e alto risco. Para isto, baseou-se nos seguintes critérios: idade, nível de consciência, acuidade visual, história de queda, equilíbrio corporal, uso de dispositivos de auxílio, hipotensão postural, medo de cair, sequelas neurológicas e uso de medicações psicotrópicas.

Observando o referido instrumento ([Quadro 4.3](#)), atribui-se a pontuação de 1 a 3. Sendo que 1 ponto indica fator de maior risco e 3 pontos o de menor risco. Salienta-se que a menor soma de pontos representará maior risco de queda (abaixo de 12 pontos).

---

### Quadro 4.3

#### Critérios de avaliação de risco de queda

---

Avaliação do risco de queda	
Idade	
Maior que 65 anos	1
Entre 50 e 65 anos	2
Menor que 50 anos	3
Nível de consciência	
Obnubilado	1
Flutuante	2
Vigil	3
Acuidade visual	
Diminuída bilateralmente	1
Parcialmente diminuída (D ou E)	2
Sem déficit	3

História de queda	
Sim	1
Não	2
Equilíbrio corporal	
Marcha alterada	1
Marcha normal	2
Uso de dispositivo de auxílio	
Sim	1
Não	2
Hipotensão postural	
Sim	1
Não	2
Medo de cair	
Sim	1
Não	2
Sequelas neurológicas	
Sim	1
Não	2
Uso de med. psicotrópicos	
Sim	1
Ocasionalmente	2
Não	3
<b>Total</b>	
<b>Score: abaixo de 12 = alto risco; de 13 a 20 = médio risco; acima de 20 = baixo risco.</b>	

Após a análise da graduação do risco, o resultado direcionará a prescrição de medidas individuais de prevenção de ocorrência do

evento e dos desfechos desfavoráveis. Destacam-se os cuidados a serem adotados: placa de sinalização, encaminhamento ao leito de segurança (leito localizado próximo ao posto de enfermagem para vigilância contínua), grades do leito elevadas, identificação no censo dos pacientes em risco, cuidados com ambiente garantindo segurança ( pisos, mobiliário e iluminação), vigilância rigorosa e continua e auxílio nas atividades de vida diária (AVD).

## Comportamento agressivo

O comportamento agressivo emerge na interação social ou é autoinfringido e pode ser definido como toda atitude que visa causar danos ou prejudicar alguém ou a si ([LISBOA, 2005](#)). São avaliados a partir do quadro psíquico atual, histórico de agressão e violência prévias, impulsividade e comportamento ou atitudes antecipatórias como o planejamento da ação (p. ex., obtenção e guarda de objetos).

Há diversas formas de expressão de agressividade: física e verbal; direta e indireta. Agressividade indireta pode ser evidenciada quando o autor quer infringir sofrimento de tal maneira a não parecer intencionalidade ([LISBOA, 2005](#)).

Nota-se que a agressividade feminina é muito menos investigada do que a masculina. Isto pode estar relacionado com a ideia sociocultural dominante de que a agressividade masculina é predominante ou puramente física. E, também, a aprendizagem social, considerando o papel social atribuído a homens e mulheres ([LISBOA, 2005](#)).

A maior parte dos estudos que avalia os comportamentos agressivos referem-se a métodos pouco sistematizados de avaliação ou compreensão desses comportamentos e são focados na avaliação de comportamento de crianças e adolescentes de uma forma global ([LISBOA, 2005](#)). São poucos os estudos que discriminam o comportamento agressivo quanto à sua origem, manifestação e aos possíveis fatores de risco.

As medidas individuais de prevenção têm como objetivo: assegurar um ambiente coeso e tranquilo; abordagem verbal acolhedora, firme e não intimidadora; vigiar e comunicar comportamentos de risco de

agressão (mesmo após abordagem verbal); vigilância constante; retirada de objetos potencialmente perigosos; realização de rol de pertences no momento da admissão, minimizando a possibilidade de entrada; guarda de objetos que oferecem risco a si e a terceiros; posicionamento do leito distante de pacientes frágeis fisicamente ou que também apresentem risco semelhante; e, avaliar a necessidade de contenção física, conforme protocolo de contenção de cada instituição (em casos onde o risco é iminente ou está de fato se agredindo ou agredindo a terceiros) ([PAES et al., 2009](#)).

O Protocolo de Contenção é realizado após a avaliação e prescrição médica juntamente com o enfermeiro. Este também executa, acompanha e avalia o paciente do começo até o fim, anotando e orientando os demais membros da equipe de enfermagem quanto à reavaliação a cada 30 minutos. Entre as principais indicações de contenção mecânica estão à agitação e/ou à agressividade com risco de lesão ao próprio paciente ou terceiros e risco de queda.

## Avaliação de risco de autoagressividade

A proposta de avaliação do risco de autoagressividade ([Quadro 4.4](#)) mescla-se com a análise do risco de suicídio, uma vez que a classificação da existência de alto risco para suicídio já é um dos critérios de alto risco do instrumento de autoagressividade. Por isso, a importância da proposta ampla e global de todos os instrumentos de avaliação serem aplicados em conjunto a cada 24h, o que permite identificar a coexistência de riscos no mesmo indivíduo.

---

### Quadro 4.4

---

#### Critérios de avaliação de risco de autoagressividade

---

##### Avaliação risco de autoagressividade

##### SIM 1 / NÃO 2

Existência de ALTO RISCO para suicídio\*

Existência de MÉDIO RISCO para suicídio

Sintomas psicóticos evidentes (delírio persecutório e/ou relacionados com o corpo; alucinação com vozes de comando)

Comportamento violento, auto-hetero agressivo ou disruptivo prévio

Evidências de lesões corporais de automutilação

Verbaliza angústia e/ou sensação de vazio e vontade de ferir-se como forma de alívio

Irritação evidente

Busca e/ou guarda objetos que podem ferir a si ou aos demais

Comportamento impulsivo

Ameaças verbais de autoagressão

**Total**

---

**Score: ter o (\*) OU menor/igual de 14 = alto risco; acima de 15 = baixo risco**

---

O instrumento elaborado contém os seguintes itens: investigação do exame do estado mental atual (sintomas psicóticos evidentes e vozes de mando, verbalização de angústia, vazio ou desejo de se ferir, irritação); observação de comportamentos disfuncionais (busca por objetos que podem ferir a si e comportamentos impulsivos e ameaças); histórico anterior de comportamentos violentos, agressivos ou disruptivos; e evidências de lesões de automutilação.

## **Avaliação de risco de heteroagressividade**

A avaliação de comportamento heteroagressividade ([Quadro 4.5](#)) bem como a de autoagressividade ancora-se na história psiquiátrica prévia (histórico forense, homicídio, furto e roubo, comportamento violento, auto ou heteroagressivo ou disruptivo prévio); evidências de lesões corporais de automutilação e a avaliação de estado mental atual; e, comportamento apresentado perante a equipe e demais pacientes (sintomas psicóticos evidentes e alucinação com vozes de comando, agressividade verbal e/ou ameaças, comportamento impulsivo e/ou impositivo e desafiador, inclinação em direção ao interlocutor/tendência à aproximação, volume de voz demasiadamente elevado, irritação evidente, punhos e dentes cerrados, movimentação

excessiva/inquietação, não aceitação de normas e rotinas, não atender as solicitações e orientações da equipe, busca e/ou guarda objetos que podem ferir a si ou aos demais).

---

## **Quadro 4.5**

### **Critérios de avaliação de risco de heteroagressividade**

---

#### **Avaliação risco de heteroagressividade**

##### **SIM 1 / NÃO 2**

Histórico forense (homicídio, furto e roubo)

Comportamento violento, auto e/ou heteroagressivo ou disruptivo prévio

Intoxicação por álcool e drogas

Sintomas psicóticos evidentes (delírio persecutório; alucinação com vozes de comando)

Agressividade verbal e /ou ameaças

Comportamento impulsivo e/ou impositivo e desafiador

Inclinação em direção ao interlocutor/tendência à aproximação

Volume de voz demasiadamente elevado

Irritação evidente

Punhos e dentes cerrados

Movimentação excessiva/inquietação

Não aceitação de normas e rotinas

Não atender as solicitações e orientações da equipe

Evidências de lesões corporais de automutilação

Busca e/ou guarda objetos que podem ferir a si ou aos demais

#### **Total**

**Score: abaixo de 21 = alto risco; de 21 a 26 = médio; acima de 27 = baixo risco.**

---

Logo na admissão, principalmente em ambiente de pronto-socorro,

o paciente pode apresentar-se, mesmo que transitório, com alteração da consciência e do discernimento. Por exemplo, em estados de intoxicação por álcool e drogas há a dificuldade ou impedimento quanto à compreensão e aceitação da internação, o que leva a riscos majorados de agressividade e fuga.

## Avaliação de risco de evasão

Evasão é uma decisão voluntária da desistência do tratamento sem prévio contato com os membros da equipe. Porém, na psiquiatria o assunto é bastante controverso. Novamente a preocupação se faz presente, pois muitas doenças mentais afetam o estado de consciência com confusão mental ou geram prejuízo no discernimento. E, por isso, há a necessidade de avaliar este risco ([Quadro 4.6](#)).

---

### Quadro 4.6

#### Critérios de avaliação de risco de evasão

---

##### SIM 1 / NÃO 2

Paciente verbaliza ideação de fuga/evasão\*

Paciente com histórico de tentativas de fuga/evasão

Pacientes com histórico de fuga/evasão consumada

Paciente não comprehende e não concorda com a internação

Paciente que observa e/ou pergunta e/ou comenta sobre as rotinas da unidade

Não aceitação de normas, rotinas da unidade

Não atende as solicitações e orientações da equipe

Fissura/abstinência de substâncias psicoativas

Paciente não se adapta a outros (equipe e/ou pacientes)

Internação compulsória

Solicita alta e/ou resolver problemas externos

## Total

Score: ter o (\*) OU menor/igual a 17 = alto risco; acima de 18 = baixo risco.

---

O ambiente psiquiátrico tem como objetivo proteção, preservação e vigilância, pois, em muitos quadros psiquiátricos a falta da crítica de morbidez contribui negativamente para a compreensão dos motivos e finalidades da internação, o que leva a falta de aderência ao tratamento e ao plano terapêutico singular.

Devido à importância do assunto, destinou-se ao menos um parágrafo deste capítulo para apontar aspectos relevantes da internação compulsória. Esse tipo de internação prevista na Lei nº 10.216/2001 determina que o hospital realize o procedimento de internação, que em muitos casos é contra a vontade do paciente. Por si próprio este é um fator preponderante relacionado com o alto risco de evasão. Soma-se a este aspecto que ao final da internação o médico deve solicitar autorização judicial para a alta hospitalar do paciente, o que geralmente é bastante demorado e, portanto, aumenta ainda mais o risco e as tentativas de fuga. A comunicação da evasão para familiares e para a autoridade sanitária responsável, deve ser, segundo a Lei nº 10.2016/2001, em até 24h. Mas é recomendável a comunicação aos familiares de forma imediata a fim de facilitar a localização do paciente ([BRASIL, 2001](#); [VIEIRA & DALL'AGNOL, 2009](#); [TABORDA et al., 2014](#)).

As medidas individuais de prevenção de comportamento de fuga visam: aumento da vigilância oferecendo apoio e conversando com o paciente quando o mesmo evidenciar sinais de ansiedade, desconfiança, persecutoriedade; verbalização de ameaças de fuga; garantir a aderência do paciente à internação, esclarecendo os objetivos da internação; posicionamento do leito do paciente em local de maior observação; garantir a ingestão da medicação; evitar a participação em eventos externos da enfermaria, em momentos de instabilidade do quadro do paciente ([FONSECA, 2012](#)).

## Avaliação de risco de intercurso sexual

Em um enfoque amplo, a sexualidade manifesta-se em todas as fases

da vida de um ser humano e tem na genitalidade apenas um de seus aspectos, talvez nem mesmo o mais importante. Dentro de um contexto mais abrangente pode-se considerar que a influência da sexualidade permeia todas as manifestações humanas (VITIELLO, 1998).

Alguns quadros psiquiátricos podem cursar com a exacerbação da sexualidade, sintomas psicóticos, deficiências intelectuais ou cognitivas. Esses sintomas podem acontecer em pessoas casadas ou com relacionamentos estáveis. Algumas enfermarias são divididas pelo sexo biológico, enquanto outras são mistas. Sendo assim, por ser um ambiente heterogêneo, não se consente ou estimula qualquer tipo de comportamento sexual que exponha o indivíduo a riscos ou viole os limites de outros pacientes. Portanto, apesar da interação social ser estimulada, a interação sexual deve ser evitada, pois o ambiente necessita amparar e resguardar a integridade do paciente.

Os pacientes serão avaliados pela sua história sexual prévia (abusos sexuais prévios), estado psíquico e comportamento na internação como: buscar contato físico (toque, beijo, abraço); exibição do corpo; fazer elogios desproporcionais, inconsistentes ou sem críticas de conteúdo direcionados a membros da equipe, outros pacientes ou qualquer outra pessoa; utilização linguajar inapropriado; insinuações faciais; propor formas de contato íntimo (direta ou indiretamente) direcionados a membros da equipe, outros pacientes ou qualquer outra pessoa; discurso com conteúdo sexual/hipersexualizado; e buscar situações em que possa haver contato físico.

Definiu-se um limite estreito para pontuação dos critérios (Quadro 4.7), pois o ambiente hospitalar requer vigilância intensiva e contínua, não esperando, portanto, que tais comportamentos venham a acontecer sem uma abordagem imediata e preventiva da equipe de saúde.

---

## Quadro 4.7

### Critérios de avaliação de risco de intercurso sexual

---

SIM 1 / NÃO 2

Busca por contato físico (toque, beijo, abraço)

Exibição do corpo

Faz elogios direcionados a membros da equipe, outros pacientes ou qualquer outra pessoa

Utiliza linguajar inapropriado

Utiliza insinuações faciais

Faz propostas (diretas ou indiretas) de contato íntimo direcionadas a membros da equipe, outros pacientes ou qualquer outra pessoa

Discurso com conteúdo sexual/hipersexualizado

Histórico de abuso sexual

Busca por situações em que possa haver contato físico

**Total**

**Score : abaixo de 16 = alto risco; acima de ou igual a 17 = baixo risco.**

---

As medidas individuais de prevenção de comportamento sexual têm como finalidade: aumento da vigilância; proteção de pacientes frágeis fisicamente ou que também apresentem risco semelhante; e, garantia de privacidade (item de grande importância), principalmente em momentos de higiene íntima e necessidades fisiológicas.

## Avaliação de risco de suicídio

O suicídio é um fenômeno complexo, que é provavelmente determinado pela interação de múltiplos fatores, entre os quais a constituição biológica do indivíduo, sua história pessoal, seus elementos emocionais, eventos circunstanciais, bem como o meio social em que o indivíduo está inserido (TURECKI, 1999). Nesse fenômeno social existem os fatores externos e os internos. Os fatores externos são os socioculturais. Já os internos são: desesperança, depressão e pulsão de morte, entre outros (ABP, 2014).

A Organização Mundial de Saúde aponta três características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas, são elas (WHO, 2014):

- Ambivalência: o desejo de viver e de morrer se confundem no sujeito, há urgência em sair da dor e do sofrimento com a morte, entretanto há o desejo de sobreviver a essa tormenta.
- Impulsividade: o suicídio, por mais planejado que seja, parte de um ato que é usualmente motivado por eventos negativos. O impulso para cometer suicídio é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas.
- Rigidez: quando uma pessoa decide terminar com a sua vida, os seus pensamentos, sentimentos e ações apresentam-se muito restritivos, ou seja, ela pensa constantemente sobre o suicídio e é incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar ou de sair do problema.

A entrevista clínica é o melhor método para avaliar o risco suicida e tem dois objetivos: 1) apoio emocional e de estabelecimento de vínculo; 2) coleta de informações. Existe um número considerável de informações a serem coletadas durante a entrevista: fatores de risco e proteção (predisponentes e precipitantes), dados epidemiológicos, caracterização do ato, aspectos psicodinâmicos, antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre saúde física e rede de apoio social. Dificuldades ao longo da entrevista serão encontradas, mas com conhecimento e treinamento adequado, o profissional poderá abordar e ajudar adequadamente o paciente ([BERTOLOTE et al., 2010](#); [ABP, 2014](#)).

Embora várias escalas tenham sido propostas, nenhuma delas demonstrou eficiência para a detecção de risco de suicídio. As atitudes da equipe em relação ao comportamento suicida são: proteger o paciente e identificar, remover e tratar os fatores de risco ([BERTOLOTE et al., 2010](#)).

Os fatores precipitantes (estressores) de comportamentos suicidas estão associados a uma série de situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de status, no geral, para pior ([APA, 2003](#)).

Fatores de risco dinâmicos/modificáveis são aqueles que são passíveis de sofrer alteração. A identificação dos fatores de risco modificáveis deve ser usada para direcionar a tomada de decisões

sobre a intervenção e planejamento. Depressão, ansiedade, desesperança, uso de substâncias, intoxicação e acesso a meios letais são exemplos de alguns fatores de risco modificáveis (APA, 2003).

Um histórico de tentativa de suicídio ou a presença de um transtorno mental são os maiores indicadores de risco. O risco de suicídio é maior quando se verifica associado ao transtorno de humor e ao consumo de álcool (APA, 2003; ABP, 2014).

Os fatores de risco estáticos/não modificáveis são aqueles que não podem ser modificados, como idade, gênero e história de tentativas de suicídio prévias. Embora o conhecimento dos fatores de risco não permita ao profissional de saúde prever se, ou quando, um doente vai cometer um ato fatal, o reconhecimento do risco é um componente importante da promoção da segurança desses doentes (APA, 2003).

O [Quadro 4.8](#) mostra a avaliação de risco de suicídio. Considerou-se “**Alto Risco**” a existência de 1 ou mais dos seguintes critérios: depressão grave ou moderada, sintomas psicóticos relacionados com a morte ou angustiantes, vozes de comando, mudança súbita de comportamento, ideação suicida com planejamento, tentativa prévia recente ou recorrentes e 10 ou mais fatores de risco. O “**Médio Risco**”, quando houver os seguintes critérios: ideação sem planejamento imediato, desesperança, desespero e impulsividade, familiares que tentaram ou se suicidaram, tentativa prévia não recente, 6 a 10 fatores de risco. E o “**Baixo Risco**”: perdas recentes, ideação suicida sem planejamento e 6 ou menos fatores de risco. Os “**Outros Fatores de Risco**” se relacionam com os estudos epidemiológicos sobre o suicídio que traçam o perfil de indivíduo suicida (BOTEZA, 2014; ABP, 2014).

---

## Quadro 4.8

### Critérios de avaliação de risco de suicídio

---

A. Aspectos relacionados com o ALTO RISCO
Depressão grave/moderada
Sintomas psicóticos (delírios e alucinações) de conteúdo persecutório e/ou relacionados com a morte e/ou angustiantes (p. ex., ideias de ruína e/ou

minusvalia) e/ou vozes de comando
Mudança súbita de comportamento (sensação de calma e paz) de paciente que internou com risco alto para suicídio
Presença de ideação/plano definido tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente
Tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto a uma nova tentativa
Tentou várias vezes em um curto espaço de tempo
Presença de 10 OU MAIS fatores de risco*
<b>B. Aspectos relacionados com o MÉDIO RISCO</b>
A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente
Sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade (perda do autocontrole)
Ter familiares que tentaram ou se suicidaram
Tentativa prévia de suicídio (prévias ao quadro atual)
Presença de 6 A 9 fatores de risco*
<b>C. Aspectos relacionados com o BAIXO RISCO</b>
Perdas recentes
A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano
Presença de 6 OU MENOS fatores de risco*
<b>*Outros fatores de risco</b>
Ausência de religiosidade
Pouca resiliência
Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável
Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância
Gênero masculino
Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos

Sem filhos		
<b>Moradores de áreas urbanas</b>		
Desempregados ou aposentados		
Isolamento social		
Solteiros, separados ou viúvos		
Populações especiais/minorias étnicas/minoria sexual: indígenas, migrantes, adolescentes, moradores de rua, homossexuais e transexuais		
Doenças orgânicas incapacitantes		
Dor crônica		
Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Hungtinton)		
Trauma medular		
Tumores malignos		
HIV/AIDS		
<b>Score: ALTO RISCO:</b> Apresenta ao menos UM dos aspectos listados em ALTO RISCO	<b>MÉDIO RISCO:</b> Apresenta ao menos UM dos aspectos listados em RISCO MÉDIO	<b>BAIXO RISCO:</b> Apresenta ao menos UM dos aspectos listados em BAIXO RISCO

A avaliação inicial e imediata da equipe de saúde garante encaminhamentos mais adequados, abordagem e tratamentos mais efetivos. As medidas individuais de prevenção de comportamento suicida visam oferecer apoio, promover vinculação para que paciente possa ficar à vontade para verbalizar sua ansiedade, desconfiança, sentimentos de angústia, desesperança, desespero, desamparo; aumento da vigilância, principalmente quanto às idas ao banheiro e momentos de isolamento no quarto ou salas da unidade (atenção quanto à vigilância nas trocas de turno); remoção de objetos potencialmente perigosos; e, posicionamento do leito do paciente em local de maior observação. Além de vigiar alterações de comportamentos/ações indicativas de execução do ato suicida.

A reavaliação frequente do risco de suicídio permite maior acurácia

no instrumento de avaliação, uma vez que o paciente pode não verbalizar ideações e planejamentos com facilidade ou de que tais comportamentos autoagressivos ou suicidas possam acontecer impulsivamente.

## **Apresentação prática do instrumento de “avaliação de riscos assistenciais dos pacientes internados por transtorno mental”**

Apresenta-se a seguir o instrumento na íntegra de avaliação dos riscos, que contém um modelo de impresso para a aplicação prática ([Quadro 4.9](#)). E a prescrição/conducta de enfermagem das medidas individuais de prevenção ([Quadro 4.10](#)), que deve ser incorporada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

---

### **Quadro 4.9**

#### **Apresentação prática para aplicação do instrumento de avaliação de riscos assistenciais dos pacientes internados por transtorno mental**

---

Queda		Autoagressividade		Evasão		Intercuso sexual	
		SIM 1	NÃO 2	SIM 1	NÃO 2	SIM 1	NÃO 2
<b>Idade</b>		Existência de ALTO RISCO para suicídio		Paciente verbaliza ideação de fuga/evasão		Busca por contato físico (toque, beijo, abraço)	
Maior que 65 anos	1	Existência de MÉDIO RISCO para suicídio		Paciente com histórico de tentativas de fuga/evasão		Exibição do corpo	
Entre 50 e 65 anos	2	Sintomas psicóticos evidentes (delírio persecutorio e/ou relacionados ao corpo; alucinação com vozes de comando)		Pacientes com histórico de fuga/evasão consumada		Faz elogios direcionados a membros da equipe, outros pacientes ou qualquer outra pessoa	
Menor que 50 anos	3	Comportamento violento, auto-hetero agressivo ou disruptivo prévio		Paciente não comprehende e não-concorda com a internação		Utiliza linguajar inapropriado	
<b>Nível de consciência</b>		Evidências de lesões corporais de auto-mutilação		Paciente não observa e/ou pergunta e/ou comenta sobre as rotinas da unidade		Utiliza insinuações faciais	
Omnubilado	1	Verbalização angústia e/ou sensação de vazio e vontade de ferir-se como forma de alívio		Não aceitação de normas, rotinas da unidade		Faz propostas (diretas ou indiretas) de contato íntimo direcionados a membros da equipe, outros pacientes ou qualquer outra pessoa	
Flutuante	2	Irritação evidente		Não atender as solicitações e orientações da equipe		Discurso com conteúdo sexual/hipersexualizado	
Vigil	3	Busca e/ou guarda objetos que podem ferir a si ou aos demais		Fissura/abstinência de substâncias psicoativas		Histórico de abuso sexual	
<b>Acutide visual</b>		Comportamento impulsivo		Paciente não se adapta a outros (equipe e/ou pacientes)		Busca por situações em que possa haver contato físico	
Diminuída bilateralmente	1	Ameaças verbais de autogressão		Internação compulsória			
Parcialmente diminuída (D ou E)	2			Solicita por alta e/ou resolver problemas externos			
Sem déficit	3	TOTAL SCORE					
<b>Historia de queda</b>							
Sim	1	Ter o (*) OU menor igual 14	Alto Risco				
Não	2						
<b>Equilíbrio corporal</b>		Acima de 15	Baixo Risco				
Marcha alterada	1						
Marcha normal	2						
<b>Uso de dispositivo de auxilio</b>							
		SIM 1	NÃO 2				
Sim	1	Histórico forense (homicídio, furto e roubo)					
Não	2	Comportamento violento, auto-hetero agressivo ou disruptivo prévio					
<b>Hipotensão postural</b>							
		Intoxicação por álcool e drogas					
Sim	1						
Não	2						
<b>Heteroagressividade</b>							
		SIM 1	NÃO 2				
Sim	1	Agresividade verbal e/ou ameaças					
Não	2	Comportamento impulsivo e/ou impositivo e desafiador					
<b>Medo de cair</b>							
Sim	1	Inclinação em direção ao interlocutor/tendência à aproximação					
Não	2	Volume de voz demasiadamente elevado					
<b>Sequelas neurológicas</b>							
		Irritação evidente					
Sim	1	Punhos e dentes cerrados					
Não	2	Movimentação excessiva/inquietação					
<b>Uso de med. Psicotrópicos</b>							
		SIM 1	NÃO 2				
Sim	1	Não atender as solicitações e orientações da equipe					
Ocasionalmente	2	Evidências de lesões corporais de auto-mutilação					
Não	3	Busca e/ou guarda objetos que podem ferir a si ou aos demais					
<b>TOTAL</b>		TOTAL SCORE		TOTAL SCORE		TOTAL SCORE	
<b>SCORE</b>							
Abixo de 12	Alto Risco	Abixo de 21	Alto Risco	Ter o (*) OU menor/igual 17	Alto Risco	Abixo de 16	Alto Risco
De 13 a 20	Médio/Risco	De 22 a 26	Médio				
Acima de 20	Baixo Risco	Acima de 27	Baixo Risco	Acima de 18	Baixo Risco	Acima de 17	Baixo Risco

Suicídio		Riscos identificados
<b>A- Aspectos relacionados ao ALTO RISCO:</b>		
Depressão grave/moderada;		
Sintomas psicóticos (delírios e alucinações) de conteúdo perseguidor e/ou relacionados à morte e/ou angustiantes (por exemplo ideias de ruína e /ou minusvalia) e /ou vozes de comando		
Mudança súbita de comportamento (sensação de calma e paz) de paciente que internou com risco alto para suicídio		
Presença de ideia/plano definido tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente		
Tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto à uma nova tentativa		
Tentou várias vezes em um curto espaço de tempo		
Presença de 10 OU MAIS fatores de risco*		
<b>B-Aspectos relacionados ao MÉDIO RISCO:</b>		
A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente		
Sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade (perda do auto controle)		
Ter familiares que tentaram ou se suicidaram		
Tentativa prévia de suicídio (prévias ao quadro atual)		
Presença de 6 A 9 fatores de risco*		
<b>C-Aspectos relacionados ao BAIXO RISCO:</b>		
Perdas recentes		
A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano		
Presença de 6 OU MENOS fatores de risco*		
<b>*outros fatores de risco</b>		
Ausência de religiosidade		
Perdas recentes		
Pouca resiliência;		
Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável		
Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância;		
Gênero masculino		
Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos		
Sem filhos;		
Moradores de áreas urbanas;		
Desempregados ou aposentados		
Isolamento social		
Solteiros, separados ou viúvos		
Populações especiais/minorias étnicas/minoria sexual: indígenas, migrantes, adolescentes, moradores de rua, homossexuais e transexuais		
Doenças orgânicas incapacitantes		
Dor crônica		
Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington)		
Trauma medular		
Tumores malignos		
HIV/AIDS		
Alto Risco- Apresenta ao menos UM dos aspectos listados em ALTO RISCO-		Risco Médio- Apresenta Ao menos UM dos aspectos listados em RISCO MÉDIO
Baixo Risco- Apresenta ao menos UM dos aspectos listados em Baixo RISCO.		
Assinatura e carimbo-Enfermeiro		

## Quadro 4.10

### Apresentação prática para aplicação da prescrição/conduta de enfermagem individuais de prevenção

( ) Queda	( ) Suicídio	( ) Auto e heteroagressão	( ) Evasão
Placa de sinalização	Oferecer apoio conversando com o paciente	Assegurar um ambiente coeso e tranquilo	Oferecer apoio conversando com o paciente
Leito de segurança	Aumento da vigilância, principalmente quanto às idas ao banheiro e a isolamento no quarto ou salas da unidade	Abordagem verbal acolhedora, firme e não intimidadora	Aumento da vigilância
Grades	Atenção quanto à	Vigiar e comunicar	Vigiar e comunicar

elevadas	vigilância nas trocas de turno	comportamentos de risco de agressão (mesmo após abordagem verbal)	sinais de ansiedade, desconfiança, persecutor, verbalizações de ameaças de
Identificação no censo	Atenção quanto à vigilância e transporte quando for necessário avaliações externas ou transferência do paciente para outra unidade	Vigilância constante	Verificar ingestão de medicação
Cuidados com ambiente garantindo segurança ( pisos, mobiliário e iluminação)	Remoção de objetos potencialmente perigosos	Retirada de objetos potencialmente perigosos	Posicionamento do leito do paciente em local de maior observação
Vigilância	Posicionamento do leito do paciente em local de maior observação	Realização de rol de pertences no momento da admissão, bem como banho e colocação de roupa privativa	Evitar participação em eventos externos a enfermaria
Auxílio nas atividades de vida diária (AVD)	Vigiar e comunicar sinais de ansiedade, desconfiança, verbalização de sentimentos de angústia, desesperança,	Avaliar necessidade de contenção física (conforme protocolo)	Remoção de objetos potencialmente perigosos

	desespero, desamparo		
	Vigiar e comunicar planejamentos bem estruturados , além de observar comportamentos/ ações indicativos de execução do ato suicida	Posicionamento do leito distante de pacientes frágeis fisicamente ou que também apresentem risco semelhante	
	Verificar ingestão da medicação.		Oferecer apoio conversando com o paciente.
	Reavaliação frequente do risco.		Aumento da vigilância.
	Oferecer apoio conversando com o paciente.		
	Aumento da vigilância, principalmente quanto às idas ao banheiro e a isolamento no quarto ou salas da unidade.		
	Atenção quanto à vigilância nas trocas de turno.		
	Atenção quanto à vigilância e transporte quando for necessário avaliações		

	externas ou transferência do paciente para outra unidade;	
--	--	--

## **Considerações finais**

A utilização das propostas de “Acolhimento e Classificação de Risco” e “Avaliação de Riscos Assistenciais dos Pacientes Internados por Transtorno Mental” foram inicialmente idealizadas para potencializar os cuidados e promover assistência segura e de qualidade aos pacientes.

As dificuldades encontradas nas poucas referências da literatura sobre o assunto não impediram a elaboração de fluxos e instrumentos para avaliar e classificar riscos. Os itens empregados para a construção das ferramentas descritas neste capítulo foram elaborados a partir de pesquisas na literatura, consultas a dados epidemiológicos, clínicos e ambientais. Além dos conhecimentos adquiridos na experiência prática em saúde mental, das peculiaridades do território e perfil de atendimentos.

Os benefícios alcançados com a implantação dessas novas práticas certamente enriqueceram e trouxeram conhecimentos a toda equipe. Também se deve destacar que a antecipação e redução de possíveis riscos impactam positivamente ao hospital como um todo, pois quando algum evento adverso acontece, as perdas podem incluir: aumento do tempo de internação; gastos com medicações, exames e procedimentos, além do programado; reparos de danos patrimoniais; possíveis processos judiciais e indenizações; e, situações estressoras que afetam toda a equipe.

Por fim, a relevância de apresentar e iniciar uma discussão sobre o tema é possibilitar o aprimoramento da utilização, aplicação e revisão dos instrumentos de avaliação de riscos específicos. Assim, abrem-se novas oportunidades de convergência da saúde mental com outras áreas médicas e desestrutura possíveis discursos que tratam a internação psiquiátrica como algo estigmatizante.

## **Questões para estudo**

- Por que é importante ter uma Classificação de Riscos no pronto-socorro?

- Qual a relevância da Avaliação de Riscos Assistenciais para os pacientes internados?
- De forma geral, quais os benefícios de tais instrumentos para o paciente e para o hospital?

## Referências

- Abbês, C., Massaro, A. (s.d.) Acolhimento com classificação de risco. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti.
- ABP– Associação Brasileira de Psiquiatria. (2006) Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf).
- ABP– Associação Brasileira de Psiquiatria. (2009) Proposta de diretrizes para assistência integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP Editora. Disponível em: [http://www.abp.org.br/medicos/diretrizes/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abp.org.br/medicos/diretrizes/diretrizes_final.pdf).
- ABP– Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014) Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 52 p.
- Alberto, R.L. (2013) Impactos das internações compulsórias em hospital psiquiátrico. Tese do Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, São Paulo, 64 p.
- APA– American Psychiatric Association (2003) Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Disponível em: [http://www.med.umich.edu/depression/suicide\\_assessment/apa20suicide%](http://www.med.umich.edu/depression/suicide_assessment/apa20suicide%/). Acesso em 10 out 2010.
- Bertolote JM, Mello-Santos CA, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010;32(suppl. 2):S87–S95: [on-line].
- Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP.* 2014;25(3):231–236.
- Brasil. (1992) Portaria no 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental. As diretrizes dispõem sobre a organização dos serviços segundo os preceitos do SUS (Sistema Único de Saúde), a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas a partir da complexidade assistencial, a garantia de continuidade assistencial nos vários níveis, a multiprofissionalidade e a participação social.
- Brasil. (2001) Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e modelo assistencial em saúde mental.
- Brasil. (2002) Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. “Triagem

- Classificatória de Risco" nas Unidades de Atendimento às Urgências.
- Brasil. (2012) Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.
- Brasil. (2013) Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. Protocolo prevenção de quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- Fonseca, S.C.L. (2012) Medida de segurança do doente psiquiátrico internado. Disponível em: [www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt). Acesso em fevereiro de 2017.
- Lisboa, C.S.M. (2005) Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade de crianças em idade escolar: fatores de risco e proteção. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia.
- Mendes, M.F., Barros, F.M.N., Tavares, A.J.P. (2008) Eficácia do acolhimento com avaliação e classificação de risco em emergência psiquiátrica. Messejana, p. 1-6.
- Mesquita, J.F., Novellino, M.S.F., Cavalcanti, M.T. (2010) A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, Minas Gerais. Disponível em:  
[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010)
- Paes MR, Borbaii LO, Brusamarello T, et al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*. 2009;17(4):479–484: out/dez.
- Pereira, S.R.M., Buksman, S., Perracini, M. et al. (2002) Quedas em idosos. In: Jatene, F.B., Cutait, R., Eluf Neto J., Nobre, M.R., Bernardo, W.M. (orgs.) (2002) Projeto diretrizes. Vol. 1. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Brasília, Conselho Federal de Medicina, p. 405-14.
- Santos Junior, E.A. et al. (2003) Acolhimento com classificação de risco. Prefeitura de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde:[s.n.], 8 p.
- São Paulo (2017) Protocolos Assistenciais de Saúde Mental – Conceitos e Indicadores. Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- Scarcelli, I.R. (1998) O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992. Tese de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-03112005-221529/>.

Taborda, J.G.V., Baron, A.L.D., Pesseto Neto, L. (2014) Aspectos ético-legais nas emergências psiquiátricas. In: Quevedo, J., Carvalho, A.E. (orgs.) *Emergências psiquiátricas*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, p. 69-82.

Turecki, G. (1999) O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600006). Acesso em: 2 outubro 2007.

Vieira SA, Dall'Agnol CM. Concepções de uma equipe multidisciplinar sobre fuga de pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009;62(1): Brasília jan./fev.

Vitiello N. Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. *Revista Brasileira de Medicina*. 1998: Edição Especial, novembro.

WHO – World Health Organization. (2014) Preventing suicide: a global imperative. Geneva. Acesso em: 20 agosto 2014.

---

## CAPÍTULO 5

# **Cuidados com a equipe, o ambiente e a comunicação nas emergências**

---

*Leonardo Baldaçara*

## **Pontos principais**

---

- O atendimento em emergências psiquiátricas deve assegurar:
  - Proteção do paciente.
  - Cuidados com o ambiente.
  - Proteção e postura adequada da equipe.
  - Comunicação efetiva.
-

## **Introdução**

A primeira preocupação na abordagem de um paciente agitado deve ser sua segurança, assim como das pessoas ao seu redor. Para tal, um conjunto de técnicas para avaliar a segurança do ambiente, das pessoas envolvidas e criação de estratégia de comunicação são de grande importância para a solução rápida e eficaz do evento. (SCHLEIFER J.J., 2011).

## **Os cuidados com a equipe e sua postura**

A equipe para atuar com emergências psiquiátricas deve, acima de tudo, ter formação apropriada, ser treinada e ter afinidade pela abordagem de portadores de transtornos mentais. Dentro da formação devem ser contemplados não apenas noções gerais da saúde humana, como noções éticas e deontológicas, noções de psicologia e principalmente sobre a forma de reconhecer e abordar os transtornos mentais e suas emergências.

O vestuário deve ser discreto, com roupas compridas e sapatos fechados. Sugere-se o uso do jaleco, visto que além de cobrir todo o profissional é de fácil retirada na saída do ambiente de trabalho. No caso de pessoas de cabelos compridos é recomendável que fiquem presos, por higiene e proteção do profissional. Deve-se evitar: calçados abertos, como sandálias, cabelos compridos soltos, unhas compridas, roupas curtas, roupas entreabertas, roupas sujas, óculos escuros. Joias e relógios devem ser retirados, pois podem ferir o paciente ou o próprio profissional. Caso se opte pelo uso, utilizar aqueles de tamanho menor, superfícies lisas e/ou arredondadas.

Outro cuidado essencial da equipe é assegurar seu bem-estar. O profissional para atender bem seus pacientes deve estar descansado, calmo, bem alimentado e em boas condições de saúde. Visto que as situações de emergências psiquiátricas causam grande impacto emocional e requerem tomada de decisões rápidas, o profissional deve estar equilibrado para o atendimento efetivo.

O profissional deve estar sempre atento ao que ocorre ao seu redor. Gritos, corridas, batidas em cima da mesa, quedas, pacientes **irresponsivos** ou isolados, são exemplos de sinais que devem ser averiguados. Pacientes com potencial violento devem ser atendidos por mais de um profissional, geralmente em ambiente no qual possam sair e pedir socorro rapidamente ([CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#); [GARRIGA et al., 2016](#)).

## **Os cuidados com o ambiente**

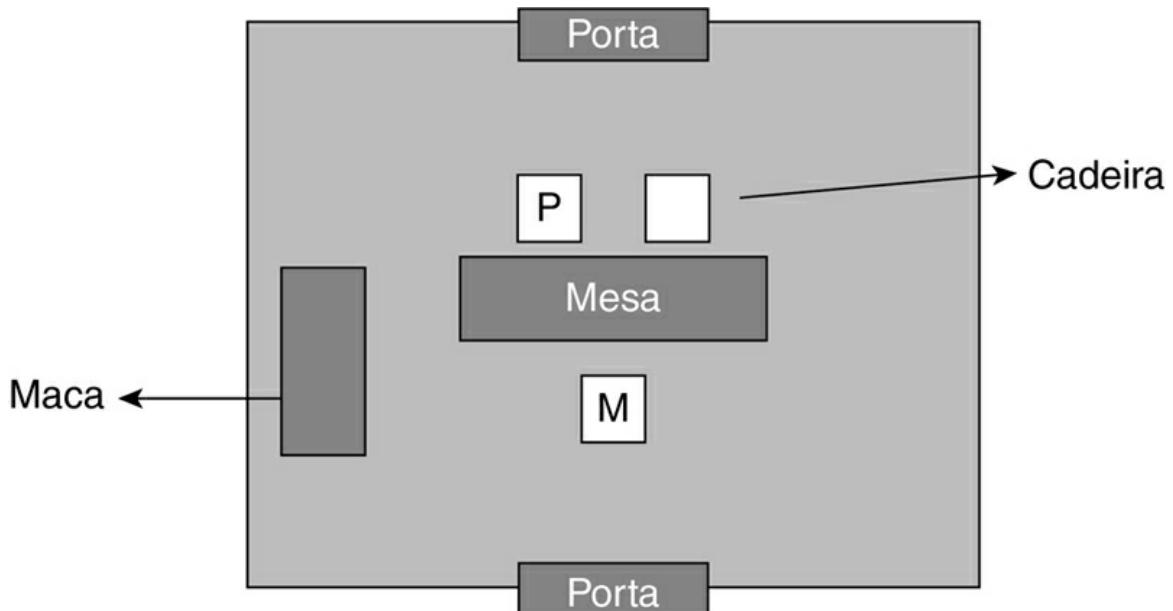
As emergências psiquiátricas ocorrem em qualquer lugar. Nos hospitais, nos ambulatórios, nos prontos-socorros, nas ruas. O profissional deve avaliar a situação assim que se depara com uma possível emergência e uma das principais medidas é avaliar se o ambiente em que o paciente será atendido é seguro para a equipe.

Sendo possível a escolha de um ambiente ideal, a área física deve ser específica para o atendimento de pacientes psiquiátricos, para não misturá-los com pacientes clínicos ou cirúrgicos; é importante uma planta física que permita a assistência adequada por parte de dedicada equipe de enfermagem, dispondo, por exemplo, de salas com ventilação e banheiro no local. A iluminação deve ser adequada e deve-se ter a presença de assessórios, tais como relógios e calendários, que auxiliem na orientação de pacientes confusos ou desorientados. O ambiente deve ser quieto e calmo, para não estimular indevidamente pacientes já em agitação psicomotora ([GARRIGA et al., 2016](#); [KAWAKAMI et al., 2016](#)).

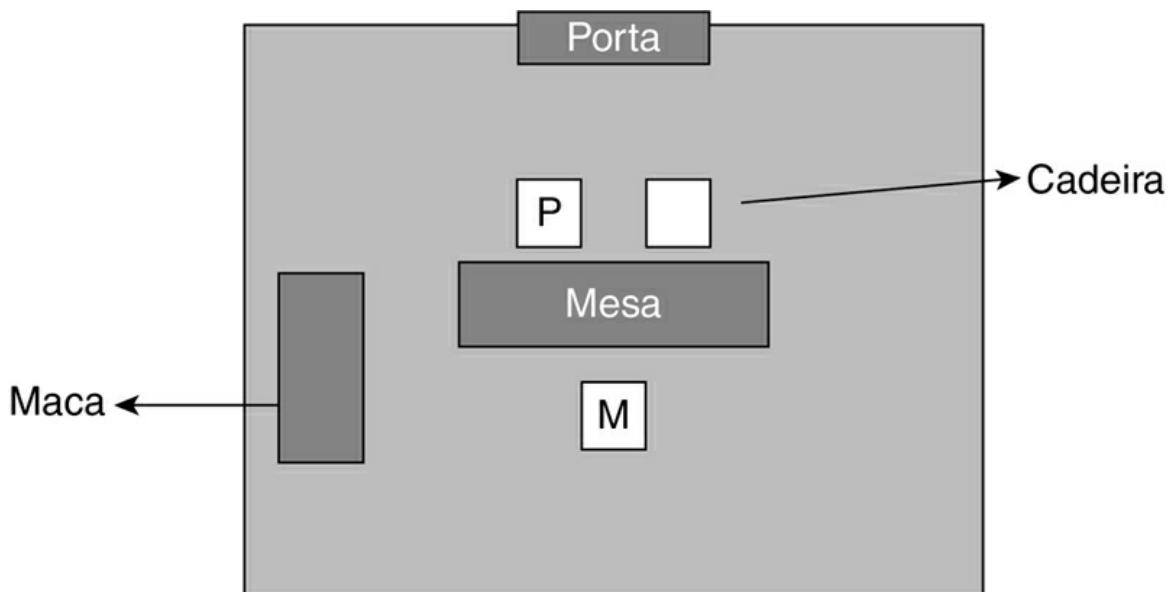
O ambiente ideal é o mais discreto possível. Pacientes em ambientes abertos e cheios de pessoas devem ser convidados a irem para um local privado, como um consultório. O local onde o paciente será atendido deve ser avaliado antes da entrada do mesmo. Esse local não deve ter objetos nos quais o paciente possa tropeçar (escada baixa no meio do caminho), objetos que possam feri-lo ou ferir a outrem (agulhas, pedaços de peças soltas), objetos que possam ser quebrados (vidros) e objetos que possam ser arremessados (como o suporte de soro). O ideal é um ambiente amplo e de livre circulação ([CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#); [KAWAKAMI et al., 2016](#)).

Deve-se garantir que em caso de emergência, tais como agitação, agressividade ou parada cardiorrespiratória o profissional possa rapidamente sair e pedir ajuda sem ser acuado. Para tal, recomenda-se que todo local tenha uma porta de entrada e outra de saída conforme a [Figura 5.1](#). No caso de haver apenas uma porta o paciente deve sentar-se para o lado de dentro da sala e o profissional próximo a porta ([Figura 5.2](#)) ([CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#); [2016](#);

KAWAKAMI et al., 2016).



**FIGURA 5.1** Disposição sugerida dos móveis em um consultório para atendimento em emergências psiquiátricas. Sala com duas portas. P = Local do paciente. M = Local do médico ou demais profissionais da saúde.



**FIGURA 5.2** Disposição sugerida dos móveis em um consultório para atendimento em emergências psiquiátricas. Sala com uma porta. P= Local do paciente. M = Local do médico ou demais profissionais da saúde.

Com relação aos instrumentos para emergência, deve-se ter no local para atendimento de emergências psiquiátricas cilindro de oxigênio, ambu, material de intubação, aspirador de secreção, vaporizador e nebulizador. Bandeja ou carro de parada devem estar facilmente disponíveis. Também são essenciais os materiais para a contenção física, incluindo faixas e outros materiais de contenção e camas adequadas, como, por exemplo, camas fixadas no chão e adaptadas para faixas de restrição física (CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007; KAWAKAMI et al., 2016).

Idealmente, a unidade de emergência psiquiátrica deve estar próxima das instalações de uma emergência clínico cirúrgica, dada a alta incidência de complicações clínicas em pacientes psiquiátricos. O acesso à unidade deve promover o controle de possíveis fugas dos pacientes, sendo sugeridas apenas uma entrada para o fluxo de pacientes e uma porta fechada a chave para o fluxo de profissionais (CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007; KAWAKAMI et al., 2016).

As mesas devem ter pés que não atrapalhem a saída do profissional. Sugere-se o uso de mesas com pés apenas em um lado (Figuras 5.3 e 5.4). Pacientes agitados com potencial agressivo devem sempre ser atendidos de porta aberta.



**FIGURA 5.3** Mesa retangular com apenas duas pernas e laterais abertas, o que facilita a saída rápida do profissional. Entretanto, o fechamento frontal é pequeno.



**FIGURA 5.4** Mesa retangular com apenas duas pernas com laterais abertas, o que facilita a saída rápida do profissional. As gavetas restringem os movimentos do profissional, principalmente para a saída pelo lado esquerdo. O fechamento frontal também é pequeno. Essa mesa estaria bem aplicada apenas caso o lado esquerdo fosse ao lado da parede e não houvesse outro lugar para colocá-la.

Apesar da regra exigir que o paciente fique sozinho com o profissional, caso a família insista, um primeiro atendimento com o paciente junto aos seus acompanhantes pode ser válido para garantir a segurança de todos e obter informações relevantes de forma rápida sobre os motivos de o paciente ter sido reconhecido como em perigo.

Em uma unidade de Serviço de Emergência Psiquiátrica, os itens do [Quadro 5.1](#) sempre devem ser averiguados pelos profissionais da saúde antes do atendimento.

---

## **Quadro 5.1**

### **Princípios de um Serviço de Emergência Psiquiátrica**

---

Privacidade

Segurança

Facilitar o acesso de outros profissionais de saúde ao local de atendimento  
se o paciente estiver ou tornar-se violento

Medicação para quadros de agitação psicomotora disponíveis rapidamente

Material para contenção física de fácil acesso

Equipe treinada para o atendimento

Ter acesso a serviços de diagnósticos e contar com o auxílio de outros  
especialistas

---

## **Considerações sobre alguns ambientes Enfermarias com muitas camas ou macas**

O ideal é encaminhar o paciente para um consultório a fim de garantir sua privacidade. Em caso de pacientes acamados, ou sem crítica, agitados ou que se recusam a sair do ambiente pode-se solicitar aos demais pacientes do recinto que saiam temporariamente. Caso não seja possível, o uso do biombo pode não ser a melhor medida, mas pode dar maior conforto ao paciente. O ambiente também deve estar livre de objetos que possam causar quedas ou ferir alguém. Quanto maior o número de leitos no recinto maior a necessidade de supervisão direta da enfermagem.

## **Unidade de terapia intensiva**

Local onde os pacientes estão muito graves, muitas vezes sedados e com a crítica comprometida. Um cuidado redobrado deve se ter com seu pudor e com o sigilo, visto que não são capazes de se defender adequadamente. O profissional de saúde mental que for atender tais pacientes deve seguir as mesmas normas da equipe da unidade com relação a vestuário, cuidados de higiene e contato. Outro detalhe é lembrar que unidades de terapia intensiva são fechadas, o local é de trabalho intenso e muitas vezes o paciente é obrigado a ser estimulado por 24 horas. É muito importante que se estabeleça horários e rotinas. No período noturno é recomendado a redução da luminosidade, intensidade sonora e até dos procedimentos para que se preserve o ciclo circadiano do paciente.

## **Escolas**

As escolas não são locais adequados para atendimento de emergências, porém, lembrando de uma premissa: as emergências ocorrem em qualquer lugar. Caso seja necessário abordar um aluno ou funcionário em emergência a primeira atitude é levá-lo a um local privado. Solicitar imediatamente socorro pelo serviço móvel de urgência e/ou família e conduzir o paciente a um serviço de saúde.

Apesar de professor e colegas poderem acompanhar o paciente em alguma situação de urgência, é importante salientar que a família deve assumir o caso o quanto antes.

## Residências

O atendimento de emergências psiquiátricas em residências, salvo em alguns casos, não é recomendado. A estrutura não é apropriada, não há equipe multidisciplinar treinada e não há aparato de saúde para abordagem de pacientes agitados e violentos. Algumas exceções ocorrem para pacientes já conhecidos pelo médico, que estão acamados e oferecem pouco risco. Caso o profissional opte pelo atendimento, jamais deve fazê-lo sozinho; e uma vez reconhecida a emergência transferir o paciente imediatamente. Pode-se evitar situações constrangedoras, nessa modalidade de atendimento, orientando a família a chamar o serviço móvel de urgência quando for feito o contato, por telefone, solicitando a consulta. Outros casos que podem gerar situação constrangedora e complicada para o profissional da saúde nas residências são: comportamento suicida, pacientes psicóticos, pacientes intoxicados por substâncias ou em abstinência, pacientes sem crítica e, principalmente, pacientes que não sabem que serão atendidos dentro de sua própria residência. Portanto, ressaltamos que o atendimento em residência não é recomendado para situações de emergência.

## Ruas

Outro local de difícil abordagem de pacientes em emergências são aqueles que se encontram na rua. Seja por serem pessoas sem teto ou por estarem em crise e desaparecidos de suas famílias. Recomenda-se transferi-los para um pronto-socorro, visto que a maioria requer atendimento clínico, pois muitos estão desnutridos, desidratados, com infecções, entre outros. A abordagem desses pacientes em casos de comportamento agitado e violento deve ser feito tanto pela polícia quanto pelo serviço de atendimento móvel. É importante também que o médico que se depare com uma emergência dessa natureza, atente para a segurança do ambiente local. Na maioria dos casos é prudente

que se retorno apenas com equipe composta de no mínimo 5 pessoas e transporte viável. Não é recomendado atendimento a morador de rua sozinho.

## **Pacientes em situações de risco (lugares altos)**

Pacientes em crise muitas vezes sobem em lugares altos, tais como postes, antenas, telhados, andaimes ou janelas. Não cabe ao psiquiatra a abordagem desses pacientes nesses locais. O atendimento adequado deve ser feito pelo corpo de bombeiros e, após a sua retirada do local de risco, o paciente será encaminhado ao pronto-socorro, onde somente lá será abordado pela equipe de saúde mental.

## **Paciente no carro que se recusa a entrar no hospital**

Em um pronto-socorro o médico pode atender apenas o paciente que estiver dentro do seu ambiente de trabalho. Não é possível ir até o carro e abordar uma pessoa que muitas vezes recusa-se a ser atendida. Nesses casos é recomendável a família encaminhar o paciente através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O carro não é local apropriado para manejá-lo em caso de agitação ou violência. Complica-se o atendimento mais ainda caso seja averiguado que o indivíduo tem crítica, que poderá depois responsabilizar o profissional que o abordou de forma coerciva.

## A comunicação

A comunicação através do diálogo é a principal ferramenta dos profissionais de saúde mental e deve ser a primeira a ser cogitada na terapêutica. Alguns detalhes são de extrema importância para a manutenção de uma comunicação efetiva:

1. Primeiramente os profissionais da saúde não podem se colocar em situação que os coloquem em risco, tal como tentar uma abordagem verbal com um paciente violento, sozinhos, em um local fechado.
2. O ambiente deve ser adequado conforme já foi mencionado anteriormente.
3. Deve-se ter muita cautela com a linguagem não verbal e evitar posturas ou sinais de provocação, confrontação ou ameaça.
4. Deve-se se assegurar o conforto do paciente, tal como um lugar com poucos estímulos, uma cadeira, um local com boa iluminação.
5. Evitar que o paciente fique esperando muito tempo pelo atendimento para evitar ansiedade, raiva, ou outros sentimentos negativos para com o entrevistador.
6. O entrevistador sempre deve ter uma postura de respeito, cuidado e empatia.
7. Para pacientes agitados, agressivos e violentos recomenda-se a utilização das técnicas de desescalonamento verbal a serem apresentadas a seguir.

Para pacientes agitados foi proposta a chamada técnica de desescalonamento verbal. Inicialmente foi definida por Stevenson e Otto (1998) que descreveram como um processo interativo em que um paciente é redirecionado para um espaço pessoal mais pacífico. [Allen et al. \(2001\)](#) recomendam a intervenção verbal ou a medicação voluntária antes de qualquer medida. A seguir, as principais técnicas do desescalonamento verbal ([FISHKIND, 2002](#); [RICHMOND et al., 2012](#)), como forma de acalmar o paciente e conquistar sua colaboração.

Apesar de as técnicas de desescalonamento verbal terem demonstrado um potencial de diminuir a agitação e reduzir o risco de violência, de forma empírica podemos aplicá-las para a abordagem de outros pacientes em estados de emergência com comportamento de difícil manejo.

No [Quadro 5.2](#) apresentamos alguns dos princípios dessa técnica e suas orientações de forma modificada para que seja aplicada não apenas em pacientes agitados.

---

## Quadro 5.2

### **Princípios gerais do desescalonamento verbal**

---

1. Respeitar o paciente e seu espaço pessoal
2. Não ser provocativo
3. Estabelecer contato verbal
4. Ser conciso
5. Identificar desejos e sentimentos
6. Escutar atentamente o que o paciente está dizendo
7. Concordar ou discordar para discordar
8. Estabelecer as regras e os estabelecer limites claros
9. Oferecer opções e otimismo
10. Dialogar com o paciente e a equipe

---

*Fonte:* Modificado de NSW Health Department (2009) e Richmond et al. (2012).

## **Respeitar o paciente e seu espaço pessoal**

É importante sempre preservar o espaço pessoal do paciente e aproximar-se de forma lenta e gradual. Para pacientes agitados e desconfiados é recomendável manter uma distância de aproximadamente dois braços estendidos. Além disso, é necessário dar a ideia de que o paciente pode se mover e também dar espaço ao profissional para sair do caminho ou pedir ajuda. Também permite uma distância segura para casos de pacientes agressivos que tentam golpear o entrevistador.

Se o paciente pedir para que saia do seu caminho, faça-o imediatamente. Outro cuidado que se deve ter é com os pertences dos pacientes, muitos tentam protegê-losativamente. Respeite e no caso de precisar pegá-los, explique o porquê de fazê-lo e não tenha pressa.

Cuidado com pacientes que estão sem roupa ou que precisam trocá-las. Muitos não toleram a perda de seu pudor, principalmente se já passaram por abusos ou humilhação. A troca de roupas deve sempre ser feita em local privado, ou caso não seja possível cubra o paciente.

## **Não ser provocativo**

O profissional deve demonstrar, através de sua linguagem corporal, que não irá prejudicar o paciente. Que ele quer ouvir e quer que todos estejam seguros.

As mãos devem ser visíveis e não fechadas. Deve-se evitar deixá-las escondidas; o que pode passar a impressão de que há algo (como um seringa ou uma arma escondida).

O profissional deve evitar olhar para pacientes desconfiados e agitados diretamente de frente, com o olhar fixo e deve ficar em um ângulo em que não pareça confrontá-lo. A expressão facial deve ser calma. A postura mais fechada, com braços cruzados pode passar a ideia de falta de interesse.

Entretanto, é mais importante que a linguagem corporal do clínico seja congruente com o que ele está dizendo. Caso contrário, o paciente sentirá que não está sendo sincero.

É muito importante que o profissional não desafie ou insulte o paciente, ou faça qualquer outra coisa que possa ser percebida como humilhante.

## **Estabelecer contato verbal**

Apenas uma pessoa deve interagir verbalmente com o paciente. Várias pessoas podem confundi-lo. Enquanto a pessoa designada faz a abordagem, outro membro da equipe deve alertar a equipe sobre o evento e remover os demais espectadores.

Comece se apresentando ao paciente, perguntando seu nome e fornecendo orientação e reasseguramento. Uma boa estratégia é ser educado. Diga ao paciente o seu título e nome. Rapidamente ouça e diminua as preocupações do paciente sobre o seu papel, explicando que você está lá para mantê-lo seguro e certificar-se de que nenhum dano ocorrerá a ele. Se o paciente estiver muito agitado, ele pode precisar de reasseguramento adicional de que o profissional quer ajudá-lo a recuperar o controle. Oriente o paciente onde ele está e o que esperar.

## **Ser conciso**

Uma vez que os doentes mentais podem ter dificuldades em processar informações verbais, é recomendável usar frases curtas e vocabulário simples. Verbalizações mais complexas podem causar confusão e levar o paciente a uma postura defensiva. Dê ao paciente tempo para processar o que lhe foi dito e fazer perguntas antes de fornecer informações adicionais.

A repetição é essencial para de-escalada bem-sucedida. Isso envolve a repetição persistente de sua mensagem ao paciente até que seja ouvida. A repetição deve ser combinada com outras habilidades de assertividade, tais como ouvir o paciente e concordar com sua posição sempre que possível.

## **Identificar desejos e sentimentos**

Exemplos de desejos incluem o socorro, o desejo de ventilação para um ouvinte, empatia, um pedido de medicação, intervenção administrativa, como uma carta a um empregador, ou intervir com um cônjuge ou pai difícil. O paciente deve ser ouvido seja possível conceder seu pedido ou não.

Use informações disponíveis para identificar os desejos e sentimentos do paciente. Observe sua linguagem corporal ou seu histórico progresso. Essas informações podem ajudar a identificar os desejos e as necessidades do paciente. Por tais observações podemos identificar sentimentos de tristeza, raiva, medo e até intenção agressiva ou suicida.

## **Escutar atentamente o que o paciente está dizendo**

Utilizar a escuta ativa. Através da compreensão, conversa e linguagem corporal o profissional deve demonstrar que está realmente prestando atenção no que o paciente está dizendo e sentindo. Como ouvinte, deve-se ser capaz de repetir o que o paciente disse para agradá-lo. Isso não significa necessariamente que o entrevistador concorde com ele, mas que comprehende o que está dizendo.

## **Concordar ou concordar para discordar**

Pode-se utilizar a estratégia empática na qual se encontra algo na posição do paciente que se possa concordar. Existem três maneiras de concordar com um paciente. A primeira é concordar com a verdade. Se o paciente é agitado após três tentativas de colher seu sangue, pode-se dizer: "Sim, já se tentou três vezes. Você se importa se eu tentar?" A segunda é concordar em princípio. Para o paciente agitado que está reclamando que ele tem sido desrespeitado pela polícia, você não tem que concordar que ele está correto, mas você pode concordar com ele, em princípio, por acreditar que todos devem ser tratados com respeito. A terceira é concordar com as probabilidades. Se o paciente está irritado por esperar pelo médico e afirma que qualquer um ficaria irritado, você pode dizer que provavelmente há outros pacientes que também ficariam chateados.

Por fim, o profissional pode se deparar com a situação em que o paciente quer que ele concorde com seu delírio ou outra coisa que obviamente não tem conhecimento. Nesta situação, o profissional deve reconhecer que você nunca experimentou o que o paciente está experimentando, mas acredita no que ele está sentindo. No entanto, se não houver maneira honesta de concordar, concorde para discordar.

## **Estabelecer regras e limites claros**

Estabelecer as condições básicas do trabalho. É fundamental que o paciente seja claramente informado sobre comportamentos aceitáveis. Diga ao paciente que a agressão a ele ou a outras pessoas será inaceitável. Se necessário, informe ao paciente que pode ser preso e processado se ele assaltar ou causar algum dano a alguém. Isso deve ser comunicada de forma prática e não como uma ameaça. Recomendação chave: O ajuste de limite deve ser razoável e feito de uma forma respeitosa.

Definir limites demonstrando a intenção e desejo de ajudar, mas sem ser abusado pelo paciente.

Se o doente estiver causando desconforto ao profissional, isso deve ser reconhecido.

Muitas vezes, dizer que seu comportamento é assustador ou provocativo é útil, se combinado com uma declaração empática que o desejo de ajuda pode ser interrompido.

A conclusão é que para se ter boas condições de trabalho é necessário que o profissional e o paciente tratem uns aos outros com respeito. Ser tratado com respeito e dignidade deve ir em ambos os sentidos.

Tranquilizar o paciente de que quer ajudá-lo a recuperar o controle e o comportamento aceitável. Treinar o paciente em como ter controle. Depois de ter estabelecido um relacionamento com o paciente e determinar que ele tem a capacidade de permanecer calmo, ensiná-lo a manter o controle. Use um suave confronto com a instrução: “Eu realmente quero que você se sente; quando você anda, eu me sinto assustado, e não posso prestar muita atenção ao que você está dizendo. Aposto que você poderia me ajudar a entender se você falar calmamente e me disser suas preocupações.”

## **Oferecer opções e otimismo**

Oferecer escolhas. Para o paciente que não tem mais nada a não ser lutar ou fugir, oferecer uma escolha pode ser uma ferramenta poderosa. A escolha é a única fonte de empoderamento para um paciente que acredita que a violência física é uma resposta. Para impedir uma agressão, seja assertivo e rapidamente propor alternativas para a violência. Ao oferecer opções, também se oferecem coisas que serão percebidas como atos de bondade, como cobertores, revistas e acesso a um telefone. Alimentos e algo para beber podem ser uma escolha. Mas, esteja ciente de que essas escolhas devem ser realistas. E nunca engane um paciente prometendo algo que não pode ser fornecido para ele.

Abordar o assunto dos medicamentos. O paciente consciente é aquele que pode participar de seus próprios cuidados auxiliando para que ocorra um tratamento adequado. Tal medida, acentua sua disposição, e pode diminuir seu tempo de permanência na emergência. Quando os medicamentos forem indicados, ofereça ao paciente tempo. Não se apresse para dar medicação, mas, ao mesmo tempo, não adie a medicação quando necessário. Utilize estratégias de persuasão; como primeiro passo pergunte ao paciente o que ele precisa e o que funciona, tente obter a solicitação da medicação pelo próprio paciente. Se o paciente não mencionar a medicação e acredite-se que é indicado, em seguida, indique claramente ao paciente que você acha que ele iria se beneficiar de medicação. Pergunte a ele qual medicação o ajudou no passado em seu estado.

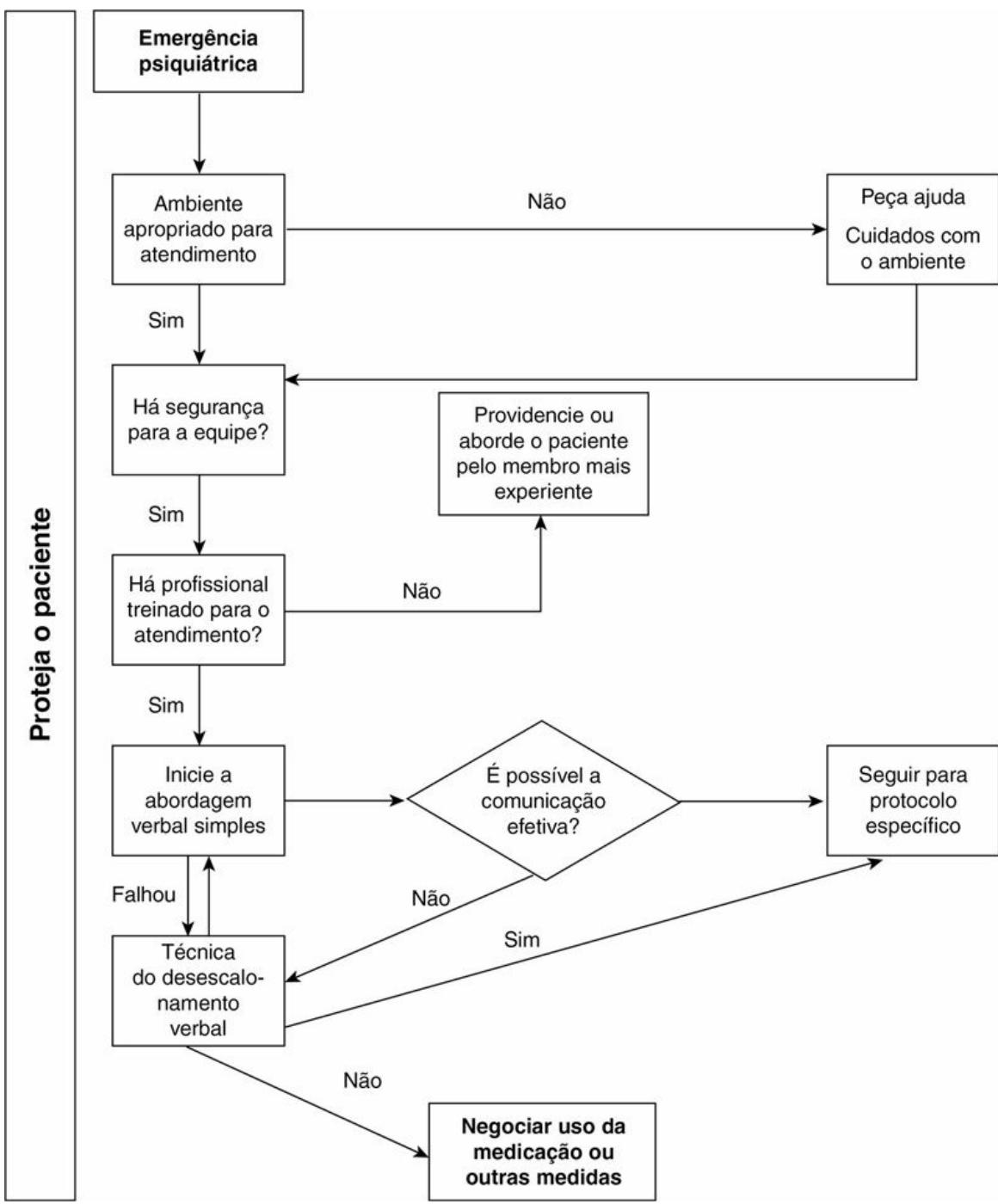
## **Dialogar com o paciente e a equipe**

Comece explicando porque a intervenção foi necessária. Deixe o paciente explicar os acontecimentos de sua perspectiva. Explore alternativas para o controle da agressão se o paciente ficar irritado ou agitado novamente. Ensine o paciente a como solicitar um tempo limite e como expressar adequadamente sua raiva. Explique como os medicamentos podem ajudar a prevenir atos de violência e obtenha *feedback* do paciente sobre as suas preocupações. Finalmente, converse com a família do paciente que testemunhou o incidente.

Se for necessário utilizar força, é importante que a equipe seja informada. É essencial deixar a equipe se sentir livre para sugerir alternativas e recomendar melhores opções para o próximo episódio.

### **Questões para estudo**

- Quais as principais precauções devem ser tomadas pela equipe no atendimento a pacientes em emergências psiquiátricas?
- Quais os cuidados devem ser tomados com relação ao ambiente no atendimento de pacientes em emergências psiquiátricas?
- Quais os cuidados a serem tomadas na comunicação e abordagem verbal de pacientes em emergências?



**FLUXOGRAMA 5.1**

## Referências

- Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med.* 2001;1–88: quiz 89–90. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11500996>.
- Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. *Current Psychiatry.* 2002;1(4):32–39.
- Cordeiro D, Baldaçara L. *Emergências psiquiátricas.* São Paulo: Roca; 2007.
- Garriga M, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry.* 2016;17(2):86–128.
- GWA—Government of Western Australia *Department of Health. Mental Health Division.* Guidelines: The management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings; 2006.
- Kawakami D, Prates JG, Tung TC. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. *Revista Debates em Psiquiatria.* 2016;28–34: jul-ago.
- Larkin GL, Beautrais AL, Spirito A, Kirrane BM, Lippmann MJ, Milzman DP. Mental health and emergency medicine: a research agenda. *Acad Emerg Med.* 2009;16(11):1110–1119: November.
- NSW Health Department *Mental health and drug and alcohol office, mental health for emergency departments – a reference guide.* Sydney: NSW Department of Health; 2009.
- Richmond, J.S. et al. (2012) Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western 17 Journal of Emergency Medicine*, February, v. XIII, n. 1.
- Royal College of Psychiatrists. CCQI National Clinical Audits, Service Quality and Accreditation Projects. Disponível em:  
<http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/ccqiproje> 2017.
- Schleifer, J.J. (2011). Management of acute agitation in psychosis: an evidence-based approach in the USA. *Adv Psychiatr Treat* 17:91–100.
- Stevenson S, Otto MP. Finding ways to reduce violence in psychiatric hospitals. *J Healthc Qual.* 1998;20:28–32: Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10181903>.

The New Psych-ED. (2014) Disponível em:

[http://www.cannondesign.com/assets/EPI-New-Psych-ED\\_Spring-2014.pdf](http://www.cannondesign.com/assets/EPI-New-Psych-ED_Spring-2014.pdf).

WHO. (2015) World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva.

---

## CAPÍTULO 6

# Avaliação nas emergências psiquiátricas

---

*Carolina Pereira Motta*

*Leonardo Baldaçara*

## Pontos principais

---

- O principal objetivo de um atendimento de emergência ou urgência em psiquiatria é a estabilização do quadro para facilitar a continuidade da investigação diagnóstica e/ou da intervenção terapêutica.
- Na emergência, a avaliação terá o objetivo de diferenciar as situações que requerem abordagem imediata daquelas que podem ser abordadas a longo prazo no ambulatório ou outros setores.
- Uma abordagem sistematizada nas emergências permite agilidade e eficácia na avaliação. Aqui sugerimos a seguinte: triagem, anamnese, exame físico, neurológico, exame psíquico, avaliação complementar, hipótese diagnóstica, planejamento terapêutico, encaminhamento após a alta.
- Desse modo, a anamnese deve conduzir o exame físico, neurológico e psíquico, e estes devem conduzir à solicitação ou não de exames complementares.

[REDACTED]

## Introdução

A avaliação de um paciente com alterações em seu comportamento, em especial que querem invertenções de emergência, apresenta várias dificuldades. A falta de cooperação, a incapacidade de dar uma história relevante, a mistura de sintomas físicos com psíquicos, os múltiplos diagnósticos, os conflitos familiares, são exemplos. Cita-se ainda a grande carga emocional que tais casos provocam no profissional, em especial casos de agitação, comportamento suicida, sintomas psicóticos graves, pacientes em mania, irritados ou excessivamente expansivos, usuários de substâncias com longa história de insucessos de tratamento e diversos casos de natureza legal, são outros exemplos mais comuns. Portanto, para que o profissional de saúde tome as decisões de forma eficaz é necessário treinamento e atenção à técnica. Outro detalhe importante é realizar uma avaliação sistematizada nas emergências, pois permite agilidade e eficácia, em um ambiente geralmente movimentado e com vários casos graves.

Neste capítulo serão abordados os principais aspectos da avaliação de portadores de transtornos mentais, com enfoque em emergências.

## **Primeira regra: foco!**

O principal objetivo de um atendimento de emergência ou urgência em psiquiatria é a estabilização do quadro para facilitar a continuidade da investigação diagnóstica e/ou da intervenção terapêutica. Por sua vez, é comum casos ambulatoriais serem confundidos com casos emergenciais, ou até a procura do socorro basear-se em uma facilidade geográfica ou social, como quando um paciente procura o pronto-socorro por ausência de ambulatório no seu bairro ou por indicação de um conhecido.

Portanto, a primeira coisa que o profissional deve manter no atendimento emergencial é estabelecer uma hipótese diagnóstica, mesmo que provisória, e excluir situações que requerem abordagem imediata ou requerem acompanhamento longitudinal em outros modelos de atendimento ([Quadro 6.1](#)). Sugerimos aqui a leitura do [Capítulo 4](#) sobre triagem e avaliação de risco, que complementa este capítulo.

---

### **Quadro 6.1**

---

#### **Sequência do atendimento em emergências**

---

*Triagem:* Avaliar os casos que supostamente requerem atendimento imediato.

*Anamnese:* Com enfoque nos motivos que levaram a busca pelo socorro.

*Exame físico:* Para detectar ou excluir causas orgânicas como consequência, causa ou comorbidas ao transtorno mental.

*Exame neurológico:* Além do diagnóstico diferencial de doenças orgânicas, para avaliar os efeitos colaterais das medicações psicotrópicas.

*Exame psíquico:* Para avaliação do estado mental atual do paciente.

*Avaliação complementar:* Não só para diagnóstico diferencial, mas para documentar a gravidade do estado do paciente e auxiliar na tomada da decisão.

*Hipótese diagnóstica:* Seja da patologia, seja da situação emergencial; como,

por exemplo, síndrome de abstinência, agitação.

*Proposta terapêutica:* Quais medidas serão tomadas para a estabilização do quadro.

*Encaminhamento:* Após estabilização do quadro (encaminhamento para acompanhamento longitudinal), ou não reconhecimento da emergência ou ainda da indicação da internação.

---

## A entrevista psiquiátrica

A Psiquiatria possui uma metodologia própria para seu estudo e sua prática - a psicopatologia - uma ciência bastante complexa. Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, não há exames complementares que substituam uma boa entrevista clínica psiquiátrica do doente mental. O objetivo da entrevista psiquiátrica é a obtenção de informação confiável, válida e útil a respeito dos problemas mentais; deve ter como referências teóricas a psicopatologia e o pensamento médico. A entrevista deve parecer um evento natural, porém deve ser planejada e individualizada de acordo com o problema mental a ser abordado e os diferentes estágios em que o paciente se encontre ([SANT & MARCHETTI, 2011](#)).

## O vínculo e os procedimentos da entrevista

A capacidade de desenvolver uma relação empática com o paciente exige do entrevistador uma profunda apreciação da complexidade de comportamento humano e uma rigorosa educação no campo de falar e ouvir pessoas. Para muitos médicos, treinados para serem primeiramente ativos, agressivos e possuidores do controle, aprender a escutar alguém pode ser um gerador de grande ansiedade; uma vez que uma atitude aparentemente passiva durante a entrevista pode lhe parecer bastante desconfortável.

O treinamento necessário ao entrevistador é adquirir uma capacidade de escuta ativa, onde ele seja capaz de escutar o paciente e, de modo firme, porém delicado, saiba fazer as intervenções no tempo necessário e guie a entrevista para um correto diagnóstico. Aprender a monitorar o conteúdo da interação (o que é dito), mas também o processo (o que não é dito, o que é sentido) é sinal de que o entrevistador sabe que a comunicação entre duas pessoas ocorre em diferentes níveis ao mesmo tempo.

A escuta ativa, durante a entrevista, não se caracteriza por um comportamento absolutamente passivo, mas uma espécie de neutralidade sintônica, na qual o entrevistador empatiza com o sofrimento do paciente e é capaz de intervirativamente quando

necessário. Segundo Kaplan et al. (1994) o *rapport* é caracterizado por um conjunto de estratégias com a finalidade de extrair o máximo possível daquele encontro:

- (a) assegurar que o entrevistado e o entrevistador estejam acomodados em uma situação confortável;
- (b) reconhecer o sofrimento do paciente e expressar compaixão e empatia;
- (c) avaliar a capacidade de *insight* do entrevistado e torná-lo um aliado;
- (d) demonstrar sabedoria;
- (e) estabelecer autoridade como médico/ terapeuta; e
- (f) saber balancear os papéis de ouvidor empático, conhecimento técnico e exercício de autoridade.

Mesmo em um ambiente de emergência psiquiátrica, é comum que alguns pacientes sejam trazidos para consultas por familiares sem terem conhecimento de que serão examinados por um psiquiatra. Sendo assim, é de fundamental importância que o médico aborde essa questão com o paciente e explique o propósito da entrevista, além de garantir o sigilo das informações fornecidas (**BOTEGA & DALGALARRONDO, 2006**).

O vínculo é a força de ligação entre o entrevistador e o paciente, e durante a entrevista esse vínculo deve ser manejado e consolidado, através da autenticidade, empatia, conhecimento, aliança terapêutica e liderança (**SANT & MARCHETTI, 2011; OTHMER & OTHMER, 1994**).

Tipos básicos de vínculo, e as mensagens sinalizadas:

1. Autenticidade: “Eu sou como você.”
2. Empatia: “Eu o comprehendo.”
3. Conhecimento: “Eu conheço o seu problema.”
4. Aliança terapêutica: “Eu estou ao seu lado.”
5. Liderança: “Pode contar comigo.”

É comum que os pacientes com doença mental sejam trazidos para consulta por familiares ou até mesmo pelos serviços de saúde sem

serem informados ou terem conhecimento de que passarão por uma avaliação psiquiátrica. Nestes casos, é de suma importância que o médico aborde essa questão com o paciente, apresente-se, cumprimente-o formalmente, identifique-se e explique o objetivo da conversa. Essa é a maneira de iniciar a entrevista, mesmo nos casos nos quais o paciente é involuntário ao tratamento.

Deve-se proceder à consulta em ambiente silencioso, confortável e com o mínimo de privacidade garantida. Questões de segurança também devem ser consideradas ao se organizar o ambiente, como a necessidade de manter a porta semiaberta e o cuidado em deixar a passagem liberada com o posicionamento estratégico dos móveis. Outros aspectos importantes da organização ambiental são disponibilização de equipe de segurança próximo ao consultório, observação contínua por outros membros da equipe, acesso rápido a material de contenção mecânica e medicação, afastamento de pessoas que possam ser desestabilizadoras para o paciente, descarte de objetos pesados e adornos pessoais, e instituição de protocolos e rotinas para o manejo de paciente agitado e violento.

Uma regra básica é inicialmente o paciente entrar na sala sozinho para consulta, de modo que seja preservada sua privacidade. Porém, essa regra pode ser quebrada em situações especiais, por exemplo, quando o grau de dependência do paciente exige a presença de um acompanhante, quando este solicita que alguém o acompanhe ou até mesmo em função de potencial periculosidade do mesmo.

Após se assegurar que o ambiente está confortável, deve-se sempre informar ao paciente sobre os termos do sigilo médico e sobre as situações em que o mesmo pode ser quebrado.

## Avaliação inicial

As alterações do comportamento podem ser manifestações de uma série de condições além de transtornos psiquiátricos, algumas delas estão associadas a risco de morte, e o psiquiatra de emergência deve distinguir rapidamente a verdadeira emergência psiquiátrica daqueles quadros menos agudos ou das emergências não psiquiátricas. Condições com risco de morte que devem ser excluídas: hipóxia, hipoglicemia, encefalopatia hipertensiva, encefalopatia de Wernicke, infecções do sistema nervoso central, epilepsia, acidente vascular cerebral, lesões intracranianas, overdose, intoxicação ou abstinências por substâncias psicoativas e sepse ([Quadro 6.2](#)).

---

### Quadro 6.2

#### Características que indicam suspeita de organicidade

---

- Início agudo dos sintomas (horas ou minutos).
  - Sintomas que flutuam ao longo do dia.
  - Primeiro episódio e ausência de diagnóstico psiquiátrico prévio.
  - Idade avançada (>40 anos).
  - Doença clínica preexistente ou doença ou lesão orgânica atual.
  - Uso ou abuso de substâncias psicoativas (drogas de abuso) psicotrópicos ou exposições ocupacionais.
  - Alucinações não auditivas.
  - Sinais e sintomas neurológicos.
  - Sinais sugestivos de organicidade no exame do estado mental (p. ex., redução do nível de consciência e desorientação).
  - Apraxia construtiva (dificuldade para desenhar um cubo ou um relógio, por exemplo).
  - Características catatônicas.
  - Quadros psiquiátricos com apresentação atípica.
  - Ausência de história familiar da síndrome apresentada ou de problemas psiquiátricos.
  - História familiar de condições clínicas que cursem com sintomas psiquiátricos.
  - Resistências ou resposta não habitual ao tratamento.
  - História de trauma recente (principalmente TCE).
-

Referente ao ambiente físico devemos levar em conta diversos fatores que constituirão um *setting* adequado ao estabelecimento de boa relação entre entrevistador e entrevistado: (1) o ambiente deve ser preferencialmente fechado e com isolamento acústico adequado; e (2) deve-se evitar ao máximo que a entrevista seja interrompida por ruídos, barulhos, transeuntes, isso porque a interrupção pode atrapalhar o fluxo natural das ideias do paciente, o raciocínio do entrevistador e a própria interação entre os mesmos.

É evidente que, ao pensarmos no ambiente geralmente conturbado de um setor de emergência, sobretudo em serviços universitários, nem sempre é possível garantir as condições ideais para a realização de uma entrevista. Nesse caso, o que prevalece é o bom senso de oferecer as melhores condições possíveis, por exemplo, fechando a porta da sala de atendimento, acomodando o paciente em uma cadeira e oferecendo a garantia de confidencialidade.

Há muitas controvérsias com relação à posição que o entrevistador deve adotar no momento da entrevista ([KAPLAN et al.,1994](#)), sendo que alguns advogam que a melhor posição é o contato olho a olho, enquanto outros consideram que essa posição pode gerar muita ansiedade nos pacientes, preferindo-se adotar uma posição mais lateralizada. Cabe, portanto, ao entrevistador se adaptar a situação de cada caso.

Uma preocupação que está sempre presente no cotidiano de profissionais de saúde e, particularmente, daqueles que trabalham com saúde mental, diz respeito à apresentação física e da indumentária adequada para o exercício da profissão, uma vez que certos tipos de indumentária podem gerar certos sentimentos e emoções por parte dos pacientes. De uma forma geral, não existe uma regra estabelecida se o profissional deve usar roupa branca, jaleco ou mesmo não usar nenhum desses, com o intuito de diferenciar o profissional de saúde mental de outras especialidades médicas, como se o uniforme branco representasse um distanciamento do paciente.

É sabido que a atitude de respeito para com o paciente durante a entrevista constitui o fator mais importante no que concerne a estabelecer uma relação terapêutica séria e efetiva, mas é conveniente

que o profissional de saúde mental atente para o fato de que estar vestido de modo extremamente informal ou mesmo de forma provocante pode despertar em um paciente o ímpeto de atitudes inadequadas, sejam elas sedutoras ou até mesmo agressivas.

Além disso, certos tipos de adereços, sobretudo aqueles que ficam “pendurados”, como colares, echarpes ou cachecóis e mesmo cabelos compridos e soltos podem representar risco para o próprio profissional no caso de pacientes agitados ou agressivos.

Enfim, o mais correto é seguir as orientações do serviço ao qual o profissional pertence, mas lembrando-se sempre de utilizar o bom senso ao vestir-se.

## O desenvolvimento da entrevista psiquiátrica

De acordo com Sá Jr. (1984), a entrevista psiquiátrica pode ser dividida em quatro fases principais:

- (1) início formal: nessa fase ocorre a apresentação do entrevistador, com identificação e função, além da identificação do paciente propriamente dita;
- (2) reconhecimento: nesse momento a entrevista fica por conta do discurso livre do paciente sobre o motivo da sua busca e o entrevistador faz apenas breves interrupções caso não tenha entendido o que foi dito, fazendo o possível para não interromper o fluxo de ideias do paciente;
- (3) interrogatório detalhado: fase em que o entrevistador perguntará os dados complementares à fase de reconhecimento, bem como investigação do restante da anamnese;
- (4) finalização ou interrupção: fase em que o entrevistador conclui o diagnóstico e efetua a conduta, fazendo prescrições, orientações e encaminhamentos.

Deve-se evitar transições bruscas de um assunto para outro durante a entrevista. O fluxo da entrevista deve seguir em um tom o mais informal possível, demonstrando que o entrevistador se preocupa particularmente por ele como pessoa.

O entrevistador deve buscar o equilíbrio entre anotar os dados da entrevista e não constranger o paciente. Sabe-se que habitualmente não há tempo suficiente para deixar as anotações para depois, além do que esse procedimento pode fazer com que certos dados importantes sejam perdidos ou esquecidos.

Embora a entrevista ocorra em um tempo relativamente curto, o entrevistador deve procurar estabelecer uma aliança terapêutica e deve estar ciente de que esse contato pode ter efeito terapêutico para o paciente, determinando inclusive suas experiências futuras com seu tratamento.

Entretanto, em uma entrevista psiquiátrica, em um setor de emergência, deve-se evitar fornecer interpretações ao paciente. Em primeiro lugar porque a interpretação é uma técnica que exige manejo e habilitação adequada e não deve ser utilizada em uma entrevista comum. Em segundo lugar porque um setor de emergência psiquiátrica, sobretudo com pacientes nos quais o entrevistador se depara pela primeira vez, não constitui o *setting* adequado para esse tipo de técnica.

De acordo com [Kaplan et al. \(1994\)](#), o modelo biopsicossocial de entrevista é um dos mais utilizados em nosso meio, sendo a entrevista guiadauma forma a investigar o campo biológico (corpo, queixas físicas, sintomas), o psicológico (problemas emocionais, personalidade, motivação) e o social (cultura, família, ambiente), porque se parte do princípio que esses sistemas interagem entre si e que o mau funcionamento de um pode afetar o outro. Nesse modelo de entrevista, a relação médico-paciente é bastante enfatizada para que se possa conhecer o paciente como um todo.

Deve-se, preferencialmente, iniciar a entrevista com o paciente sozinho, salvo em casos em que o paciente seja impossibilitado de se comunicar, ou nos casos onde o atendimento com o paciente desacompanhado represente algum tipo de risco para o entrevistador, seja pelo comportamento agressivo ou por atitudes sedutoras por parte do paciente. Nesse caso é mais seguro realizá-la na presença de acompanhantes ou outros profissionais do ambiente de trabalho.

A entrevista com familiares pode ter várias utilidades, como: coleta de dados objetivos complementares, seja pela ausência de condições do paciente em fornecê-los, seja a título de conferência de veracidade. Deve ser realizada com o consentimento do paciente ou, quando isto não for possível, com comunicação prévia a ele.

## Sentimentos durante a entrevista

Como a entrevista se caracteriza por um contato humano, diversos sentimentos e sensações podem emergir provenientes da interação entrevistador-entrevistado. Mas, diferentemente de um contato humano informal, tais sentimentos e sensações devem ser observados

e compreendidos, porque em muitos casos fornecem subsídios para a compreensão do funcionamento psíquico do entrevistado.

## Transferência

Definida como um conjunto de expectativas, crenças e respostas emocionais que o paciente deposita na relação com o médico. Não diz respeito a como é o médico, mas às repetidas experiências que o paciente teve com figuras de autoridade em sua vida.

Essas sensações despertas podem ser realistas e contribuírem de forma positiva na interação de ambos e no tratamento; mas podem também ser fantasiosas e com excesso de expectativas, quando o paciente deposita um excesso de confiança nas condutas daqueles profissional.

Além disso, podem surgir fantasias eróticas sobre o profissional e que, se não observadas, podem acarretar diversos problemas no tratamento. Cabe lembrar que muitos pacientes apresentam expectativas em relação às atitudes de um psiquiatra semelhantes às atitudes de médicos de outras especialidades, como pedidos de exames, prescrição de medicamentos e tratamentos, sendo, muitas vezes, essas expectativas frustradas.

## Contratransferência

Da mesma forma que a transferência, o médico também pode expressar sentimentos ou emoções pelos pacientes, que podem variar da mesma forma e, quando negativas, podem ter aspectos deletérios para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. É importante ressaltar que, do mesmo modo que as reações transferenciais, a contratransferência também pode nos fornecer subsídios diagnósticos para o caso.

É possível que um médico não goste de um determinado paciente e vice-versa e que isso não tenha estrita relação com aspectos transferenciais. Entretanto é importante lembrar que uma emoção gera uma contraemoção e com isso fique mais difícil estabelecer uma relação terapêutica com alguém por quem não simpatizamos. É claro que, em um ambiente de emergência, é quase impossível haver a

possibilidade de escolhermos nossos pacientes ou mesmo o contrário.

É possível que um médico se sinta atraído sexualmente por algum paciente, mas quando isso acontece o médico deve refletir sobre essa relação e seus riscos, bem como tentar analisar o papel dessa atração no *setting* terapêutico. Além disso, é bastante frequente o médico se sentir desconfortável em perguntar sobre a vida emocional ou sexual de um paciente, denotando despreparo para lidar com esse assunto ou porque tente reprimir seus desejos por aquele paciente. Nesses casos, é melhor que o atendimento seja realizado em um ambiente mais seguro, geralmente com a porta da sala de atendimento aberta.

Sentimentos de medo e apreensão ao atender um determinado tipo de paciente podem ocorrer no momento da consulta. Isso pode ocorrer devido à própria inexperiência do profissional, sobretudo no início da carreira, mas também em profissionais experientes, frente a quadros de agressividade e ameaças por parte dos pacientes. Quando isso acontece, o profissional deve valer-se, na medida do possível, de apoio para o atendimento, realizando-o com outro colega e, em casos extremos, pedir a presença de algum agente de segurança nas proximidades da sala de atendimento.

## **Exame físico e neurológico**

Embora os psiquiatras não realizem exames físicos rotineiramente em seus pacientes ambulatoriais, na emergência, um exame médico completo é recomendado, incluindo o exame físico. Muitas vezes esse exame torna-se difícil pelo comportamento inadequado do paciente, estados de agitação psicomotora ou agressividade. Nesses casos posterga-se o exame, mas é necessária vigilância rigorosa dos parâmetros vitais. Há os casos em que, por questões terapêuticas, o exame físico deve ser realizado por outro profissional ou ser solicitada a presença de um acompanhante ([Quadro 6.3](#)).

---

### **Quadro 6.3**

#### **Lembretes e exemplos de abordagens direcionadas na avaliação física**

---

*Cefaleia:* investigar (através de anamnese, exame físico e se necessário exames complementares) abuso de substâncias, estresse, tumores cerebrais e história de trauma recente ou prévio.

*Olhos, ouvidos, nariz e garganta:* história de contrações musculares ao redor da boca e movimentos inoportunos da língua associados ao uso de antipsicóticos; pensar em estágio inicial de discinesia tardia. Perfuração de septo; investigar uso de cocaína. Queixas de odores desagradáveis pode ser um sintoma de epilepsia do lobo temporal em vez de esquizofrenia.

*Sistema respiratório:* nas doenças pulmonares o início dos sintomas tende a ser insidioso com piora ao esforço, enquanto nos transtornos ansiosos e de humor os sintomas são repentinos e ocorrem no repouso, além de serem associados a palpitações, sudorese, parestesias e ataques de tontura. Pacientes com doença pulmonar orgânica experimentam uma dificuldade expiratória enquanto os depressivos costumam relatar dificuldade inspiratória.

*Sistema cardiovascular:* queixas como palpitações, sensação de opressão torácica e “arritmia cardíaca” não são incomuns e devem ser investigadas através do exame físico e se necessário exames complementares. Na prática psiquiátrica tais sintomas são prevalentes em transtornos de ansiedade. Pacientes que irão fazer

uso de tricíclicos ou lítio e tiverem suspeita de doença cardíaca devem ser submetidos a um eletrocardiograma.

*Sistema gastrintestinal:* investigar apetite, preferências alimentares, diarreia, vômitos, constipação, uso de laxantes e dores abdominais. Perda ou ganho de peso são comuns nos transtornos depressivos, porém pacientes com síndrome consumptiva podem, além da perda ponderal, apresentar humor deprimido; por isso, uma investigação clínica completa se faz necessária. Casos de diarreia, poliúria e polidipsia em pacientes usuários de lítio são sugestivos de intoxicação pela substância, mas também podem ser causados por diabetes melito.

*Sistema geniturinário:* a retenção urinária pode ser secundária ao uso de antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos e é efeito colateral anticolinérgico dessas drogas. Dificuldade de ereção e ejaculação também são possíveis efeitos adversos dessas drogas. Evitar drogas anticolinérgicas em homens com prostatismo. História menstrual: amenorreia é característica da anorexia nervosa e também ocorre em mulheres psicologicamente estressadas.

*Observação:* Os casos devem ser individualizados, mas de forma geral deve-se evitar o exame físico dos genitais sem um acompanhante ou até mesmo solicitar que outro profissional realize o exame quando necessário, pois os pacientes podem interpretar como um avanço sexual.

*Exame neurológico:* observa-se nível de consciência, atenção, compreensão, expressão facial, linguagem, postura e forma de caminhar (motilidade). Procede-se a investigação de déficits focais (principalmente força motora, sensibilidade e reflexos), contraturas, discinesias, tônus estático e mini exame do estado mental.

---

Se o problema apresentado se limitar claramente à esfera social (p. ex., dificuldades duradouras em interações com professores, pais ou qualquer figura de autoridade) pode não haver indicação especial para exame físico.

O exame físico pode causar ou intensificar uma reação de ansiedade; sendo assim todo o procedimento deve ser explicado ao paciente antes de ser realizado, sempre evitando explicações vagas como “Não se preocupe”, “Não vai doer”, tais afirmativas deixam o paciente às cegas e devem ser substituídas por uma explanação

completa do que irá ser feito. Em alguns casos, especialmente em pacientes com transtorno de ansiedade, o exame pode ser terapêutico, pois ao perceber que foi examinado e que não existem evidências de uma doença grave o paciente se sente tranquilizado.

Certos achados físicos em psiquiatria apresentam algumas peculiaridades e devem ser procurados. Observar estado geral, sinais físicos sugestivos de doença aguda ou crônica, obesidade, emagrecimento, deformidades. A pele pode exibir lesões, equimoses ou cicatrizes, indicando quadros de automutilações, crises epiléticas e uso de drogas. Posturas podem indicar desconfortos, dores ou mal-estar. Higiene corporal, perda de controle esfíncteriano, hálito (cetônico ou etílico), temperatura, pressão arterial e pulso são dados essenciais.

O exame neurológico é importante, devido à proximidade de doenças neuropsiquiátricas. Também o exame dos demais aparelhos, cardiovascular, respiratório, digestivo, genito-urinário, que seguem os padrões da propedêutica médica tradicional, devem ser feitos. Queixas somáticas são frequentes, e após investigação minuciosa e obtenção da história da doença atual, pode-se direcionar o exame para os sistemas provavelmente acometidos.

## Escalas

As escalas não substituem a anamnese e o exame físico e psíquico, entretanto, agilizam o trabalho na emergência e ainda permitem a documentação da sintomatologia e sua gravidade de forma objetiva, o que contribui para a tomada das decisões e documentação ética e legal do caso. No [Quadro 6.4](#), apresentamos algumas escalas que podem ser utilizadas nas emergências.

### Quadro 6.4

#### Principais escalas que podem ser utilizadas para avaliação das emergências psiquiátricas

Transtorno, sinal ou sintoma	Escala	Fonte <sup>1</sup>
<i>Abstinência de álcool</i>	Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)	<a href="#">Sullivan et al. (1989)</a>
	Total Severity Assessment scale (TSA)	<a href="#">Williams et al. (2001)</a>
<i>Agitação psicomotora</i>	Agitation Severity Scale (ASS)	<a href="#">Strout (2014)</a>
	Behavioural activity rating scale (BARS)	<a href="#">Swift et al. (2002)</a>
	Broset Violence Checklist (BVC)	<a href="#">Woods et al. (2002)</a>
	Modified Overt Aggression Scale (MOAS)	<a href="#">Alderman et al. (1997)</a>
	Staff Observation Aggresion Scale (SOAS)	<a href="#">Nijman et al. (1999)</a>
	Overt Agitation Severity Scale (OASS)	<a href="#">Yudofsky et al. (1997)</a>
	Overt Aggression Scale (OAS)	<a href="#">Yudofsky et al. (1986)</a>

<i>Ansiedade</i>	Beck Anxiety Inventory (BAI)	Beck et al. (1988)
	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)	Weathers et al. (2015)
	Generalized Anxiety Disorder questionnaire-IV – GADQ-IV	Newman et al. (2002)
	Generalized Anxiety Disorder 7 – GAD-7	Spitzer et al. (2006)
	Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)	Hamilton (1959)
	Leibowitz Social Anxiety Scale – LSAS	Liebowitz (2001)
	Panic and Agoraphobia Scale	Bandelow (1995)
	Panic Disorder Severity Scale	Shear et al. (1997)
	Overall Anxiety Severity and Impairment Scale – OASIS	Campbell-Sills et al. (2009)
	Social Phobia Inventory – SPIN	Connor et al. (2000)
	Zung Self Rating Scale for Anxiety	Zung (1971)
<i>Comportamento suicida</i>	Columbia-Suicide Severity Rating Scale	Mundt et al. (2013)
	Beck Scale for Suicide Ideation	Beck (1991)
	Suicide Probability Scale (SPS)	Cull e Gill (1989)
<i>Delirium</i>	Delirium Detection Score (DDS)	Otter et al. (2005)
	Cognitive Test of Delirium (CTD)	Hart et al. (1996)
	Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)	Breitbart et al. (1997)

	Confusion Assessment Method for Intensive Care Units (CAM-ICU)	Ely et al. (2001)
	Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	Bergeron et al. (2001)
	The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM)	Germet et al. (2007)
	The New Delirium Rating Scale (NDRS)	Aydemir et al. (1998)
	Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)	Trzepacz (1999)
	Nurse Delirium Screening Scale (Nu-Desc)	Gaudreau et al. (2005)
<i>Demências</i>	Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)	Reisberg (1988)
	Clinical Dementia Rating (CDR)	Morris, 1993
	Functional Assessment Staging (FAST)	Reisberg (1988)
	Instrumental Activities of Daily Living	Lawton (1969)
	Mini Exame do Estado Mental	Folstein (1975)
<i>Dependência</i>	Addiction Severity Index - ASI	McLellan et al. (1980)
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Babor et al. (1992)
	CAGE Questionnaire	Mayfield et al. (1974)
	Comprehensive Drinker Profile – CDP	Miller (1984)
	Drug Abuse Screening Test – DAST	Skinner (1982)
	Michigan Alcohol Screening Test – MAST	Selzer (1971)
	Short Alcohol Dependence Data (SADD)	Raistrick e Davidson (1983)

<i>Depressão</i>	Beck Depression Inventory	Beck et al. (1961)
	Geriatric Depression Scale (GDS)	Yesavage et al. (1982)
	Hamilton Depression Scale	Hamilton (1960)
	Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale	Willians e Kobak (2008)
	Zung Self-Rating Depression Scale	Zung (1965)
<i>Intoxicação</i>	Intoxication Rating Scale	NADIA Consortium
	Poisoning Severity Score (PSS)	Persson et al. (1998)
<i>Mania</i>	Altman Self-Rating Mania Scale	Altman et al. (1997)
	Young Mania Rating Scale	Young et al. (1978)
<i>Psicose</i>	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Overall e Gorham (1962)
	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	Kay et al. (1987)
<i>Sedação</i>	Ramsay Sedation Scale	Ramsey et al. (1974)
	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)	Sessler et al. (2002)

*Observação:* Nenhuma escala deve substituir a anamnese e o exame clínico.

<sup>1</sup> Fontes originais das escalas. Para sua aplicação na prática em nosso país, procurar versões traduzidas ou validadas na língua portuguesa.

## Exames complementares

Nenhum exame consegue estabelecer ou excluir um diagnóstico de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressão maior; porém, a avaliação complementar é útil para psiquiatria na avaliação de pacientes idosos, doentes mentais crônicos, indigentes e populações que usam substâncias tóxicas. A possibilidade de doenças ocultas sempre deve ser considerada quando os pacientes apresentam síndromes psiquiátricas ([Quadro 6.5, 6.6](#)).

---

### Quadro 6.5

#### Testes de triagem para doenças físicas

---

##### Hemograma

- Química sanguínea (eletrólitos, glicemia, testes de função hepática e renal)
- Testes de função da tireoide
- Avaliação da urina
- Exame toxicológico de urina
- Eletrocardiograma
- Radiografia de tórax (para pacientes com mais de 35 anos)
- Níveis plasmáticos de qualquer fármaco ingerido, se apropriado
- Testes de gravidez para todas as mulheres em idade fértil
- Sorologias, em especial para DST
- Exames de neuroimagem (conforme critérios)

##### Observações

Antes de solicitar um exame certifique-se de que o mesmo está disponível no seu local de trabalho e que o resultado é compatível com o tempo de permanência do paciente na unidade. É comum no sistema público médicos pedirem exames que ficam prontos apenas semanas após a solicitação, o que muitas vezes fica perdido.

Exames complementares não devem ser pedidos a esmo. Devem seguir as suspeitas que surgem durante a anamnese. *Lembrar que os exames são chamados complementares.* O mesmo se deve a outros exames não citados no quadro, que poderão ser solicitados mediante critério clínico. Um exemplo é o eletroencefalograma, que dificilmente está

disponível para sua solicitação na emergência.

---

## Quadro 6.6

### Indicações de exames de neuroimagem na emergência

---

Déficit neurológico agudo ou progressivo

Cefaleia intensa que não sede com medicação associada ao déficit neurológico

Trauma craniano com déficit neurológico ou alteração de nível de consciência

Alteração do nível de consciência não associado ao uso de medicação sedativa

Crise convulsiva de início recente recorrente

Quedas ou perda do controle dos esfíncteres não explicado por outra causa

---

A análise inicial sempre deve incluir uma lista de todos os medicamentos que o paciente está tomando, visto que muitos transtornos têm origem iatrogênica (p. ex., *delirium* por anticolinérgicos).

- *Hemograma*: Para avaliação de anemia, doenças infecciosas, leucemias, doenças alérgicas, plaquetopenia ou plaquetose.
- *Eletrólitos*: Muitas alterações de estado mental, em especial confusão e rebaixamento se deve a alterações dos níveis de eletrólitos, em especial sódio. Além disso, alterações nos níveis dos eletrólitos também predispõem o paciente a arritmias cardíacas e crises convulsivas.
- *Glicemia*: Mais temerosa é a hipoglicemia, pois causa confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, coma e morte. A hiperglicemia também pode ser causa de alteração comportamental.
- *Função hepática*: Em especial para pacientes com sinais clínicos sugestivos, dependentes de drogas ou que utilizam várias medicações ou alguma com grande potencial hepatotóxico.

Entre os mais importantes estão as transaminases, albumina, tempo de atidade de protrombina, bilirribinas, fosfatase alcalina e gama-GT.

- *Função renal:* Lembrar que algumas medicações, como o lítio, são nefrotóxicas, além de que a função renal alterada requer ajuste dos psicotrópicos a serem utilizados.
- *Testes neuroendócrinos:* Alterações da tireoide, seja hipo ou hipertireoidismo podem cursar com alteração de comportamento. Além disso, alguns psicotrópicos como o lítio podem diminuir a atividade da glândula tireoide. Alterações em outros hormônios são menos comuns, mas podem cursar com alterações comportamentais, tal como os níveis de cortisol.
- *Triagem sorológica:* Deve-se avaliar a necessidade de investigar doenças sexualmente transmissíveis, pesquisando hepatite B e C, HIV e sífilis. Não esquecer também que doentes mentais adoecem com mais facilidade, expressam menos seus sintomas de forma efetiva e requerem avaliação de doenças infecciosas de forma acurada. Portanto, é importante sempre considerar exames de cultura (orogaringe, hemocultura, uroculta) e outras sorologias.
- *Exames relacionados com medicamentos psicotrópicos:* Dosagem de lítio, ácido valproico/valproato, carbamazepina, barbitúricos, benzodizapeínicos, opioides.
- *Testes toxicológicos:* Álcool, anfetamina, metanfetamina, metabólitos da cocaína, maconha, metanfetamina, feniciclidina.
- *Eletrocardiograma:* Exclusão de taqui ou bradiarritmias. Lembrar que a maioria dos psicotrópicos cursam com alterações do eletrocardiograma que devem ser consideradas na prescrição ou suspensão da medicação.

## Fique atento!

- No caso de rebaixamento de nível de consciência, ou sinais de

desidratação: solicitar glicemia, eletrólitos, considerar doença infecciosa no SNC (exame de liquor e/ou neuroimagem).

- Na suspeita de infecção sem foco identificado solicitar: exame de urina e radiografia de tórax.
- Na suspeita de alterações cardíacas, especialmente no caso de plano de iniciar antidepressivo tricíclico ou antipsicótico atípico solicitar eletrocardiograma.
- Para pacientes com prejuízo cognitivo considerar sorologias, dosagem de vitamina B12, TSH e neuroimagem (este último nem sempre requer urgência).
- Na suspeita de intoxicação nível sérico dos medicamentos em uso pelo paciente e exames toxicológicos para álcool e drogas de abuso.
- No caso de déficit neurológico focal agudo ou progressivo considerar tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio.

## Avaliações em grupos especiais

### **Idosos e pacientes com doenças físicas**

Embora a idade cronológica avançada por si só não exija uma mudança na abordagem da avaliação psiquiátrica, a forte associação da velhice com a doença crônica e as deficiências relacionadas podem aumentar a necessidade de ênfase em determinados aspectos da avaliação. A história clínica geral e a avaliação, o exame mental cognitivo e a avaliação funcional podem necessitar ser especialmente detalhados devido à elevada prevalência de incapacidade relacionada com a doença, ao uso de múltiplos medicamentos, ao comprometimento cognitivo e ao comprometimento funcional em idosos.

Também é útil obter informações da família. A história pessoal e social inclui cobertura de questões comuns de vida tardia, incluindo a perda de um cônjuge ou parceiro, a perda de amigos ou parentes próximos, movimentos residenciais, o novo aparecimento de deficiências, preocupações financeiras relacionadas com a doença ou deficiência.

Questões, avaliação psiquiátrica de adultos, como cuidados informais ou transferências financeiras entre membros de diferentes gerações. É importante avaliar estirpes intergeracionais como casais de meia-idade com crianças pequenas que não podem cuidar de parentes idosos ou, cada vez mais, pacientes em seus 90 anos cujos filhos estão agora em seus 70 anos e se enfermam.

O psiquiatra pode precisar acomodar a avaliação a pacientes que não conseguem ouvir adequadamente. O uso de linguagem gestual, uma sala de entrevista mais silenciosa ou até a escrita podem facilitar a comunicação. Quando um paciente idoso é trazido para avaliação psiquiátrica por um membro da família deve-se garantir que em algum momento o paciente converse com o psiquiatra sozinho.

### **Pessoas em cárcere**

Um número cada vez maior de indivíduos com doença mental é

encarcerado em prisões e outros estabelecimentos penitenciários e exige avaliação psiquiátrica. Além disso, o suicídio é uma das principais causas de morte em ambientes correcionais, e avaliações de suicídio urgente podem ser necessárias para indivíduos em risco. A avaliação psiquiátrica de indivíduos encarcerados deve incluir os elementos gerais comuns a qualquer avaliação psiquiátrica, mas colocará ênfase adicional em aspectos da história do uso de álcool e substância do indivíduo e história legal, incluindo episódios anteriores de encarceramento e mudanças de comportamento associadas.

Fatores psicossociais, incluindo novas complicações legais (p. ex., negação de liberdade condicional), receber más notícias sobre seus entes queridos em casa e sofrer agressão sexual ou outro trauma, também são importantes para avaliar, pois podem aumentar a probabilidade de comportamentos suicidas. Da mesma forma, o encarceramento recente ou o isolamento pode ser relevante para a determinação do risco de suicídio. Dependendo da duração provável do encarceramento, as opções de cuidados após a transferência entre instituições correcionais ou para cuidados posteriores após a libertação também podem ser exploradas como parte da avaliação.

## **Pessoas em condições de rua**

Avaliações de pessoas sem abrigo podem exigir tanto modificações do processo de avaliação e habilidades únicas na entrevista. O estilo de vida desenfreado e a desconfiança frequentemente encontrados em pessoas desabrigadas podem tornar uma abordagem clássica direta difícil, senão impossível. Como resultado, o primeiro passo para a avaliação psiquiátrica é engajamento. Esse processo pode levar de dias a anos em ambientes não clínicos (p. ex., na rua, sob pontes, em abrigos).

A avaliação torna-se possível quando a pessoa em situação de rua acredita que se envolver com o psiquiatra não recapitulará experiências negativas anteriores, oportunidades perdidas dentro do sistema de saúde e encontros na cadeia e na prisão que aumentam o medo das consequências de falar honestamente. Por necessidade,

então, a avaliação psiquiátrica completa de pessoas em situação de rua geralmente se desdobra em numerosas interações, muitas vezes breves e aparentemente casuais.

Não se deve esquecer de que tal grupo está mais exposto a diversos agravos, má nutrição, más condições de higiene, frio, entre outros, e geralmente as doenças físicas e mentais estão presentes conjuntamente. Portanto, a avaliação física completa é essencial.

## **Pessoas com retardo mental**

A avaliação de indivíduos com retardo mental apresenta uma série de desafios clínicos. Embora as doenças psiquiátricas ocorram em taxas aumentadas naqueles com retardo mental, nem sempre é possível estabelecer um diagnóstico definitivo do eixo I como causa de sintomas comportamentais. Dependendo da extensão das limitações intelectuais do paciente, o diagnóstico de retardo mental pode não ter sido reconhecido antes dos sintomas comportamentais começarem. Ao entrevistar indivíduos com retardo mental, atenção especial deve ser dada ao fraseado de perguntas para que eles sejam compreensíveis para o paciente. O uso de escalas psiquiátricas gerais de autorrelato ou outros formatos de entrevistas estruturadas pode ser problemático nesses pacientes.

As observações comportamentais ou as medidas funcionais, muitas vezes, terão maior peso no processo de avaliação, e os pacientes com retardo mental mais grave podem ser incapazes de relatar suas próprias experiências mentais. Assim, obter uma descrição abrangente de sintomas, sinais e aspectos da história de membros da família, cuidadores e outros profissionais é muitas vezes determinante. Isto é particularmente verdadeiro quando as pessoas com atraso mental apresentam-se para avaliação no contexto de uma crise comportamental, porque de outra forma eventos menores (p. ex., mudanças na rotina, interações interpessoais perturbadoras) podem ser bastante angustiantes e resultar em reações catastróficas.

Questões semelhantes com avaliação podem ser observadas em indivíduos com outras deficiências de desenvolvimento. A avaliação para concomitância de condições médicas gerais é particularmente

importante em adultos com retardo mental, dado taxas mais altas de doenças médicas não detectadas, bem como a tendência para apresentações clínicas atípicas de doenças médicas.

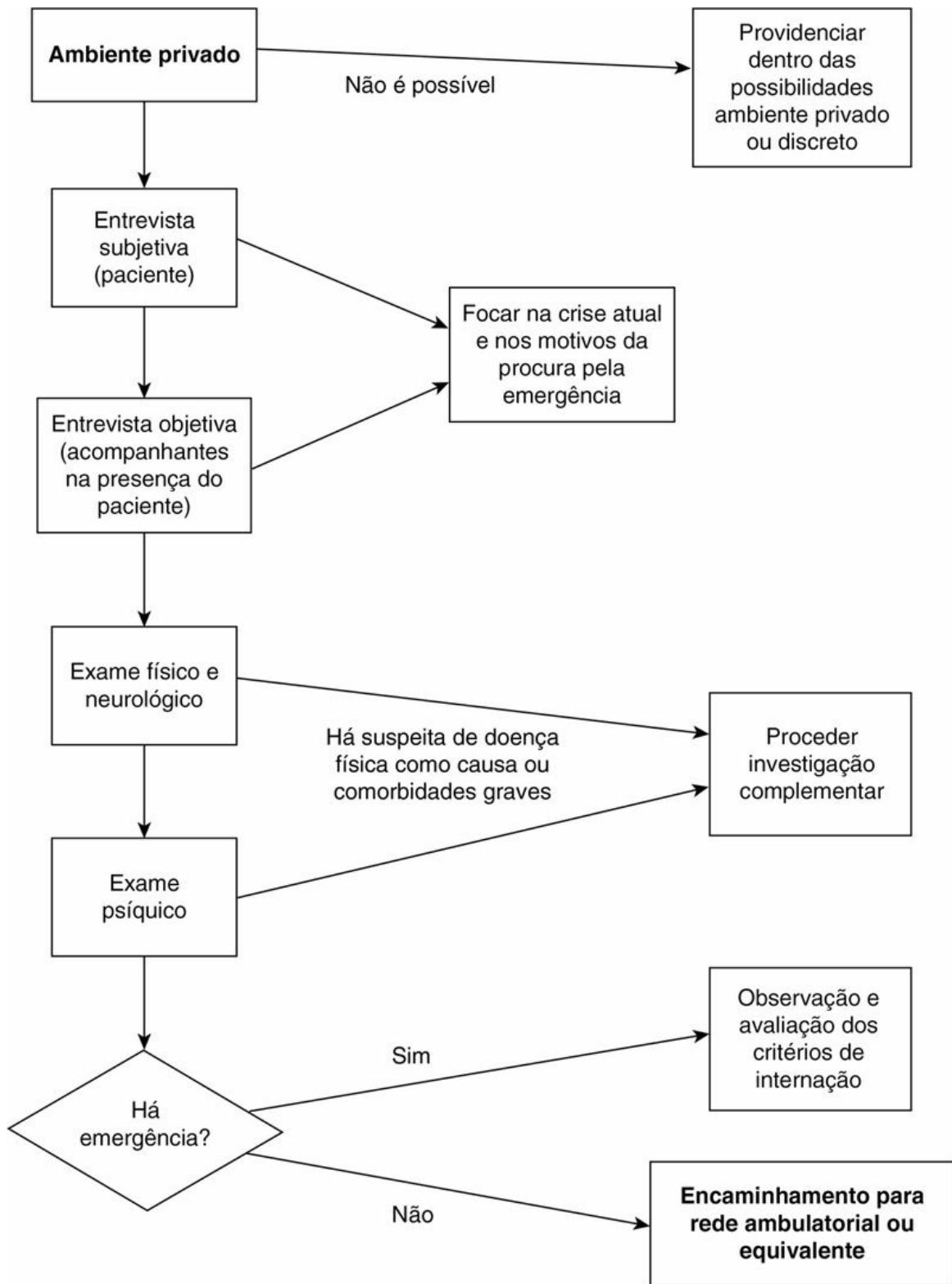
## Gestantes

A gestante passa por um período em que alterações fisiológicas e psicológicas são únicas. A entrevista deve ser acurada e obter desde informações quanto a doença mental, quanto a saúde física da gestante, condições da gravidez, sejam elas de natureza orgânica ou sociais. É importante saber se a gravidez foi planejada, se está recebendo suporte, o significado da gravidez para a mesma e as expectativas após o parto.

Outro detalhe refere-se ao uso de medicações, pois sua descrição deve ser pormenorizada, visto que muitas podem causar alterações no bebê ou ter sua farmacodinâmica modificada pelas alterações fisiológicas da gestação.

## Questões para estudo

- Quais os itens de uma avaliação mínima e sistematizada na emergência para portadores de transtorno mental?
- Quais sinais ou sintomas podem sugerir organicidade?
- Quais exames complementares podem ser solicitados, em qual suspeita e para diagnóstico diferencial de quais doenças?



**FLUXOGRAMA 6.1**

## Referências

- Alderman N, Knight C, Morgan C. Use of a modified version of the overt aggression scale in the measurement and assessment of aggressive behaviours following brain injury. *Brain Injury*. 1997;11(7):503–523.
- Altman EG, Hedeker D, Perterson JL, Davis JM. The altman self-rating mania scale. *Biol Psychiatry*. 1997;42(10):948–955.
- APA – Work Group on Psychiatric Evaluation. (2016) The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults / APA Work Group on Psychiatric Evaluation, Joel J. Silverman, chair, [and eleven others], 3<sup>a</sup> ed.
- Aydemir, Ö., Noyan, A., Gülseren, F., Kayahan, B., Bodur, Z., Elbi, H., Kültür, S. (1998) Improvement of delirium rating scale, in which the reliability and valid. 3 P Dergisi 6:21-27.
- Babor TF, de La Fuente JR, Saunders J, Grant M. *Audit – The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Switzerland: World Health Organization, Geneva; 1992: 1992.
- Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995;10(2):73–81.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56:893–897.
- Beck AT, Steer RA. *Manual for the beck scale for suicide ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1961;4:561–571.
- Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med*. 2001;27(5):859–864.
- Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral interconsulta e emergência*. 3<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2012.
- Botega, N.J., Dalgalarrondo, P. (2006) Avaliação do paciente. In: Botega, N.J. (org.) Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 155-182.
- Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S. The memorial delirium assessment scale. *J Pain Symptom Manage*. 1997;13(3):128–137.

- Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, et al. Validation of a Brief Measure of Anxiety-Related Severity and Impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*. 2009;112(1–3):92–101.. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.014.
- Connor KM, et al. Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New Self-Rating Scale. *British Journ Psych*. 2000.
- Cordeiro D, Baldaçara L. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007: 2007.
- Cull JG, Gill WS. *Suicide probability scale (SPS)*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1989.
- Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautam S, Bernard GR, Inouye SK. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29(7):1370–1379.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12(3):189–198.
- Fonseca AF. 2<sup>a</sup> ed Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1997: p. 291-329.
- Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(4):368–375.
- Gemert van LA, Schuurmans MJ. The neecham confusion scale and the delirium observation screening scale: capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. *BMC Nursing*. 2007;6:3. doi: 10.1186/1472-6955-6-3.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50–55.
- Hamilton M. A rating scale for depression, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1960;23:56–62.
- Hart RP, Levenson JL, Sessler CN, Best AM, Schwartz SM, Rutherford LE. Validation of a cognitive test for delirium in medical ICU patients. *Psychosomatics*. 1996;37(6):533–546.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences & Clinical Psychiatry*. 7th ed Baltimore, USA: Library of Congress; 1994.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–276.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179–186.
- Liebowitz, M.R. (1987) Social Phobia. 22 Mod Probl Pharmacopsychiatry, p.

- 141-173. In: Fresco, D.M. (2001) The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, p. 1025-1035.
- Mayfield D, Mcleod G, Hsll P. The CAGE Questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*. 1974;131:1121–1123.
- McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous & Mental Diseases*. 1980;168:26–33.
- Miller W, Marllat GA. Manual for the comprehensive drinker profile. *Psychological Assessment Resources*. 1984.
- Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43(11):2412–2414.
- Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, Federico M, Mann JJ, Posner K. Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(9):887–893.
- NADIA Consortium. Disponível em:  
<https://www.med.unc.edu/alcohol/nadiaconsortium/standardized-methods/Intoxication%20Rating%20Scale/view>.
- Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, Cashman-McGrath L. Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2002;33:215–233.
- Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, van Rixtel A, Allertz W. The staff observation aggression scale – revised (SOAS-R). *Aggr Behav*. 1999;25:197–209.
- Othmer E, Othmer SC. Washington: American Psychiatric Press; 1994: Fundamentals.
- Otter H, Martin J, Bäsell K, von Heymann C, Hein OV, Böllert P, JänschIna P, Behnisch I, Wernecke WK, Konertz W, LoeningJen S, Blohmer J, Spies C. Validity and reliability of the DDS for severity of delirium in the ICU. *Neurocritical Care*. 2005;2(2):150–158.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Psychological Reports*. 1962;10:799–812.
- Persson H, Sjöberg G, Haines J, Pronczuk GJ. Poisoning severity score: grading of acute poisoning. *J Toxicology – Clinical Toxicology*. 1998;36:205–213.

- Raistrick D, Davidson DG. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*. 1983;78:89–95.
- Ramsay MAE, Savege TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxolone/alphadolone. *Br Med J*. 1974;ii:656–659.
- Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*. 1988;24:653–659.
- Reisberg B, Ferris SH. Brief Cognitive Rating Scale. *Psychopharmacology Bulletin*. 1988;24(4):629–636.
- Sá Jr LSM. *Psicopatologia e propedêutica – Série Psiquiatria Brasileira. Considerações acerca da entrevista psiquiátrica*. São Paulo: Editora Atheneu; 1984: p. 225-232.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2017.
- Sant, R.D., Marchetti, R.L. (2011) Anamnese psiquiátrica no adulto. In: Miguel, E.C., Gentil, V., Gattaz, W.F. *Clínica Psiquiátrica*. Volume 1, 308-322.
- Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American of Journal Psychiatry*. 1971;127:1653–1658.
- Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O’Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;15(11):1338–1344: 166.
- Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, Gorman JM, Papp LA. Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154:1571–1575.
- Skinner HA. Addictive behaviors. *NCBI*. 1982;7:363–371.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092–1097.
- Strout TD. Psychometric testing of the Agitation Severity Scale for acute presentation behavioral management patients in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*. 2014;36(3):250–270: Jul-Sep.
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*. 1989;84:1353–1357.
- Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res*. 2002;36:87–95.
- Trzepacz PT. The Delirium Rating Scale (Its Use In Consultation-Liaison

- Research). *Psychosomatics*. 1999;40:193–204.
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., Keane, T.M. (2015) The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) – Past Month [Measurement instrument]. Disponível em: <http://www.ptsd.va.gov/>.
- Williams D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol-withdrawal syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2001;36:104–108.
- Williams JBW, Kobak KA. Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (SIGMA). *The British Journal of Psychiatry*. 2008;192(1):52–58.
- Woods P, Almvik R. The Broset Violence Checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106:103–105.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;83(1):37–49: 17.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 1978;133(5):429–435.
- Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik M, Silver JM, Endicott J. The Overt Agitation Severity Scale for the objective rating of agitation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, Fall. 1997;9(4):541–548.
- Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):35–39: Jan.
- Zung WWK. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965;12:63–70.
- Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371–379.

---

## CAPÍTULO 7

# Agitação e agressividade

---

*Daniel Augusto Corrêa Vasques*

*Leonardo Baldaçara*

## Pontos principais

---

- Agitação e agressividade não são diagnósticos, mas complicações dos transtornos mentais.
  - Dos pacientes em hospitais psiquiátricos, 10% evoluem para estados de agitação.
  - Procure saber o histórico de violência do paciente; obtenha detalhes, se possível.
  - Avalie o contexto, incluindo estressores e comportamentos recentes.
  - Tente resolver a situação de forma simples, dando prioridade à abordagem verbal.
  - Se necessário, faça a abordagem medicamentosa e somente após a abordagem verbal ter falhado.
  - Faça a contenção física apenas quando todas as medidas falharem e somente para proteção do paciente.
-

## Introdução

**Agitação** pode ser definida como um estado de atividade psicomotora excessiva acompanhada de aumento de tensão e irritabilidade (Merriam Webster Medical Dictionary). Pode também ser definida como uma inquietação ou atividade motora e cognitiva excessivas e sem necessariamente ter um propósito ([DORLAND'S MEDICAL DICTIONARY FOR HEALTH CONSUMERS, 2007](#); [VASQUES in CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#)).

Por sua vez, **agressividade** é o ato de tender a agressão ou exibir comportamento agressivo, ou seja, comportamentos destrutivos, hostis ou prejudiciais especialmente quando causados por frustração, sendo geralmente a expressão de raiva contida. Também pode ser definida como uma forma de comportamento físico ou verbal que conduz à autoafirmação, sendo muitas vezes irritado e destrutivo e destinado a ser prejudicial, física ou emocionalmente, e destinado à dominação de uma pessoa por outra. Pode surgir de impulsos inatos e/ou ser uma resposta à frustração, e pode manifestar-se por comportamento agressivo e destrutivo, por atitudes encobertas de hostilidade e obstrucionismo, ou por um saudável impulso autoexpressivo para o domínio ([MILLER-KEANE ENCYCLOPEDIA AND DICTIONARY OF MEDICINE, NURSING, AND ALLIED HEALTH, 2003](#)).

Apesar de agitação e agressividade conceitualmente serem diferentes, geralmente ocorrem juntas, motivo pelo qual são erroneamente utilizadas como sinônimos. Ambas as situações são comuns na prática psiquiátrica, sendo representadas por aproximadamente 10% dos pacientes de um hospital psiquiátrico ([MCALLISTER-WILLIAMS & FERRIER, 2002](#)).

Por sua vez, é necessário um alto nível de capacitação profissional para abordar e lidar com situações de agitação e agressividade quando em um ambiente de emergência psiquiátrica.

Manejar adequadamente essas situações permite prevenir ou controlar grande número de desfechos potencialmente perigosos para o indivíduo e para as pessoas à sua volta, como familiares e equipe de

saúde. Reconhecer rapidamente a situação, manejar o ambiente, promover postura profissional adequada, realizar diagnóstico diferencial rapidamente e intervir de forma apropriada são medidas cruciais para reverter esses estados.

## Avaliação

Este item pode ser complementado pelos Capítulos 5 e 6.

Agitação e agressividade não são diagnósticos, mas consequências de alguma doença ou situação. Além disso, nem todo paciente agitado evolui para agressividade.

O primeiro cuidado frente a um possível caso de agitação é o reconhecimento. A maioria das agressões é precedida por mudanças observáveis nos comportamentos verbal e não verbal, tornando relativamente pequena a chance de uma agressão totalmente imprevisível. O [Quadro 7.1](#) mostra os principais sinais a serem observados pela equipe frente a um possível caso de agitação ou agressividade. Também é muito importante o reconhecimento das possíveis causas ou gatilhos causarem um estado agitado ou um comportamento violento, como apresentado no [Quadro 7.2](#). Tais condições devem não ser apenas abordadas no momento da intervenção, mas também como forma de prevenção.

---

### Quadro 7.1

#### Sinais que sugerem uma possível evolução para agitação e agressividade

---

- Ter atitude provocativa, desconfiada ou hostil
- Apresentar perplexidade
- Ter história prévia de agressão
- Ter ansiedade exacerbada
- Fazer barulho, gritar com raiva, berrar insultos pessoais
- Ameaçar a si mesmo ou a outrem ou fazer pedidos de ajuda para se controlar
- Beliscar ou arranhar a pele, bater em si mesmo, puxar os cabelos
- Provocar lesões em si mesmo, tais como arranhar, beliscar, puxar os cabelos, jogar-se no chão ou até bater a cabeça
- Apresentar pequenos cortes ou contusões, queimaduras ou mordidas
- Bater portas, espalhar roupas, fazer bagunça
- Jogar objetos no chão, chutar móveis sem quebrá-los, marcar a parede
- Fazer gestos ameaçadores, tentar pegar as pessoas, agarrar roupas

- Perseverar verbalmente, gritar, soltar palavrões, ameaçar
  - Bater os dedos, movimentar-se, torcer as mãos, agitar ou sacudir os braços
  - Perseverar em tarefas (p. ex., abrir e fechar gavetas, dobrar e desdobrar roupas, pegar objetos, roupas ou a si mesmo)
  - Balançar o corpo (para diante e para trás), balançar a cabeça (para cima e para baixo), torcer ou fazer movimentos sinuosos com o tronco, esfregar-se ou masturbar-se
  - Dar tapas, golpear, dar socos em objetos ou outras pessoas
  - Sacudir as pernas, bater joelhos e/ou coxas, lançar a pelve para diante, pisar com força
  - Andar de um lado para outro, vaguear
  - Agitar as pernas, chutar objetos ou outras pessoas
- 

## Quadro 7.2

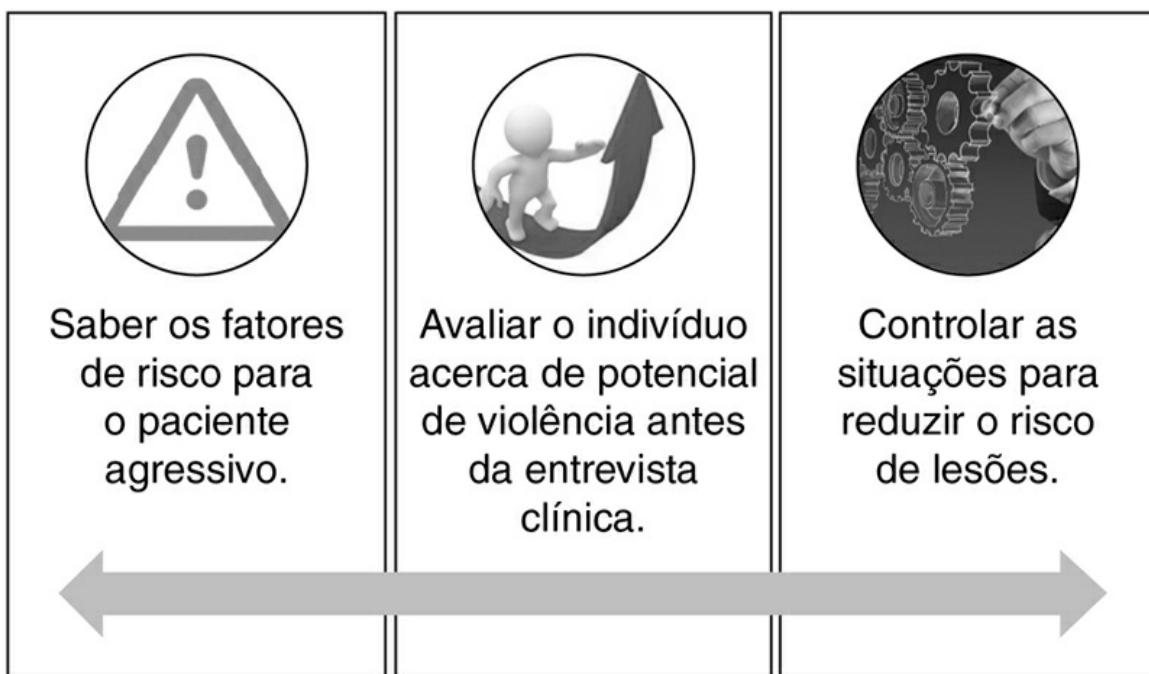
### Causas ou gatilhos para a agitação com ou sem agressividade

<b>Doença psiquiátrica</b>	Esquizofrenia, estado de mania ou estado misto no transtorno bipolar, depressão agitada, ansiedade, transtorno de personalidade, transtorno reativo ou adaptativo, autismo
<b>Não concordância com o diagnóstico ou com a terapêutica</b>	Diagnóstico recente, baixa adesão, dificuldade em compreender o diagnóstico
<b>Doenças físicas</b>	Trauma craniano, acidente vascular cerebral, infecções (encefalites), doenças renais, doenças hepáticas, doenças metabólicas, doenças cardíacas, hipoxia, crise convulsiva, doenças endócrinas
<b>Dor</b>	Principalmente quando não valorizada ou não abordada adequadamente
<b>Medicações</b>	Doses elevadas, abstinência
<b>Intoxicação ou abstinência</b>	Álcool, cocaína e derivados, inalantes, drogas sintéticas, quetamina

<b>Questões psicológicas</b>	Sensação de estar sendo humilhado, de estar sendo ignorado, de estar sendo ameaçado ou de estar perdendo o controle pessoal
<b>Estados fisiológicos</b>	Fome, sede, sono, sonolência

Em geral, pacientes apresentando comportamento agitado ou agressivo são admitidos na sala de emergência psiquiátrica por intermédio de terceiros, sejam eles familiares, amigos, conhecidos ou mesmo autoridades, representadas por bombeiros, policiais militares, civis ou guarda civil metropolitana ([MANTOVANI et al., 2010](#)).

“Será que esse paciente vai ficar agressivo?” – Psiquiatras se perguntam todos os dias. Embora predizer um comportamento complexo como a agressividade seja quase impossível, é possível estar preparado e aumentar a própria segurança e a do ambiente através de medidas simples ([Figura 7.1](#)).



**FIGURA 7.1** Lembretes na avaliação.

A seguir, cinco passos para rapidamente avaliar e responder a risco de violência por paciente psiquiátrico.

## **Passo 1: Obtenha a história do paciente**

Uma revisão cuidadosa de eventos passados e dos que imediatamente precederam a avaliação é a melhor ferramenta para avaliar o potencial de violência. Quanto mais você aprende sobre o paciente antes de vê-lo, melhor ([Quadro 7.3](#)) ([BATTAGLIA, 2004](#)).

---

### **Quadro 7.3**

#### **Questões a serem consideradas antes da avaliação**

---

##### **Comportamento de longo prazo**

**Quais atos violentos esse paciente cometeu?**

As condições foram similares em cada episódio?

Algum ato imotivado (sem provocação)?

A violência estava associada ao uso de álcool ou drogas?

Como o paciente se portou com a equipe de saúde do hospital? E fora dele?

##### **Situação imediata**

Quais são os estressores imediatos do paciente?

O paciente chegou com a família/conhecidos ou sob escolta policial/bombeiros?

Como o paciente se portou no caminho?

---

Pistas valiosas podem ser obtidas através de familiares, policiais, equipe ambulatorial e quaisquer outras pessoas que tenham contato social pertinente com o paciente.

**Um episódio anterior de violência é o melhor preditor para novos episódios.** Quanto maior o número de episódios violentos prévios, quanto maior a agressividade envolvida em cada um deles, bem como a aparente falta de provocação nos episódios prévios, maior o risco de violência no episódio atual.

Uma minoria de pacientes responde pela maioria dos atos violentos em avaliações médicas. Pacientes “repetidos” cometem 53% dos atos violentos em um ambiente de cuidado hospitalar. Um histórico prévio

de violência deve ser *destacado* no prontuário ou ficha clínica e passado verbalmente entre as equipes para que estejam cientes do risco.

No entanto, não ter um histórico prévio não exclui a possibilidade de o paciente se tornar violento. Afinal, todos os que têm histórico prévio tiveram um primeiro episódio de violência em algum momento.

**Estados psicóticos** por si só parecem aumentar o risco de violência, embora a literatura seja mista a respeito ([JUNGINGER et al., 1998](#); [CHEUNG et al., 1997](#)). No entanto, estados psicóticos associados à excitação ou agitação claramente predispõe o paciente à agressão, especialmente se estiverem presentes delírios paranoides ativos e/ou alucinações em conjunto com afeto negativo (raiva, tristeza, ansiedade).

**Variáveis demográficas** associadas a altas taxas de violência incluem idades de 25 a 34 anos, pessoas não brancas, de sexo masculino, pobres e de baixo nível educacional. Outras variáveis incluem história de abuso, vitimização, violência doméstica, capacidades profissionais limitadas e falta de suporte sociofamiliar.

**Diagnósticos psiquiátricos** associados a um risco maior de agressividade incluem esquizofrenia, episódio maníaco, abuso de álcool e drogas e transtornos de personalidade, porém isso é menos fidedigno do que o estado de excitação e agitação do paciente.

## **Passo 2: Avalie o contexto**

Além dos fatores de risco, evidências sobre o contexto – ou situação mais ampla na qual o paciente está envolvido no momento da avaliação – tem um papel importante em situações potencialmente violentas. Por exemplo, se o assunto “divórcio” aparece na avaliação:

- Foi recente ou aconteceu faz tempo?
- Ele odeia todas as mulheres ou somente a ex-mulher?
- Foi traído e descobriu?

Em outras palavras, o estresse ambiental pode ser agudo e

desestabilizador ou parte do cotidiano da vida do paciente e serve ao funcionamento homeostático dele.

## **Passo 3: Identifique estados de excitação**

Pacientes raramente cometem atos de violência quando sua ansiedade e humor estão bem controlados. Porém, em estados de excitação, isso muda.

**Medo** é provavelmente um elemento da maioria das vezes nas quais um paciente age violentamente. Como o paciente com medo talvez não exiba sinais de perigo facilmente identificáveis, o profissional pode inadvertidamente provocar uma agressão ao violar o espaço pessoal do paciente. Um paciente com medo e paranoide requer uma “área íntima” maior do que a habitual, embora sua necessidade maior de espaço não seja óbvia.

Minimize a provocação explicando suas ações e comportamentos antecipadamente (tais como “Eu gostaria de entrar na sala, sentar e conversar com você por uns 20 minutos, tudo bem?”). Seja técnico com pacientes paranoides, evitando ser caloroso. Eles podem interpretar o “calor humano” como tentativa de esconder intenções sinistras.

Membros da equipe algumas vezes são agredidos ao tentar impedir que um paciente desconfiado tente fugir do serviço. Portanto, estando sozinho com o mesmo, não se deve posicionar na frente da via de saída. A melhor conduta é deixar que o paciente saia e na sequência pedir ajuda, em especial a enfermagem ou equipe de segurança.

**Raiva** é fácil de reconhecer por sinais de tensão crescente. Voz alta, encarar o entrevistador, bater objetos, punhos cerrados, caminhar agitado e ameaças verbais são comuns no paciente com raiva antes do episódio de agitação. Embora isso pareça evidente, é surpreendente o número de atos de violência que ocorrem quando esses sinais são óbvios e percebidos pela equipe de enfermagem, sem que tenham tentado uma abordagem de “*de-escalation*”. (Saiba mais sobre “*de-escalation*” mais adiante, neste capítulo.)

A ameaça verbal de um paciente pode, de fato, ajudar o médico. Essa “bandeira vermelha” alerta a equipe para focar nas técnicas de

“*de-escalation*” e estar preparada para eventuais situações de violência.

**Confusão** pode ser um fator de risco subjacente em pacientes com *delirium* ou transtorno mental orgânico inespecífico. Esses pacientes podem atacar inesperadamente quando a equipe de saúde realiza procedimentos padrão, como sinais vitais, sondagem vesical etc., pegando os funcionários sem estarem preparados para aquela situação.

Os profissionais podem evitar esse tipo de situação usando técnicas de orientação e explicando os procedimentos que irá realizar. Por exemplo, uma enfermeira pode dizer: “Olá, sr. X, eu sou enfermeira e você está nesse hospital para tratamento de sua doença. Eu vou usar esse aparelho para verificar sua pressão arterial.”

**Humilhação.** Homens em particular podem reagir agressivamente a perda de autoestima e sensação de impotência. Observe se um homem foi humilhado na frente de sua família antes de ser trazido para a avaliação. Por exemplo: ele foi pego à força pela polícia na frente de sua casa com todo mundo vendo? Esse paciente talvez precise atuar agressivamente para restaurar seu senso de “self”.

A equipe pode minimizar o potencial do paciente de atuar em cima da humilhação usando técnicas de entrevista terapêuticas com foco na autoestima. Por exemplo, dirija-se ao paciente usando pronomes de tratamento (Sr., Sra.) em vez de usar seu primeiro nome e enfatize suas qualidades ou realizações no início da entrevista.

## **Passo 4: Estruture a entrevista em torno de segurança**

**Ambiente de entrevistas.** O ambiente físico e social onde você entrevista o paciente pode interferir no potencial de situação de agressividade.

- O paciente está sendo entrevistado em uma sala apertada ou em um espaço aberto?
- O local da avaliação tem muita gente?
- A equipe de segurança está visível?
- O examinador é da mesma etnia do entrevistado?

Locais apertados e cheios de gente em uma enfermaria psiquiátrica têm sido associados a frequências maiores de episódios de agressão ([BLOMHOFF et al., 1990](#)).

**Tenha o controle** da entrevista e da situação de tratamento. Use o espaço físico e a equipe da mesma maneira que você usaria qualquer outra ferramenta de intervenção – para aumentar a segurança e reduzir potencial para comportamentos violentos.

Idealmente, tanto o profissional quanto o paciente devem ter o mesmo acesso à porta em caso de necessidade de sair de uma entrevista em sala fechada ([Figura 7.2](#)). Porém, caso não seja possível, o médico tem preferência a sair da sala, tendo em vista a segurança ([Figura 7.3](#)). Um ambiente ideal de pronto-socorro tem duas portas na sala, sendo uma delas rota de fuga do profissional e outra rota de fuga do paciente ([Figura 7.4](#)). Para mais detalhes sobre o controle do ambiente veja o [Capítulo 5](#).



**FIGURA 7.2** Acesso igual à porta para profissional e paciente.



**FIGURA 7.3** Acesso à porta prioritário ao profissional.



**FIGURA 7.4** Sala ideal com duas portas e acesso a rota de fuga pelo profissional e pelo paciente.

Com pacientes de alto risco, coloque sua cadeira em um ângulo de 90 graus a fim de evitar contato visual sustentado e confrontador ([Figura 7.5](#)).



**FIGURA 7.5** Cadeira do profissional ajustada a 90 graus para evitar contato visual confrontador.

O profissional deve sempre se manter sentado a uma distância maior que uma perna entre ele e o paciente. Também deve solicitar ao paciente que permaneça sentado durante toda a entrevista, caso contrário sairá imediatamente. Na prática ambulatorial, encerre a entrevista se um paciente com raiva, medo ou ansiedade estiver exaltado e não permitir redirecionamento verbal. Antes de sair da sala, contudo, avise: “Estou saindo da sala agora.”

**Confie na sua intuição.** Não adentre um espaço fechado e privado a menos que você se sinta seguro. A regra é: sentiu medo, tome outras medidas de segurança antes de entrar na sala. Acione a equipe, deixe as portas abertas etc.

**Use contenções, se necessário.** Quando pacientes com um histórico de violência são trazidos ao hospital extremamente exaltados, deixe-os contidos com a equipe de segurança por perto na entrevista inicial. Se o paciente não conseguir manter uma conversa simples, a equipe de

segurança fica presente até que a intervenção verbal tenha algum efeito ou que alguma medicação tranquilizante tenha sido feita. Contenções só serão removidas e a equipe de segurança (ou de enfermagem) só se afasta quando o paciente estiver em condições de se manter solto sem que haja um risco aumentado de violência.

## Passo 5: O encontro clínico

Na avaliação do paciente, vale a máxima: *Fatores de risco fazem você se preocupar mais; nada faz você se preocupar menos.*

Esteja sempre preparado. Deixe o julgamento clínico predominar sobre quaisquer fatores de risco ou estatísticas que você tenha aprendido.

- Sempre tenha treinamento em protocolos de segurança/tratamento para pacientes agitados.
- Conheça a segurança do ambiente onde você trabalha: alarmes, equipe, disposição das salas, rotas de fuga etc.

Um grande número de pessoas com aparência confiante, mas não confrontadora, pode dissuadir o paciente de atuar violentamente. O ideal é que não seja necessário o uso de força. Porém, se for necessário, a equipe deve ter uma resposta rápida e suficientemente forte para conter aquela situação.

Para todo ato que envolva o uso de força física, é importante que haja um momento para a equipe que participou expor seus sentimentos em relação ao ocorrido ([BATTAGLIA, 2004](#)).

### Resumo

1. Procure saber o histórico de violência do paciente; obtenha detalhes, se possível.
2. Avalie o contexto, incluindo estressores e comportamentos recentes.
3. Identifique estados de excitação, como raiva, medo, confusão e humilhação.

4. Estruture a entrevista em torno da segurança, com especial atenção ao ambiente.
5. Avalie o paciente em um ambiente clínico seguro e estruturado.

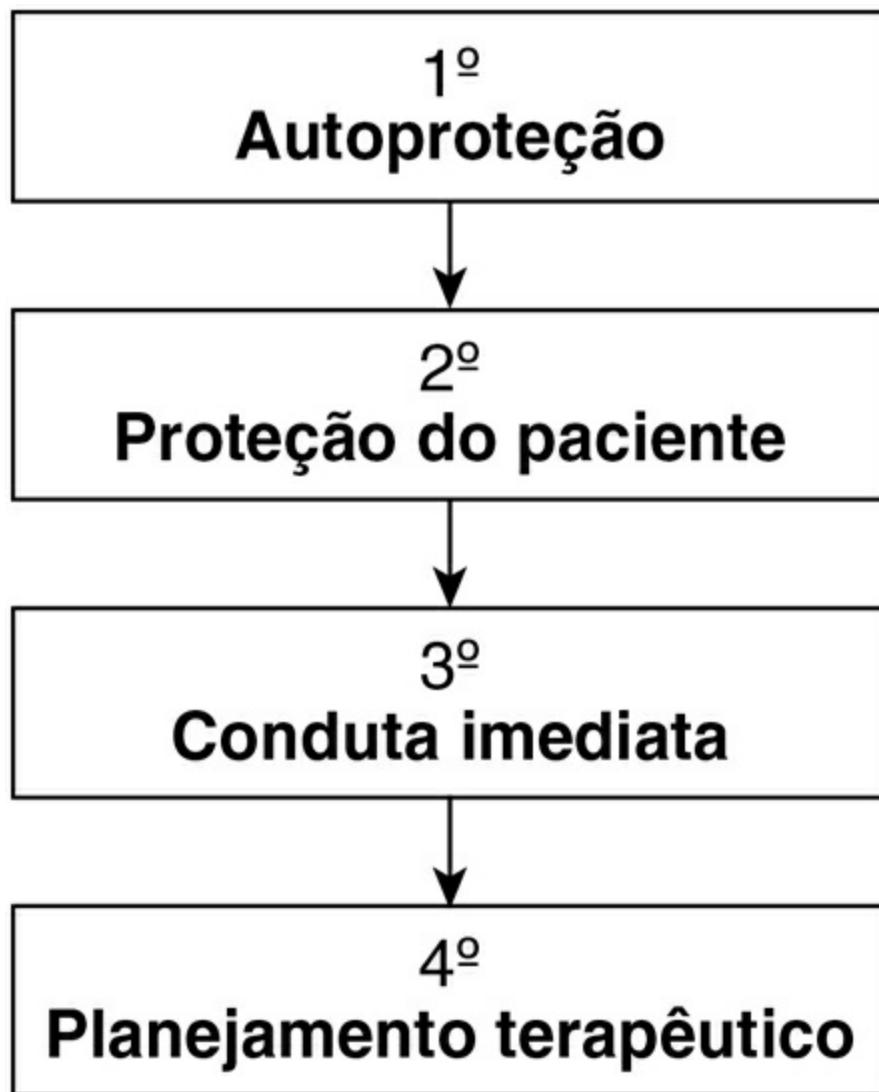
No processo diagnóstico é importante realizar uma avaliação do estado mental o mais rápido possível, a fim de determinar a causa dessa agitação. Após o paciente se acalmar, uma anamnese mais completa deve ser feita. Vale ressaltar que, em um ambiente de emergência, o diagnóstico definitivo não é o mais importante dos objetivos. Na verdade, é o oposto disso: manter o leque aberto para diagnósticos diferenciais, determinar a segurança, desenvolver uma estratégia apropriada de abordagem ([GARRIGA et al., 2016](#)).

Existem escalas que auxiliam a avaliação da gravidade da agitação ou agressividade, do risco de agressão e para acompanhar a evolução do tratamento. Essas escalas estão citadas no [Capítulo 6](#). As escalas específicas de agitação e agressividade também podem ser combinadas a outras escalas que avaliam o transtorno mental específico que durante a crise esteja causando a agitação.

É importante tentar identificar o gatilho que desencadeou o comportamento violento ou agressivo. Alguns gatilhos comuns incluem: discussões familiares, problemas profissionais, perda de status socioeconômico, situação de rua, dor, doenças graves crônicas intoxicação por álcool e drogas, medo, fome, sede e sono.

## **Manejo**

Diante de um caso de agitação ou possível agitação o profissional de saúde deve atentar para os seguintes passos:



*Autoproteção:* Diante de um caso de agitação e/ou agressividade o profissional deve observar a situação, os cuidados com o ambiente e certificar-se de que não está sozinho. Sempre peça ajuda. Se necessário, saia do ambiente e grite pela ajuda.

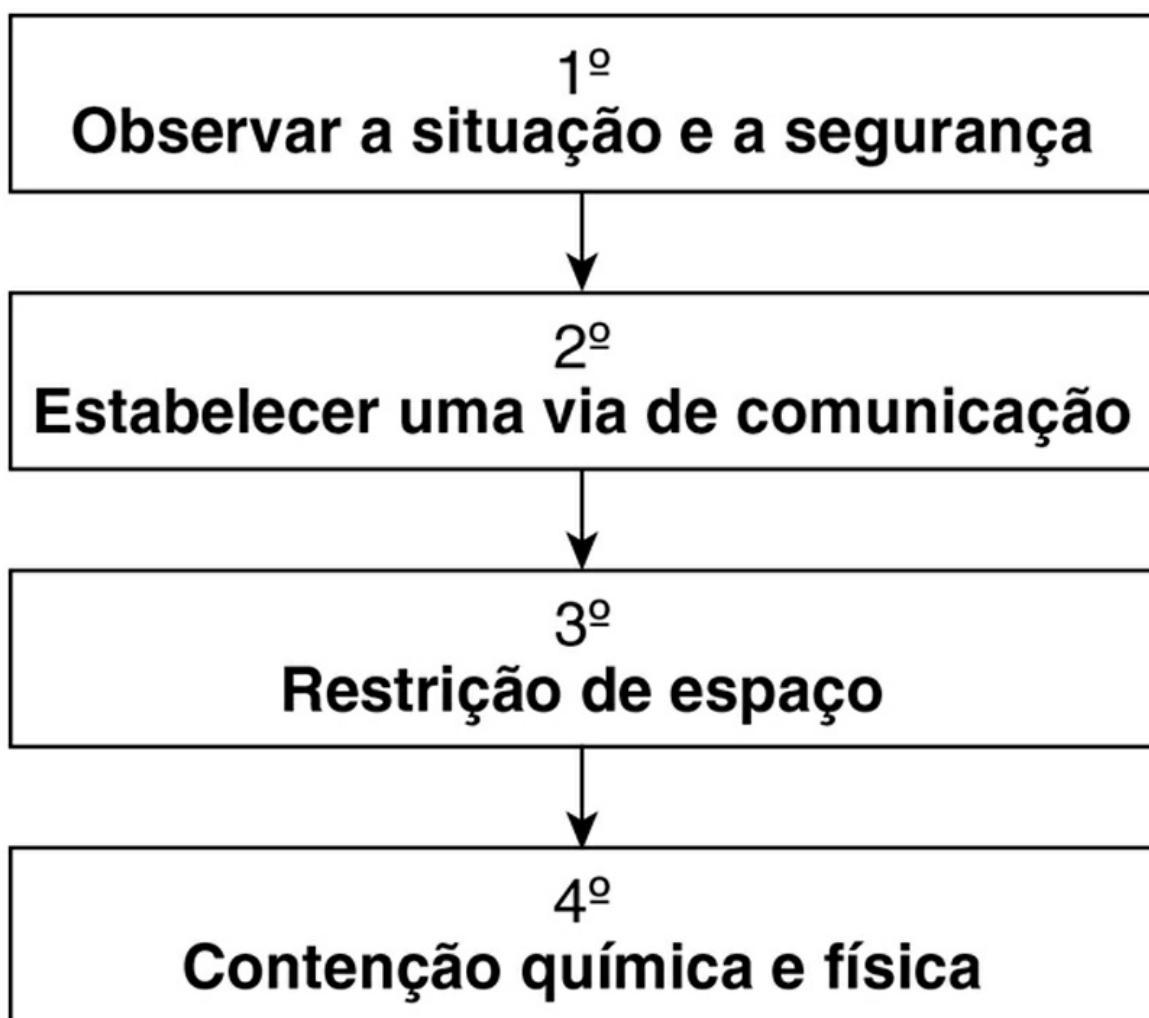
*Proteção do paciente:* Lembrar que qualquer medida a ser tomada

visa a proteção do paciente, que está em um estado transitório secundário a um estado patológico.

*Conduta imediata:* Visa utilizar de medidas para tranquilizar o paciente de forma rápida e efetiva.

*Planejamento terapêutico:* Uma vez que o paciente esteja tranquilo, faz-se o planejamento terapêutico – é possível alta e encaminhamento ambulatorial ou para outro mecanismo da rede? Requer ampliar a observação? Ou requer internação?

Outras medidas também são de extrema importância para iniciar a tomada de decisão:



**Observar a situação e a segurança:** Diante de um suposto caso de

agitação observe a situação e veja primeiro o que ocorre. É comum a equipe observar uma movimentação, barulho ou alguém falando alto, porém, muitos sem relação com uma verdadeira agitação. Portanto, olhe primeiro. Em seguida, observe se o ambiente é seguro e siga as medidas de proteção do [Capítulo 5](#).

**Estabelecer uma via de comunicação:** A primeira medida diante de um paciente agitado e/ou agressivo é tentar solucionar a situação de forma simples e objetiva. Para tal, uma comunicação efetiva é essencial. Muitas vezes os pacientes podem estar naquela situação por sede, fome ou por se sentir desrespeitado. A escuta ativa, seguida de negociação pode solucionar o caso sem a necessidade de medidas mais invasivas. Para mais detalhes veja o [Capítulo 5](#), em especial as técnicas de abordagem verbal. Uma muita famosa é a chamada técnica de desescalonamento verbal (*verbal de-escalation*). A seguir, alguns detalhes a serem lembrados diante de um caso de agitação.

**Atitude:** De modo geral, permaneça calmo. A tendência é que o paciente se espelhe no avaliador, desse modo ficando calmo também (“*mirror calm*”). Julgar comportamentos e atitudes do paciente não só pode desencadear episódios de violência como também não faz parte das atribuições médicas. Palavras ou ações ameaçadoras devem ser evitadas, bem como entrar em disputas de poder com o paciente. Olhar fixamente para o paciente pode fazer com que ele se sinta ameaçado; assim, mantenha um olhar breve, porém constante, bem como uma expressão que diga “amigo” e não “inimigo”. Interesse-se e mostre preocupação com o problema do paciente, sem demonstrar raiva, e controle a situação de modo firme, porém amigável. Há uma frase em inglês que diz: “*Hurt people hurt people*” (pessoas feridas ferem pessoas). Portanto, seja empático durante a entrevista, sem deixar que seus problemas pessoais interfiram na avaliação.

*Use sempre gestos e linguagem positivos.* Reconheça e reafirme os passos para ganho de controle diante da situação. Confie em suas intuições e instintos e pergunte ao paciente se você está correto (isto é, “Parece-me que você está muito chateado com isso. Estou certo?”). Preste atenção às respostas pessoais de comportamento agressivo. Profissionais que projetam seus medos e sentimentos de raiva nos

incapacitados tendem a superestimar o seu potencial de agressividade, levando assim a um uso exagerado de contenções químicas e físicas.

*Reflita sobre suas reações de contratransferência.* Evite atitudes do tipo “machão” ou do tipo “sabe-tudo” para compensar os seus medos pessoais ou para estimular as expectativas dos espectadores.

*Discurso:* Use sempre *afirmações simples*, concretas e positivas, dizendo sempre o que você quer que seja feito, e não o que você não quer. Por exemplo, diga ao paciente: “Você poderia por favor falar mais baixo?” e não “Por favor não fale alto.” As pessoas tendem a interpretar a negação como uma ordem, não sendo o indicado para a abordagem em questão. Além disso, diga as *instruções* ou formule as questões sempre *uma de cada vez*. Diversas questões ao mesmo tempo confundem o paciente, fazendo com que ele se sinta pressionado e às vezes desrespeitado.

*Mantenha o volume da voz apropriado* para a distância e para a acuidade auditiva da pessoa. Elevar a voz aumenta o timbre e fica mais difícil para os idosos ouvirem. Use sempre um tom leve de apoio, mantendo ritmo normal de discurso. Falar rápido demais, devagar demais ou de modo esbaforido pode irritar o paciente e piorar a situação.

*Sempre se dirija à pessoa pelo nome.* Preste atenção às respostas que a pessoa lhe dá. Não assuma de pronto que sua mensagem foi compreendida. Quando se trata de paciente potencialmente violento, quem cala nem sempre consente. Não use jargões nem dê conselhos.

*Ouça* e aprenda fazendo uso da escuta aberta e ativa. Mostre que comprehende o que está sendo dito, balançando a cabeça quando em vez, de modo afirmativo. Use silêncio e reafirmação para esclarecer a mensagem. Evite a todo custo notas sarcásticas e insultantes. Tome muito cuidado ao usar o humor. Quando em dúvida, não tente ser engraçado. O humor, se usado na hora certa de modo adequado, é uma técnica de alto ganho, mas apresenta um risco alto de não ser bem-sucedido e repercutir de forma negativa na situação.

*Reassegure* aos indivíduos assustados e atuadores que você, o profissional, não tem a intenção de ser uma ameaça. Também se faz

apropriado dizer ao paciente que aquele comportamento assusta, preocupa ou aborrece você. Muitas vezes o paciente eleva o tom de voz ou se levanta apenas para realçar o seu ponto de vista sem notar que isso assusta as pessoas. Peça ainda ao paciente que o avise toda vez que algo lhe aborrecer ou assustar. Gritar com o paciente não é uma válvula de segurança e pode desencadear a agressão. Use uma frase curta do tipo: "Tudo bem, mas..." como um defletor.

*Mensagens não verbais:* Atente para toda e qualquer mensagem não verbal de um paciente durante uma situação potencialmente violenta. Na maioria das vezes, as mensagens não verbais são a melhor fonte de informação em uma crise. Evite a todo custo gestos exagerados que possam assustar ou ameaçar. Reduza também maneirismos nervosos e atividade excessiva do tipo balançar as pernas ou andar de um lado para outro. Isso faz com que você pareça no controle da situação, mesmo que você não se sinta assim.

Mostre-se confiante, sem externar ansiedade. Mantenha ainda suas mãos sempre à vista, nunca nos bolsos ou atrás das costas, pois o paciente pode acreditar que você esconde algo. Sempre se aproxime do paciente com as palmas das mãos abertas e os braços para baixo, porém com as mãos acima da linha da cintura, facilitando assim a defesa caso algum golpe seja desferido. Punhos cerrados intimidam muitas vezes o paciente. Assuma uma postura de aperto de mãos ou como se fosse dar as boas-vindas.

É de extrema importância o espaço pessoal. Procure manter sempre uma distância de pelo menos uma perna entre você e o paciente. Leve sempre em conta, no cálculo dessa distância, o sexo do paciente, a familiaridade que você tem com ele, o tamanho dele e a velocidade de aproximação da equipe de apoio. Em situações de crise, essa distância que assegura o espaço pessoal pode duplicar ou até triplicar. Além da distância, procure posicionar-se lateralmente, em um ângulo de 45 graus. Isso diminui a superfície de contato que o paciente pode atingir caso desfira um golpe. Se ficar de frente para ele, ele pode atingir todo o rosto, todo o tórax, ambas as pernas e região genital. Posicionado a 45 graus, essa superfície se reduz para um dos braços, uma das pernas, parte do rosto e a face lateral do tórax, que fica protegida por

um dos braços. Além disso, essa posição é menos afrontadora e oferece ao paciente a sensação de uma “rota de fuga”. Ficar cara a cara se torna um desafio e é uma situação perigosa.

Evite se posicionar em locais mais altos do que pessoas aborrecidas ou olhá-las de cima. Isso as faz sentirem-se inferiores e pode piorar a situação. Use o nível dos olhos. Aumente a distância entre você e o paciente para que o ângulo de contato dos olhos diminua; isso funciona tanto se você for mais baixo quanto se você for mais alto que o paciente.

Procure isolar a situação sempre que ela chegar em um momento de crise. A presença de “plateia” muitas vezes piora o desenlace.

**Restrição de espaço:** Existem diversas formas para realizar a restrição de espaço. Uma muito conhecida é a reclusão (ou *seclusion*). Porém, tal medida não é superior à contenção mecânica. Por outro lado, uma medida simples inicial é retirar o paciente de um ambiente movimentado para outro mais calmo e privado, a fim de evitar que outras pessoas se assustem, que o paciente modifique seu comportamento em prol de uma suposta plateia e que se possa conversar em um local silencioso.

**Contenção química e física:** Uma vez que medidas mais simples, uma vez que a comunicação não foi suficiente, opta-se pelo uso de medicações. Primeiramente deve se tentar medicações por via oral, pois utilizam a colaboração do paciente e reforçam a aliança terapêutica. Porém, caso falhe, opta-se pela via parenteral, em especial intramuscular. Uma vez falha, opta-se pela contenção física (pelo menor tempo necessário) para proteção do paciente, seguida do uso de medicação.

## **Tranquilização rápida**

Uma vez que as demais medidas falharam, opta-se pelo uso de uma medicação que siga os princípios da tranquilização rápida ([GARRIGA et al., 2016](#); [CAÑAS, 2007](#); [CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#); [RAVEENDRAN et al., 2007](#)).

---

### **Quadro 7.4**

#### **Tranquilização rápida: O que não fazer!**

---

Medicar em excesso

Medicar e não monitorizar

Manter a contenção por longos períodos

Não respeitar o tempo de início das medicações

Não hidratar

Utilizar antipsicóticos por via intravenosa

---

## Classes medicamentosas

### Antipsicóticos típicos

#### Antipsicóticos (neurolépticos)

Têm efeito principal bloqueando os receptores D2 da dopamina e causando a curto prazo apatia, redução da iniciativa, diminuição das respostas emocionais e sedação, podendo esse efeito se acumular com o uso contínuo. Cada medicação pode apresentar ou ação em outros receptores, tais como M1 (muscarínico),  $\alpha$ 1 adrenérgico e H1 (histaminérgico). São classificados de acordo com sua estrutura molecular e também de acordo com sua potência comparada a clorpromazina. Quanto maior a potência, maior o risco de efeito colateral extrapiramida. São efeitos indesejados:

*Efeitos extrapiramidais:* acatisia, distonia aguda, parkinsonismo, tremores, discinesia tardia, síndrome neuroléptica maligna.

*Cardiovasculares:* hipotensão (em especial postural), hipertensão, arritmias cardíacas, taquicardia, morte súbita.

*Hepáticos:* hepatotoxicidade, icterícia.

*Outros:* sedação, insônia, agitação, boca seca, cãibras, cefaleia, constipação, diminuição do limitar convulsivo (aumento o risco de convulsão), desatenção, diarreia, diminuição da libido, impotência, galactorreia, ginecomastia, hipo e hiperglicemia, retenção urinária, tonturas, vômitos, secreção inapropriada de hormônio antidiurético, retinopatia pigmentar, fotossensibilidade, *rash* cutâneo.

Na emergência podemos utilizar os seguintes neurolépticos:

**Haloperidol:** Antipsicótico de alta potência (2 mg de haloperidol equivalem a 100 mg de clorpromazina) do grupo das butirofenonas. Apresenta um menor risco de causar sedação ou hipotensão, podendo ser administrado por vias oral e intramuscular. Não se recomenda seu uso por via intravascular, pois intensifica seus efeitos colaterais e aumenta o risco de morte súbita. Tem meia-vida de aproximadamente 24 horas e atinge seu platô com o uso contínuo no período de 3 a 5 dias. Por via oral seu pico de concentração plasmática ocorre 1 a 4 horas após a ingestão e 30 minutos após a administração

intramuscular. Por via oral tem início de efeito lento, não sendo recomendado para casos agudos de agitação. Mas é relativamente seguro em idosos e gestantes, portanto é uma opção para abordagem de agitação leves e moderadas no *delirium* ou casos de pacientes com comorbidades clínicas. Por via intramuscular é uma das medicações mais seguras e eficazes, inclusive para pacientes intoxicados (com cautela).

**Droperidol:** Pertence ao grupo das butirofenonas. Está disponível para uso parenteral. Possui início de ação de 3 a 10 minutos após injeção intramuscular e pico de 30 minutos, com efeito de 2 a 4 horas. A dose habitual é de 2,5 a 5 mg por via intramuscular. Apresenta bloqueio dopaminérgico e  $\alpha$ -1-adrenérgico e colinérgico. É mais sedativo do que o haloperidol.

**Clorpromazina:** É um antipsicótico de média potência da classe das fenotiazinas. Apresenta antagonismo dos receptores de dopamina, além de efeitos muscarínicos, histamínicos, noradrenérgicos e serotoninérgicos. Devido à forte efeito antagonista  $\alpha$ -1-adrenérgico causa hipotensão ortostática, taquicardia reflexa, sedação e sonolência. Seu efeito nos receptores colinérgicos também é potente. Portanto, pode ter reações adversas efeitos colaterais cardiovasculares, incluindo arritmias e morte súbita. Convulsões, piora do glaucoma, íleo paralítico, *delirium*. As informações na literatura sobre sua segurança e eficácia na agitação psicomotora são escassas, portanto, não é uma medicação recomendada de primeira linha, principalmente para casos cujo histórico é obscuro e pacientes intoxicados. Apresenta formulações de comprimidos, solução oral e parenteral. Seu pico ocorre de 1 a 4 horas por via oral e 30 minutos por via intramuscular.

**Levomepromazina:** Antipsicótico de baixa potência da classe das fenotiazinas. Mesmas características da clorpromazina. Está disponível para uso por via oral por comprimidos ou solução.

**Periciazina:** Antipsicótico de baixa potência da classe das fenotiazinas, com as mesmas características da clorpromazina e levomepromazina. Disponível em comprimidos e solução oral.

**Zuclopentixol:** Antipsicótico de média potência do grupo tioxanteno. Está disponível por comprimidos, cujo pico de eficácia

ocorre em 4 horas e com meia-vida de 20 horas. Apresenta a forma para uso intramuscular acetato, com pico de 2 a 4 horas após administração e que mantém níveis estáveis por 2 a 3 dias. Também apresenta a forma decanoato, utilizado por via intramuscular a cada 2 a 4 semanas, com picos de concentração de 3 a 7 dias. Tem efeitos em receptores dopaminérgicos, 5HT2,  $\alpha$ -1-adrenérgicos,  $\alpha$ -2-adrenérgicos, histamínicos e colinérgicos.

## Antipsicóticos atípicos

Os antipsicóticos considerados atípicos têm a capacidade de promover a ação antipsicótica em doses que não produzam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais, devido a efeito nos receptores 5-HT-2A. Apresentam perfis diversos e também atuando em diversas modalidades de receptores de dopamina, receptores muscarínicos, adrenérgicos, histamínicos, serotoninérgicos. Também proporcionam melhora dos sintomas cognitivos e negativos.

Os efeitos colaterais são os mesmos dos típicos. Apesar da taxa ser menor podem sim causar efeitos extrapiramidais. Também estão associados a efeitos cardíacos, em especial prolongamento do intervalo QT. Seus efeitos colaterais metabólicos são pronunciados e devem ser monitorados nos casos de uso contínuo.

**Aripiprazol:** Antipsicótico da classe diclorofenilpiperazina. Disponível na forma de comprimidos de 10, 15, 20 e 30 mg. Tem pico plasmático de 3 a 5 horas, estabilidade alcançada em 14 dias e metabólito ativo (de-hidroaripiprazol) com meia vida de 75 a 94 horas.

**Olanzapina:** Antipsicótico da classe dos tienobenzodiazepínicos. Atualmente só tem apresentações em comprimidos de 2,5, 5 e 10 mg. Seu pico é atingido de 5 a 8 horas. É seguro em pacientes idosos. É um dos antipsicóticos com a maior taxa de ganho de peso.

**Risperidona:** Antipsicótico da classe dos benzisoxazoles. Tem apresentação por comprimidos, solução oral e de depósito. Por via oral apresenta pico de 0,8 a 1,4 horas, meia-vida de até 24 horas e equilíbrio plasmático de 1 a 7 dias. Doses acima de 10 mg não produzem eficácia e acentuam os efeitos extrapiramidais.

**Quetiapina:** Antipsicótico da classe dibenzotiazepina. Está

disponível na forma de comprimidos de 25, 50, 100 e 200 mg. Tem pico plasmático de 1,2 a 1,8 horas e meia-vida de 7 horas. Por esse motivo é recomendado que seja usado 2 vezes ao dia. Entre os antipsicóticos é o de menor chance de causar hiperprolactinemia e de maior segurança cardíaca.

**Ziprasidona:** É um antipsicótico do grupo dos benzisoxazólicos. Tem apresentações em cápsulas para uso oral e ampola para uso intramuscular. A administração oral tem pico de 6 a 8 horas e meia-vida de 6 a 7 horas, ou seja, deve ser administrada duas vezes ao dia. Por via intramuscular a dose é de 10 a 20 mg, onde deve ser prescrito 10 mg a cada 2 horas ou 20 mg a cada 4 horas até o máximo de 40 mg por dia.

## Benzodiazepínicos

Seu mecanismo de ação se deve a facilitação da transmissão GABAérgica, tendo assim efeitos sedativo, hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante e miorrelaxante. Causam, em geral, maior sedação que os antipsicóticos típicos, com a vantagem de não causarem sintomas extrapiramidais. Os efeitos colaterais mais comuns incluem ataxia, amnésia, depressão respiratória, sedação excessiva, desinibição paradoxal, esta última mais comum em pacientes com retardo mental, lesão cerebral estrutural e demência. Podem causar dependência.

Por causa de possível depressão respiratória, devem ser evitados em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou outra condição clínica em que a reserva pulmonar esteja diminuída. Em idosos e pacientes intoxicados por álcool, opioides ou barbitúricos, devem ser usados com cautela, pois podem potencializar a sedação causada por essas substâncias ou, no caso dos idosos, ter efeito prolongado devido à metabolização mais lenta.

**Diazepam:** É considerado o modelo de benzodiazepínico. Tem apresentações em comprimidos de 5 e 10 mg e ampolas para injeção intravenosa de 10 mg/2ml. Por via oral seu pico de concentração plasmática é de 30 a 90 minutos. Devido à produção de metabólitos ativos sua meia-vida varia de 20 a 90 horas.

**Clonazepam:** Disponível nas apresentações comprimidos de 0,5 e 2 mg e solução oral 2,5 mg/ml. Tem alta potência. Atinge pico de 1 a 3 horas e tem meia-vida de 20 a 40 horas.

**Lorazepam:** Disponível nas apresentações de comprimidos de 1 e 2 mg. No Brasil, não está disponível sua apresentação para uso parenteral. Tem pico de 2 horas e meia-vida de 8 a 16 horas. É metabolizado pelo fígado exclusivamente por glicuronidação e não produz metabólitos ativos. Como seu metabolismo não diminui com a idade é o benzodiazepínico de preferência em idosos. Também é o benzodiazepínico de escolha em casos de pacientes com comprometimento hepático, doenças clínicas severas e uso de múltiplas medicações.

**Midazolam:** Benzodiazepínico com efeito hipnótico acentuado. Por

via oral induz ao sono em 15 a 20 minutos. Sua meia-vida por via oral ou intramuscular é de 90 a 150 minutos. Nos casos de agitação severa pode ser utilizado em monoterapia ou associado a antipsicóticos.

## **Anticolinérgicos e anti-histamínicos**

Medicações anticolinérgicas não são recomendadas como de escolha nos casos de agitação, pelo contrário, podem causar confusão mental e desencadeá-la. Entretanto, pacientes com sensibilidade aos efeitos extrapiramidais dos antipsicóticos podem requerem sua associação, sendo o mais recomendado o **biperideno** por via oral. O uso de biperideno por via intramuscular deve ser reservado para casos de distonia aguda ou outros efeitos extrapiramidais agudos e acentuados após a administração de um neuroléptico.

A **prometazina** é uma fenotiazina sem propriedade antipsicótica, com efeito anti-histamínico e anticolinérgico. Está disponível nas apresentações comprimidos de 25 mg, solução oral (5 mg/ml e 2,5 mg/ml) e uso parenteral intramuscular em ampolas de 50 mg/2 ml. Tem como efeitos colaterais boca seca, dor epigástrica, retenção urinária, sedação, tonturas, visão borrada, confusão mental, excitação, hipotensão postural, taquicardia, tremores e vômitos. Seu uso na agitação, apesar de polêmico e não ser aceito por alguns especialistas, foi comprovado ser eficácia quando associado ao haloperidol, visto que amplia os efeitos sedativos e reduz os efeitos colaterais extrapiramidais.

**Anticonvulsivantes:** Não há evidência científica de que os anticonvulsivantes possam ser usados para pacientes em agitação psicomotora, salvo casos em que tal agitação está relacionada com crises convulsivas, para tratamento da mania ou estado misto do humor, lembrando que a resposta não será imediata.

## Tranquilização por via oral

Requer a aceitação do paciente. O que pode ser positivo conforme mencionado anteriormente. Requer a capacidade de deglutição. Para a maioria das medicações espera-se um efeito dentro de aproximadamente 1 hora. Entretanto, algumas, como a olanzapina, podem demorar mais para apresentar seu pico de ação e essa informação deve ser considerada em cada droga escolhida.

### Quadro 7.5

#### Medicações sugeridas para uso na tranquilização rápida na apresentação solução oral

Medicação	Apresentações	Dose	Repetição em 24h	Dose máx. em 24h
<b>Soluções orais</b>				
<b>Clorpromazina</b>	4% ou 40 mg/ml (1 gota = 1 mg)	25-100 mg	3 a 4	1600 mg ao dia (porém, não recomendada)
<b>Levomepromazina</b>	4% ou 40 mg/ml (1 gota = 1 mg)	10-100 mg	2 a 4	400 a 600 mg
<b>Periciazina</b>	1% ou 10 mg/ml (1gota = 0,25 mg) / 4% ou 40 mg/ml (1gota = 1 mg)	1 mg-10 mg	2 a 3	30 mg (doses maiores a critério clínico)
<b>Risperidona</b>	1 mg/ml (seringa dosadora)	0,25-3 mg	1 a 2	8 mg (a partir de 10 mg efeitos extrapiramidais acentuados)
<b>Clonazepam</b>	2,5 mg/ml (1 gota = 0,1mg)	0,25-2 mg	1 a 3	20 mg (não recomendada)

<b>Bromazepam</b>	2 mg/ml (1 gota = 0,1 mg)	1,5-6 mg	2 a 3	12 mg
-------------------	---------------------------	----------	-------	-------

## Quadro 7.6

**Medicações sugeridas para uso na tranquilização rápida na apresentação comprimido**

<b>Comprimidos</b>				
Medicação	Apresentações	Dose	Repetição em 24h	Dose máx. em 24h
<b>Risperidona</b>	0,25 / 1 / 2 / 3 mg	0,25-3 mg	1 a 2	8 mg (a partir de 10 mg efeitos extrapiiramidais acentuados)
<b>Quetiapina</b>	25 / 50 / 100 / 200 mg	25-200 mg	2	800 mg
<b>Olanzapina</b>	2,5 / 5 / 10 mg	2,5-10 mg	1	20 mg
<b>Aripiprazol</b>	10 / 15 / 20 / 30 mg	2,5-15 mg	1	30 mg
<b>Clorpromazina</b>	25 e 100 mg	25-100 mg	3 a 4	1600 mg ao dia (porém, não recomendado)
<b>Levomepromazina</b>	25 / 100 mg	10-100 mg	2 a 4	400 a 600 mg
<b>Periciazina</b>	10 mg	5 mg-10 mg	2 a 3	30 mg (doses maiores a critério clínico)
<b>Lorazepam</b>	1 e 2 mg	0,5-2 mg	1 a 2	10 mg
<b>Clonazepam</b>	0,25 / 0,5 / 2 mg	0,25-2 mg	1 a 3	20 mg (não recomendado)

Diazepam	5 e 10 mg	5-10 mg	1-4	40 mg
----------	-----------	---------	-----	-------

## Tranquilização parenteral

Deve ser utilizada apenas por via intramuscular, uma vez que a via endovenosa intensifica os efeitos colaterais, incluindo o grande risco de morte súbita. Também é de difícil aplicação. Porém, tem início de efeito mais rápido que a via oral, sendo em média 30 minutos para a maioria das medicações.

### Quadro 7.7

#### Medicações para tranquilização rápida para uso por via intramuscular

Medicação	Apresentação	Forma de uso	Cuidados
<b>Monoterapias</b>			
Haloperidol	5 mg/1 ml	Pode ser repetido a cada 30 min, até dose máxima de 15 mg/dia.	Risco de distonia. Repetição por vários dias predispõe a síndrome neuroléptica maligna. Cuidados com efeitos cardiotóxicos.
Droperidol	2,5 mg/ml	2,5 a 5 mg (1 a 2 ml) IM. Pode ser repetido entre 30 a 60 min nas doses de 1,25 a 2,5 mg	Risco de efeitos extrapiramidais. Cuidados com efeitos cardiotóxicos e hipotensão.

		(0,5 a 1 ml).	
<b>Midazolam</b>	5 mg/5 ml e 15 mg/3 ml	Doses de 2 a 15 mg IM. Pode ser repetido em 30 min. Max. 0,35 mg/kg	Risco de depressão respiratória.
<b>Ziprasidona</b>	20 mg/ml	Dose de 10 mg a cada 2 horas e as doses de 20 mg a cada 4 horas (Máx. 40 mg/dia.)	Pode causar sonolência, náusea, tontura acatisia, hipertensão, hipotensão e cefaleia.
<b>Zuclopentixol, acetato</b>	50 mg/ml	1 dose a cada 3 dias	Efeitos extrapiramidais efeitos cardíacos, hipotensão postural.

### Tratamento combinado

<b>Haloperidol + Midazolam</b>	5 mg/1 ml-15 mg/3 ml	2,5-5 mg/5-15 mg	Efeitos extrapiramidais e depressão respiratória.
<b>Haloperidol + Prometazina</b>	5 mg/1 ml-50	2,5-5	Efeitos

	mg/2 ml	mg/25-50 mg	extrapiramidais sedação excessiva.
--	---------	-------------	---------------------------------------

## Quadro 7.8

### Situações especiais

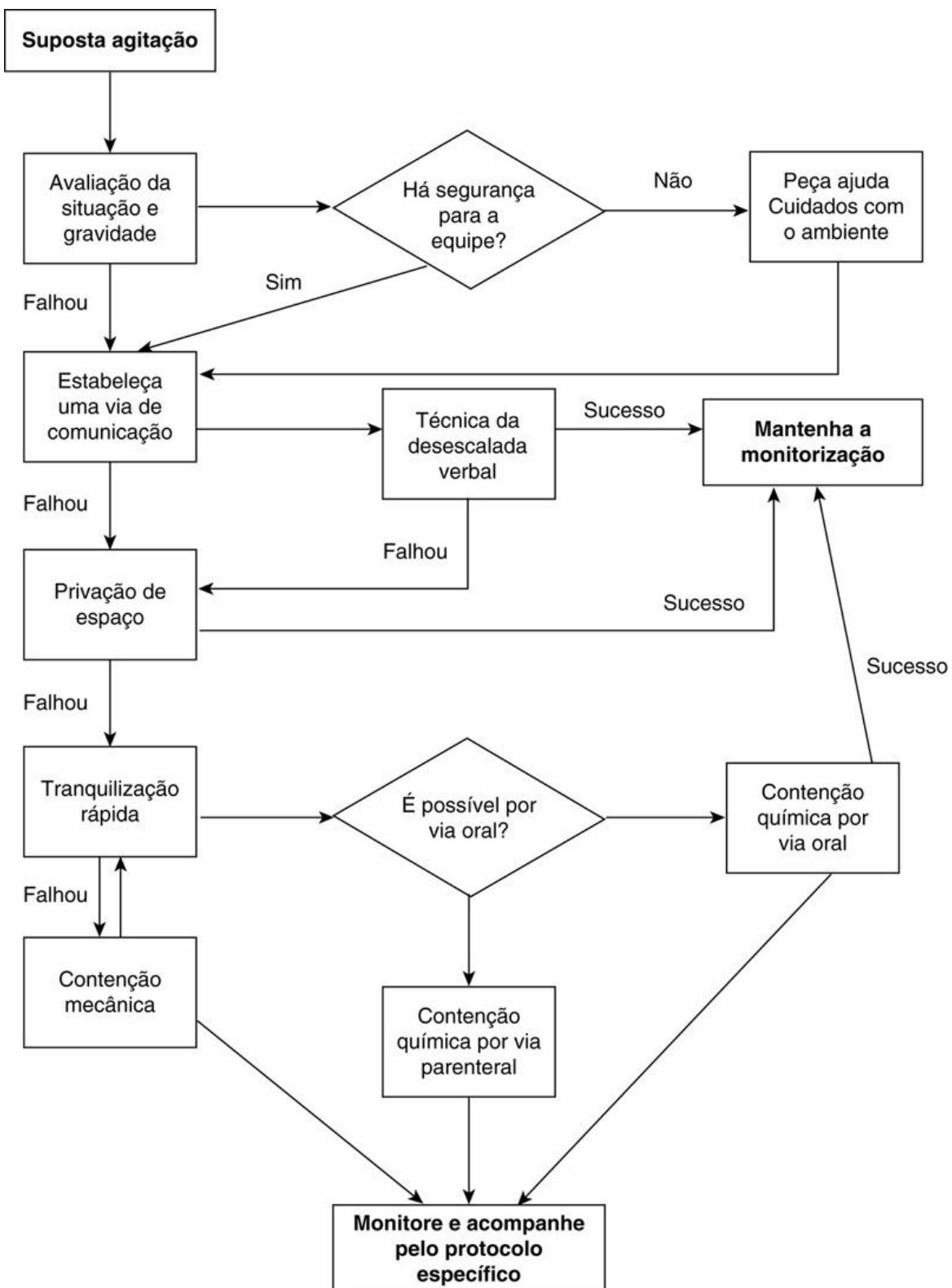
Situações especiais	
<b>Crianças</b>	Preferir medidas não medicamentosas. Se necessário medicar preferencialmente por via oral. Todas as doses devem ser ajustadas pelo peso ou idade. São mais sensíveis aos efeitos colaterais, principalmente efeito paradoxal e anticolinérgico (confusão).
<b>Epilepsia</b>	Antipsicóticos podem reduzir o limitar convulsivo. Se forem usados requerem ajuste do anticonvulsivo. Se possível optar pelos benzodiazepínicos.
<b>Idosos</b>	Doses devem ser ajustadas para 1/3 a 1/2 da dose do adulto. Preferir medicações por via oral. Se via parenteral, tentar haloperidol em monoterapia. Medicações anticolinérgicas podem causar confusão e benzodiazepínicos podem causar efeito paradoxal, sedação excessiva e quedas.
<b>Intoxicações</b>	Em caso de intoxicações por drogas depressoras optar por haloperidol em monoterapia. Intoxicações por drogas excitatórias considerar benzodiazepínicos. Cuidado com sedação excessiva e risco de arritmias.
<b>Gestantes</b>	Preferência pelo haloperidol em monoterapia.
<b>Retardo mental</b>	Benzodiazepínicos podem causar efeito paradoxal e antipsicóticos, acatisia. Utilizar doses baixas e garantir que agitação não pode ser manejada sem medicação.
<b>Síndrome de abstinência de álcool</b>	Antipsicóticos podem reduzir o limitar convulsivo. Se forem usados requerem ajuste do anticonvulsivo. Se possível optar pelos benzodiazepínicos.

## **Considerações finais**

A agitação pode ou não estar associada à agressividade e ambas as condições são secundárias a estados mentais alterados. A abordagem efetiva requer treinamento e deve seguir os cuidados de proteção do paciente, proteção da equipe, ambiente e comunicação verbal efetiva. Uma vez que todas as medidas tenham falhado segue-se o uso de medicações sob os princípios da tranquilização rápida. A contenção trata-se de uma medida e só deve ser utilizada por período limitado para a proteção do paciente.

### **Questões para estudo**

- Quais os fatores de risco para agitação?
- Quais suas causas ou gatilhos?
- Como deve ser feita a abordagem de um paciente agitado?



**FLUXOGRAMA 7.1**

## Referências

- Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. Expert consensus panel for behavioral emergencies. *J Psychiatr Pract.* 2005;11(Suppl 1):5–108: quiz 110-2.
- Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackoswski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(3):30–39.
- Battaglia J. Is this patient dangerous? 5 steps to assess risk for violence. *Current Psychiatry.* 2004;3(2):14–21.
- Binder R, McNeil D. Effects of diagnosis and context on dangerousness. *Am J Psychiatry.* 1988;145:728–732.
- Blay SL, Mari JJ, Ramos LR. O uso do “Face-Hand Test” como instrumento para rastrear as síndromes psicorgânicas: estudo piloto. *Rev. Saúde Pública [online].* 1989;23(5):395–400: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101989000500006>.
- Blomhoff S, Seim S, Friis S. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41:771–775.
- Canas F. (2007) Management of agitation in the acute psychotic patientYefficacy without excessive sedation. *Eur Neuropsychopharmacol.* 17(suppl 2):S108YS114.
- Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, et al. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res.* 1997;26:181–190.
- Cordeiro, D.C. & Baldaçara, L. (2007). Emergências Psiquiátricas. São Paulo: Roca. 1a edição.
- de Almeida CG, Del Grossi Moura M, Barberato-Filho S, de Sá Del Fiol F, Motta RH, de Cássia Bergamaschi C. Rapid tranquilization for psychiatric patients with psychomotor agitation: what is known about it? *Psychiatr Q.* 2017;doi: 10.1007/s11126-017-9504-0: [Epub ahead of print].
- Dorland’s Medical Dictionary for Health Consumers (2007). Disponível em: <https://www.dorlands.com/wsearch.jsp>. Extraído de: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>.
- Garriga M, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry.* 2016;17(2):86–128.
- Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for

- psychosis-induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;25(11):CD005146.
- Huf G, Coutinho ESF, Adams CE. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *British Medical Journal*. 2007;335(7625):869. doi: 10.1136/bmj.39339.448819.AE.
- Junginger J, Parks-Levy J, McGuire L. Delusions and symptomconsistent violence. *Psychiatr Serv*. 1998;49:218–220.
- Khokhar MA, Rathbone J. Droperidol for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;15:12. doi: 10.1002/14651858.CD002830.pub3: CD002830.
- Mantovani C, Labate CM, Sponholz Jr A, Azevedo JMM, Guapo VG, de Simone Brito dos Santos ME, Pazin-Filho A, Del-Bem CM. Are low doses of antipsychotics effective in the management of psychomotor agitation? A randomized, rated-blind trial of 4 intramuscular interventions. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33(3):306–312. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182900fd6.
- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2010;32(suppl. 2):S96–S103: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>.
- Masand P, Correll CU, Yu X, Xiang Y, Kane JM. Biological treatment of acute agitation or aggression with schizophrenia or bipolar disorder in the inpatient setting. *Ann Clin Psychiatry*. 2017;29(2):92–107.
- McAllister-Williams RH, Ferrier IN. Rapid tranquillisation: time for a reappraisal of options for parenteral therapy. *Br J Psychiatry*. 2002;180:485–489.
- Merriam Webster Medical Dictionary. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/medical>.
- Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health. (2003) 7<sup>a</sup> ed. Saunders, Elsevier, Inc.
- NICE. (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, van Rixtel A, Allertz W. The staff observation aggression scale – revised (SOAS-R). *Aggr Behav*. 1999;25:197–209: doi:10.1002/(SICI)1098-2337(1999)25:3<197::AID-AB4>3.0.CO;2-C.
- Nolan P, Dallender J, Soares J, et al. Violence in mental health care: the

experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs.* 1999;30:934–941.

Nordstrom, K., Zun, L.S., Wilson, M.P., MD, V.S., Ng, A.T., Bregman, B., Anderson, E.L. (2012). Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1):3-10. Disponível em: <http://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6863>.

Raveendran NS, et al. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in India: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *British Medical Journal*. 2007;335(7625):865: 27.

Strout TD. Psychometric testing of the Agitation Severity Scale for acute presentation behavioral management patients in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J.* 2014;36(3):250–270: Jul-Sep.

Taylor P. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry*. 1985;147:491–498.

Wilson MP, et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *West Journal of Emergency Medicine*. 2012;13(1):26–34.

Woods P, Almvik R. The Broset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106:103–105.

---

## CAPÍTULO 8

# **Contenção física**

---

*Leonardo Baldaçara*

*Flávio Veloso Ribeiro*

*Daniel Cruz Cordeiro*

*Daniel Augusto Corrêa Vasques*

## **Pontos principais**

---

- A contenção física como medida terapêutica está indicada quando outras medidas falharam na abordagem da agitação psicomotora.
- Identificar situações que pode evoluir para o comportamento violento, assim como ficar atento aos fatores de proteção.
- Mesmo quando a contenção física for indicada, utilizar as técnicas de entrevista psiquiátrica e desescalada verbal para se comunicar com o paciente.
- Sempre registrar a decisão pela contenção, assim como indicações e evolução do procedimento.

- Ficar atento as situações que podem representar risco ao paciente com a contenção.
  - A indicação da contenção mecânica deve ser registrada no prontuário, assim como seu monitoramento e a evolução do estado do paciente.
-

## Introdução

A contenção física é uma medida terapêutica utilizada em pacientes em agitação psicomotora quando outras condutas foram ineficazes em acalmar o paciente. É realizada através de qualquer dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento, colocado adjacente ao corpo do paciente de forma que ele não possa controlar ou remover facilmente (MOT, 2005). Esses dispositivos restringem os movimentos da pessoa para protegê-la (EVANS, 2003; MOT, 2005).

Trata-se de medida frequente e necessária para a abordagem de pacientes graves com transtornos mentais. Entretanto, requer técnica e treinamento apropriado para que seja realizada de forma segura e com o menor número possível de complicações.

Por outro lado, as indicações de contenção podem virar rotina nos serviços de saúde e excluir as condutas menos invasivas. A equipe deve adotar mudanças de atitude, cultura e ambiente que possam não eliminar, mas permitir a redução da necessidade das contenções. (KNOX, 2011).

## **Fatores de risco, causas e fatores de proteção**

De 3,8% a 26% dos atendimentos por transtornos mentais acarretam em contenção física (ODAWARA, KNUTZEN, KALTIALA & KORKEILA, 2002; HÜBNER-LIEBERMANN et al., 2005; MARTIN, 2007; IRVING, 2004; MINNICK et al., 2007; HENDRYX et al., 2010; ARAÚJO et al., 2010; BRAGA et al., 2016; KALTIAILA-HEINO et al., 2000; KLIMITZ et al., 1998; ALEXANDER et al., 2004; ALLEN & CURRIER, 2004; LAVOIE, 1992; MIGON et al., 2008). As diferenças de contenção entre homens e mulheres variam, com estudos demonstrando maior proporção em homens (BRAGA et al., 2016; ARAÚJO et al., 2010; MIGON et al., 2008) e outras em mulheres (BECK et al., 2008; HUF et al., 2012).

Quanto aos diagnósticos nosológicos mais frequentes que levam a condição para contenção temos os transtornos psicóticos, uso e abuso de substâncias, transtornos do humor (BRAGA et al., 2016; MIGON et al., 2008), transtornos de personalidade tais como antissocial e borderline (BECK et al., 2008), episódio de mania e comorbidade entre psicose e abuso de substâncias (BENJAMINSEN et al., 1996). Quanto maior a gravidade da agitação maior a chance de contenção (MIGON et al., 2008).

Outros fatores relacionados com o risco de contenção são: pacientes jovens, angústia pelo confinamento, sensação de vitimização e humilhação, falta de regras claras (ALEXANDER et al., 2004), histórico de violência (BENJAMINSEN et al., 1996), admissão involuntária (BILANAKIS et al., 2010), fragmentação social, minoria étnica, imigrantes, tentativa de fuga (BOWERS, 2009), uso de sala de isolamento, em especial fechada, equipe masculina (BOWERS et al., 2010), enfermagem como alvo da violência (GUDJONSSON et al., 2004), autoagressões e comportamento suicida (HUSUM et al., 2010), hostilidade na admissão.

## Critérios diagnósticos ou ferramentas para avaliação

A principal indicação do uso de contenção física está na falha de outras medidas para acalmar e/ou proteger o paciente.

Também pode ser indicada para alguns tipos de exames e tratamentos, como em pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos e curativos. Uma boa avaliação do estado mental pode estabelecer bons critérios para determinar uma conduta eficiente.

A avaliação do paciente para a indicação da contenção deve ser realizada através da entrevista, observação das atitudes do paciente, avaliação do seu grau de colaboração e previsão do risco de causar dano a si ou a outrem com a crítica prejudicada. As escalas para agitação e agressividade podem auxiliar a mensurar o grau de agitação e, posteriormente, sua melhora para decidir sobre a retirada da contenção. Essas e outras escalas estão citadas no Capítulo 5.

As informações sobre o paciente antes e durante a execução da contenção devem ser registradas em prontuário. Ao final deste capítulo há uma proposta de registro do procedimento.

## **Abordagem**

É importante relembrar que a contenção física é uma medida de proteção para o paciente, quando outras não foram eficazes. Essa conduta está fundamentada no Código de Ética Médica, nas Resoluções e Pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina e Conselho Federal de Enfermagem. Seguem alguns documentos que sustentam sua indicação: Resolução CFM nº 1598/2000, Parecer CRMPR nº 1.317/2001, Resolução CFM nº 2057/2013, Parecer CRM-PR 2474/2014, Parecer CREMESP nº 175.956/14. Esses documentos preconizam que a contenção deve ser prescrita e supervisionada por médico. Além de que deve ser registrada em prontuário e monitorizada com registro periódico.

Por outro lado, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 427/2012, art. 1º, solicita que os profissionais de enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

Os profissionais que estão habilitados para esse atendimento são médicos e toda equipe de enfermagem. Mas, o parecer emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (Parecer 2.456/2014), aprovado em Sessão Plenária 3.447<sup>a</sup>, de 10/03/2014, entende que profissionais de segurança, devidamente treinados, podem auxiliar a equipe médica e de enfermagem na contenção. Nossa sugestão é de que o médico acompanhe e indique a contenção, visto que toda contenção deve ser acompanhada de prescrição medicamentosa.

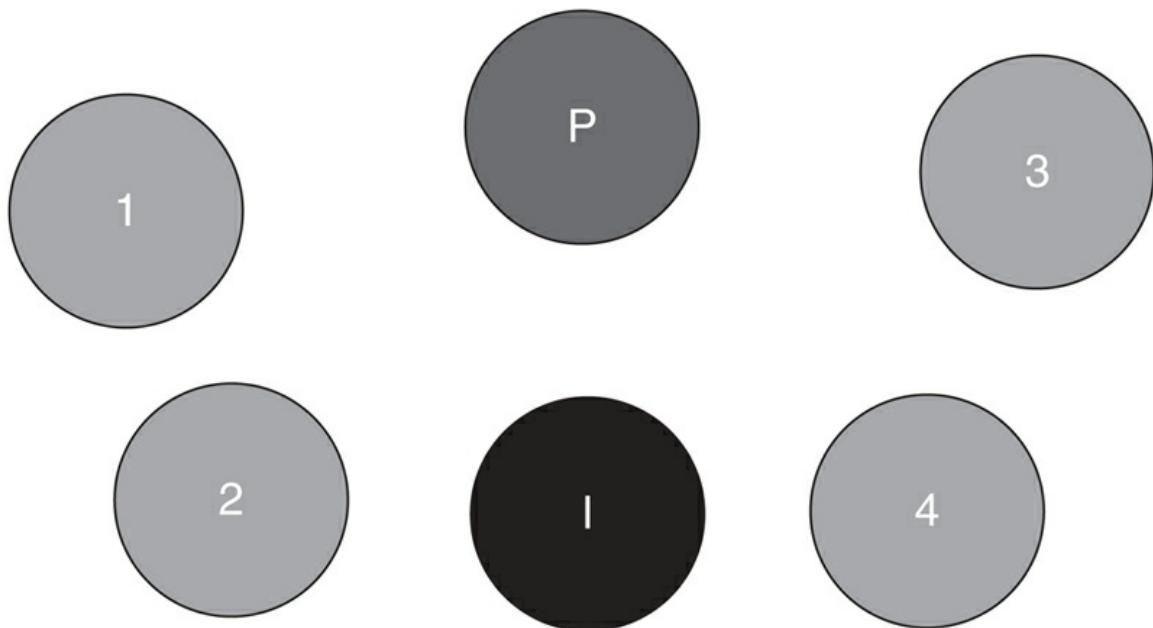
Quanto ao material, existem diversos tipos, desde materiais feitos de tecido, couro e até lona. Nas figuras ao final deste capítulo apresentamos os principais modelos mais disponíveis no mercado ou que podem ser confeccionados pelos próprios serviços de saúde.

O importante é que o tipo de contenção permita a imobilização do

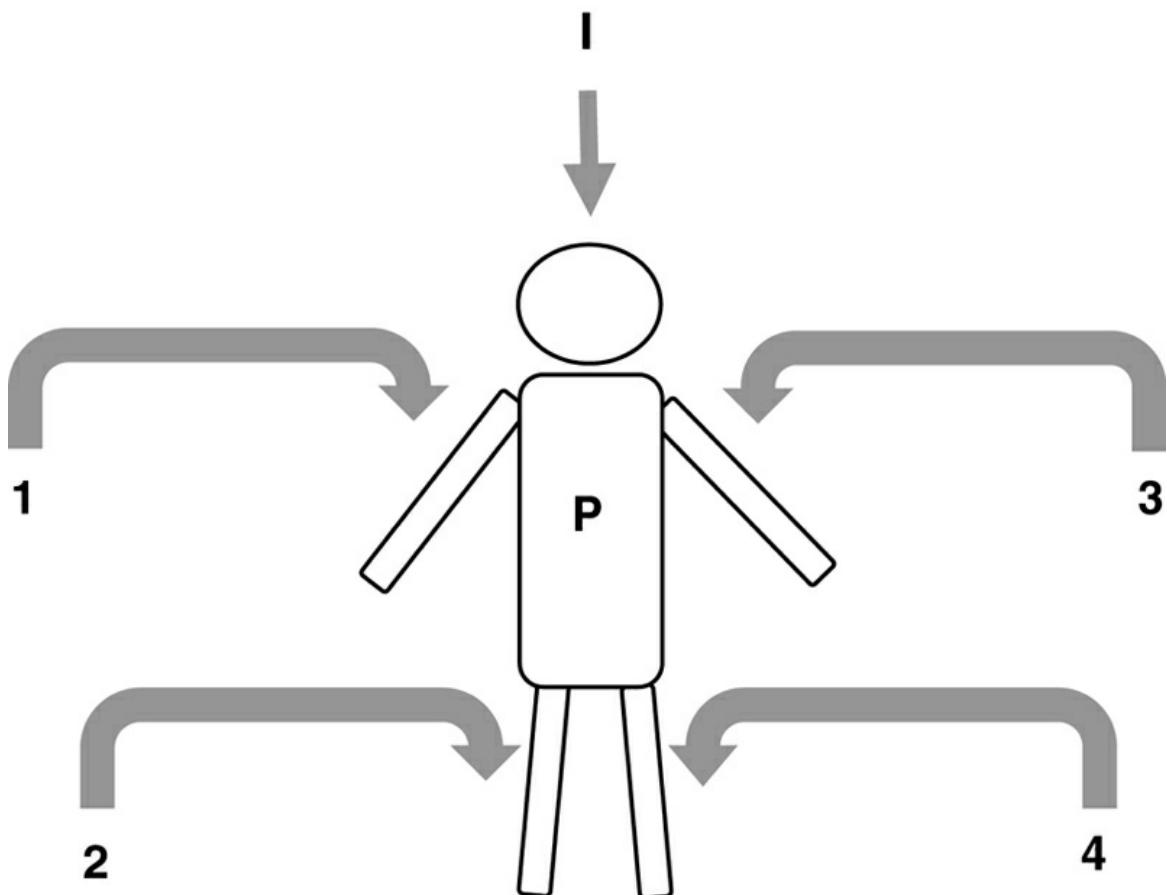
paciente, porém sem causar dano e que possa ser montada e desmontada de forma rápida por qualquer pessoa treinada.

## Abordando e imobilizando o paciente

É necessário que a contenção física seja feita por pelo menos cinco pessoas treinadas. Cada profissional da equipe deve ficar responsável por imobilizar um membro específico e a quinta pessoa se encarrega de fazer o diálogo com o paciente (Figura 8.1 a 8.8).



**FIGURA 8.1** Abordagem do paciente agitado por equipe de 5 pessoas. Formação do semicírculo onde I (Interlocutor) conversa com o P (Paciente) e o comunica da tomada da decisão. Os demais membros da equipe 1, 2, 3 e 4 posicionam-se ao redor do paciente, à sua frente e na lateral.



**FIGURA 8.2** Abordagem do paciente agitado por equipe de 5 pessoas. O Membro da Equipe 1 imobiliza o Membro Superior Direito do paciente, o Membro da Equipe 2 imobiliza o Membro Inferior Direito do paciente, o Membro da Equipe 3 imobiliza o Membro Superior Esquerdo do paciente e o Membro da Equipe 4 imobiliza o Membro Inferior Direito do paciente. I (Interlocutor) fica responsável por conversar, abrir as portas e proteger a cabeça do paciente. A equipe aproxima-se pela lateral do paciente e imobiliza cada membro por trás. Aproximar-se pela frente ou pelas costas pode acarretar em golpe pelo paciente. Todos os membros da equipe devem se aproximar após o comando do I (Interlocutor). O paciente será então conduzido a uma cama e deve ser colocado em decúbito dorsal.



**FIGURA 8.3** Equipe de 5 pessoas com um interlocutor informando o paciente sobre o procedimento. *Fonte:* Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).



**FIGURA 8.4** Imobilização dos membros superiores.

Fonte: Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).



**FIGURA 8.5** Imobilização dos membros inferiores. *Fonte:*  
Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).



**FIGURA 8.6** Proteção da cabeça. *Fonte:* Modificado de Arruda Filho et al. (2011).



**FIGURA 8.7** Após comando do interlocutor a equipe imobiliza os quatro membros ao mesmo tempo. *Fonte:* Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).





**FIGURA 8.8** O quinto membro (pode ser o interlocutor ou não) imobiliza a cabeça do paciente para proteção.

Fonte: Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).

Uma vez tomada a decisão, o paciente deve ser informado de forma clara e objetiva. Após a comunicação não é possível retroceder, visto que tal atitude pode ser interpretada como coação. O primeiro membro após comunicar o paciente dá sinal à equipe, que chega ao paciente por suas laterais, realiza a imobilização do mesmo e o conduz a uma cama.

O paciente deve ser então colocado em decúbito dorsal, com os membros levemente abertos e encostados no leito. Cada membro então deve ser contido de forma separada, sendo a imobilização por 4 inserções a mais indicada. Caso o paciente esteja muito agitado é possível que cada membro receba duas contenções, no total de 8 por paciente. E, mesmo assim, é possível colocar uma contenção sobre o tórax do paciente para assegurar que não se levante.

As contenções devem ser presas as partes fixas da cama, evitando o uso das grades móveis, visto o risco de lesões que podem ser causadas pela movimentação dos membros.

Durante a contenção não se realiza: obstrução do nariz e/ou da boca, restrições físicas por tempo prolongado, sedação sem supervisão, torções, coação, negociação da retirada da contenção sem medicar o paciente adequadamente, empurrões, golpes.

O paciente deve, então, ser colocado em decúbito dorsal e ter os membros imobilizados por quatro profissionais até a fixação da contenção ([Figura 8.9](#)). A contenção é fixada por um membro da equipe enquanto os demais seguram o paciente ([Figura 8.10](#)).



**FIGURA 8.9** Paciente sendo immobilizado no leito. Ele deve ser colocado em decúbito dorsal e ter os membros immobilizados por quatro profissionais até a fixação da contenção. *Fonte:* Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).



**FIGURA 8.10** Contenção sendo inserida por um membro da equipe enquanto os demais imobilizam o paciente. *Fonte:* Modificado de Arruda Filho et al. (2011).

## Fixação da contenção

### 1<sup>a</sup> Etapa

Com o paciente colocado no leito em decúbito dorsal horizontal, aplica-se a faixa sobre o membro a ser contido com o furo central voltado para fora (Figura 8.11).



**FIGURA 8.11** Fixação da contenção 1<sup>a</sup> Etapa Com o paciente colocado no leito em decúbito dorsal, aplica-se a faixa sobre o membro a ser contido com o furo central voltado para fora. *Fonte:* Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

## 2<sup>a</sup> Etapa

Passa-se uma das pontas da faixa pelo furo central, envolvendo o membro ([Figura 8.12](#)).



**FIGURA 8.12** Passa-se uma das pontas da faixa pelo furo central, envolvendo o membro. *Fonte:* Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

### 3<sup>a</sup> Etapa

Ajusta-se o comprimento das pontas para que fiquem isométricas e ao mesmo tempo aplica-se pressão sobre o membro para que a contenção não fique frouxa. Deve-se deixar um a dois dedos de folga para evitar garroteamento ([Figura 8.13](#)).



**FIGURA 8.13** Ajusta-se o comprimento das pontas para que fiquem isométricas e ao mesmo tempo aplica-se pressão sobre o membro para que a contenção não fique

frouxa. Deve-se deixar um a dois dedos de folga para evitar garroteamento. *Fonte:* Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

#### **4<sup>a</sup> Etapa**

Dá-se um nó na faixa próximo ao membro que será contido ([Figura 8.14](#)).



**FIGURA 8.14** Dá-se um nó na faixa próximo ao membro que será contido. *Fonte:* Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

#### **5<sup>a</sup> Etapa**

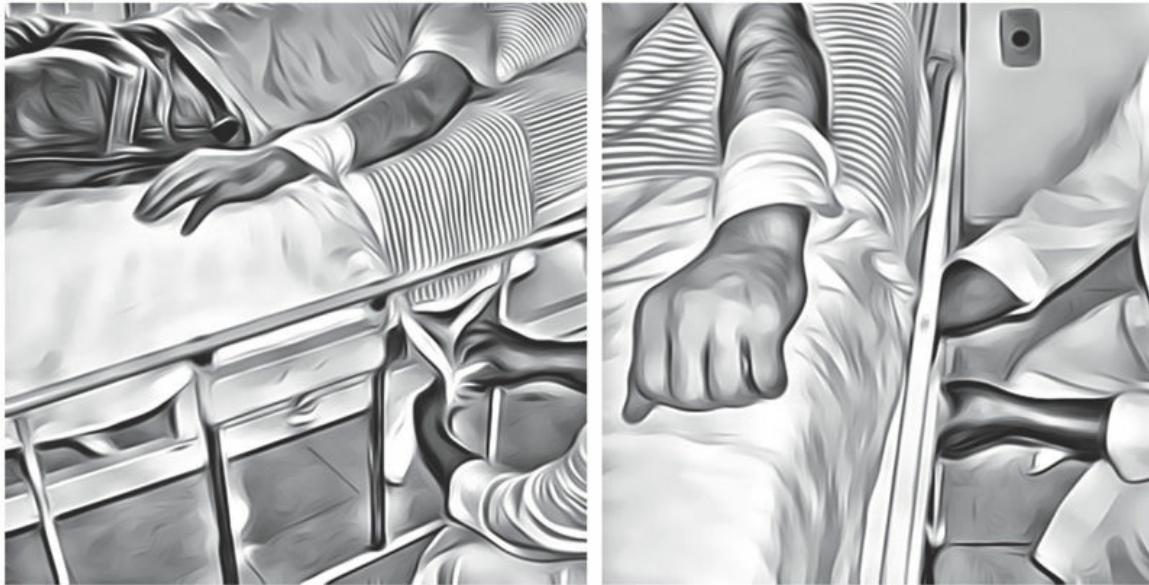
Enrola-se a faixa (forma de trança) até quase a outra extremidade, para dar maior firmeza e resistência e para que tenha seu comprimento diminuído ([Figura 8.15](#)).



**FIGURA 8.15** Enrola-se a faixa (forma de trança) até quase a outra extremidade, para dar maior firmeza e resistência e para que tenha seu comprimento diminuído.  
Fonte: Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

## 6<sup>a</sup> Etapa

Amarra-se a faixa no leito. Evitar amarrá-la na grade lateral, ou seja, em áreas móveis da maca ([Figura 8.16](#)).



**FIGURA 8.16** Amarra-se a faixa no leito. Evitar amarrá-la na grade lateral, ou seja, em áreas móveis da maca.

Fonte: Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

## Posição final

- Contenção com 4 faixas (antebraços e pernas) ([Figura 8.17](#)).
- Contenção com 8 faixas (antebraços e braços) ([Figura 8.18](#)).
- Membros e contenção de tórax (9 faixas) ([Figura 8.19](#)).



**FIGURA 8.17** Contenção com 4 faixas (antebraços e pernas). *Fonte:* Modificado de [Vasques \(2007\)](#).



**FIGURA 8.18** Contenção com 8 faixas (antebraços e braços). *Fonte:* Modificado de Vasques (2007).



**FIGURA 8.19** Membros e contenção de tórax (9 faixas).

Fonte: Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

## O que não fazer

Torções, imobilizações na forma de golpe, posições de imobilização com risco de lesão de articulações ([Figura 8.20](#)).



**FIGURA 8.20** O que não deve ser feito: torções, imobilizações na forma de golpe, posições de imobilização com risco de lesão de articulações. *Fonte:* Modificado de [Vasques \(2007\)](#).

Passagem da contenção pela via axilar pelo risco de lesão de plexo ([Figura 8.21](#)).



**FIGURA 8.21** O que não deve ser feito: passagem da contenção pela via axilar pelo risco de lesão de plexo.

Fonte: Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).

## **Monitoramento e retirada da contenção**

O paciente deve ficar contido até que esteja tranquilo (não é necessário que esteja dormindo ou livre de sintomas). Para tal, todo paciente que for contido deve ser medicado. A justificativa do procedimento, assim como a avaliação periódica do paciente, incluindo exame físico, estado dos membros contidos (pulso, coloração, movimentos), pressão arterial e frequência cardíaca devem ser registrados em prontuário. A avaliação periódica deve ser feita a cada 15 a 30 minutos e o paciente deve estar sempre visível para a equipe.

## Complicações e riscos

A contenção física pode apresentar complicações. Por esse motivo, o monitoramento é imprescindível, atentando-se aos sinais do [Quadro 8.1](#). Lembre-se de que a melhor forma de evitá-las é utilizar a contenção pelo menor tempo necessário. Então, é importante reforçar: para evitar que tal medida seja interpretada como coação ou cárcere, justificar sempre seu uso no prontuário para proteção do paciente e retirá-la assim que possível.

---

### Quadro 8.1

#### Principais indicações da contenção física

---

- Agitação psicomotora severa
  - Estados de violência
  - Risco de suicídio
  - Estado confusional agudo
  - Risco de fuga associado à perda de crítica e/ou involuntariedade da internação
- 

---

### Quadro 8.2

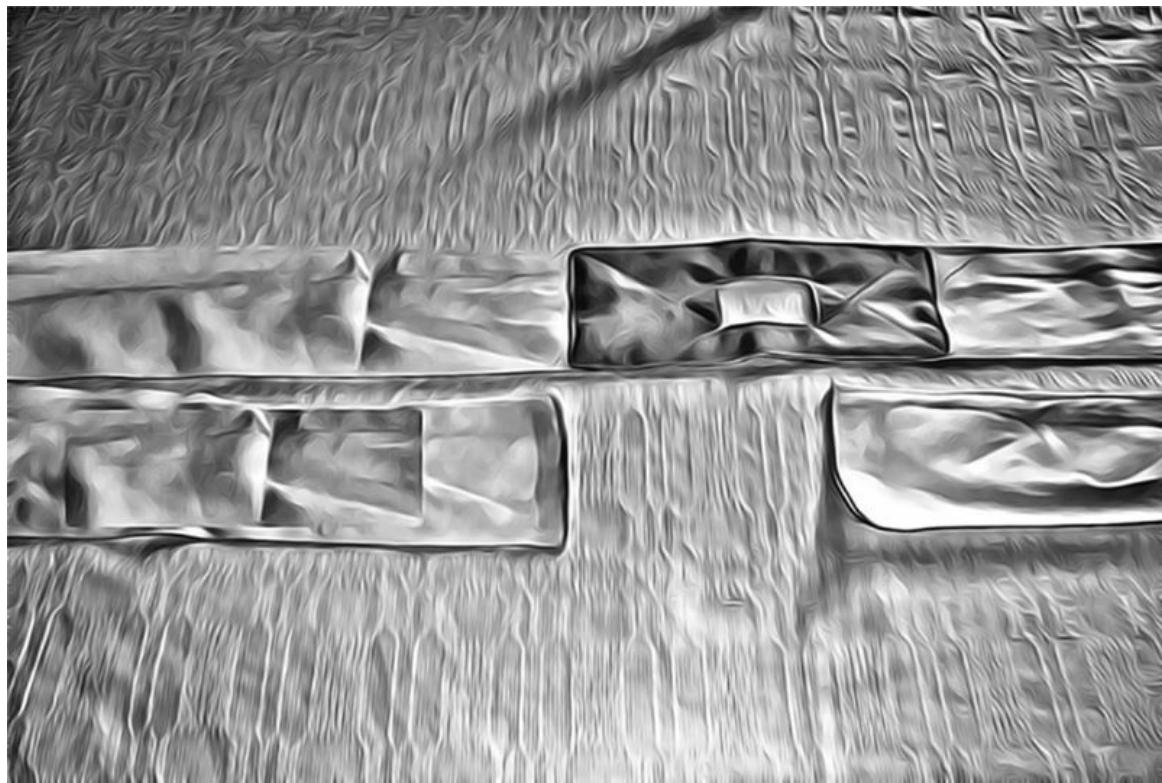
Para o paciente	Para a equipe
Lesão de pele Isquemia do membro Lesão do plexo braquial Fraturas Desidratação Morte súbita Queda Rabdomiólise Engasgo Sufocamento Úlcera de pressão Compressão da caixa torácica	Agressão Escoriações e outros ferimentos Contato com fluidos em mucosas Quedas

## **Isolamento (*seclusion*)**

A técnica do isolamento (*seclusion*) trata-se do confinamento involuntário do paciente em uma sala especial, que pode permanecer trancada ou destrancada. Apesar de ser uma medida aparentemente menos agressiva, não há evidência científica de que garanta a segurança do paciente e das pessoas ao redor de forma mais eficaz do que a contenção física tradicional. Cabe ao profissional o bom senso de utilizá-la ou não; um fator que deve ser primordialmente considerado é a disponibilidade de local adequado. Entretanto, em casos de pacientes agitados, agressivos, ansiosos ou em outras situações de risco, a simples condução do mesmo para um local com menor fluxo de pessoas, menor intensidade luminosa e sonora, pode ser suficiente para evitar medidas mais invasivas.

## **Tipos de contenção**

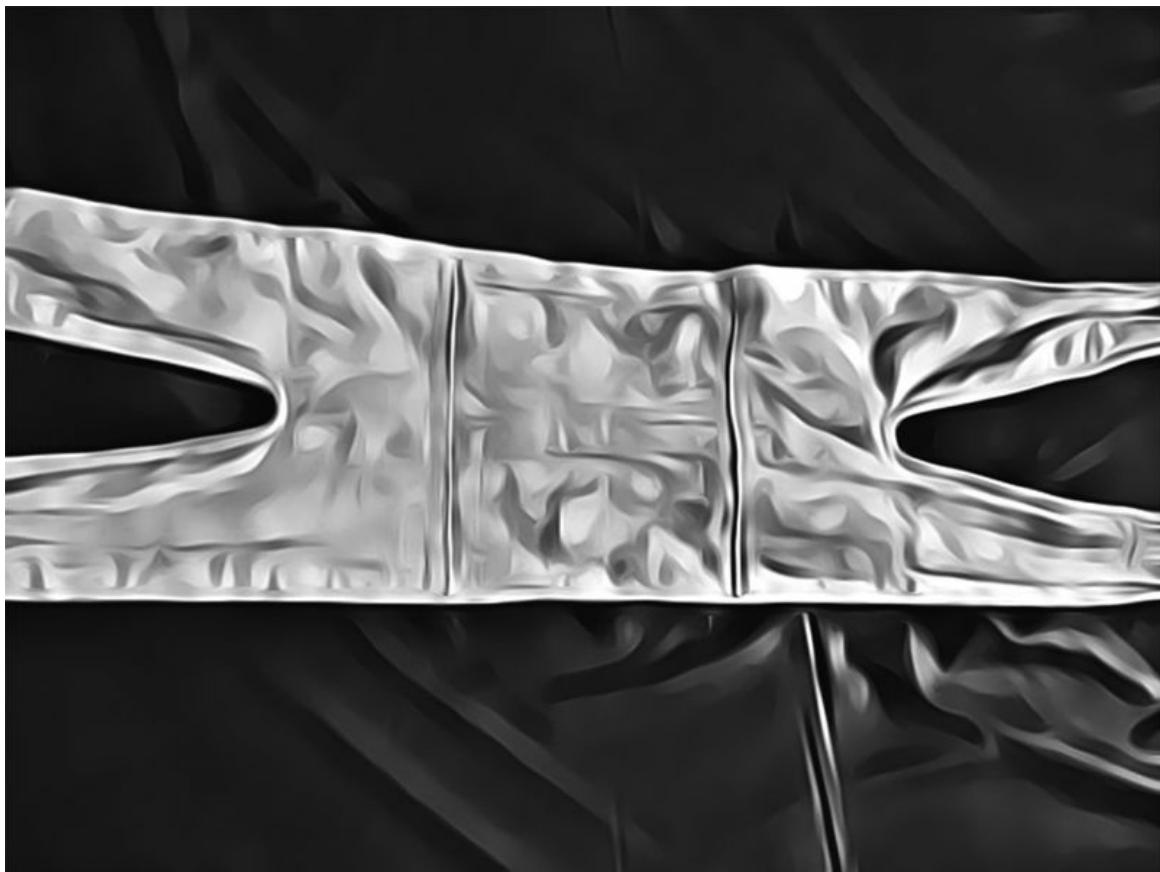
- Faixas de tecidos, mais comuns e de fácil confecção em qualquer serviço de saúde. Se possível deixar um furo no meio para facilitar a realização do nó ([Figura 8.22 e 8.23](#)).
- Contenção para tórax ([Figura 8.24](#)).
- Contenções de extremidade de algodão ou tecido com mecanismo de ajuste ([Figura 8.25](#)).
- Contenções de extremidade de nylon ou lona ([Figura 8.26](#)).
- Contenção de extremidade com proteção para as mãos e dedos. Evita que o paciente retire a contenção ou cateteres e o protege de autolesões ([Figura 8.27](#)).
- Contenção de extremidade de couro com acolchoamento ([Figura 8.28](#)).
- Contenção para pacientes cognitivamente comprometidos para evitar quedas da cadeira ([Figura 8.29](#)).



**FIGURA 8.22** Faixas de tecidos, mais comuns e de fácil confecção em qualquer serviço de saúde. *Fonte:* Modificado de [Vasques \(2007\)](#).



**FIGURA 8.23** Faixas de tecidos, mais comuns e de fácil confecção em qualquer serviço de saúde. Se possível deixar um furo no meio para facilitar a realização do nó.  
Fonte: Modificado de [Arruda Filho et al. \(2011\)](#).



**FIGURA 8.24** Contenção para tórax. *Fonte:* Modificado de Arruda Filho et al. (2011).



**FIGURA 8.25** Contenções de extremidade de algodão ou tecido com mecanismo de ajuste.



**FIGURA 8.26** Contenções de extremidade de nylon ou lona.



**FIGURA 8.27** Contenção de extremidade com proteção para as mãos e dedos. Evita que o paciente retire a contenção ou cateteres e o protege de autolesões.



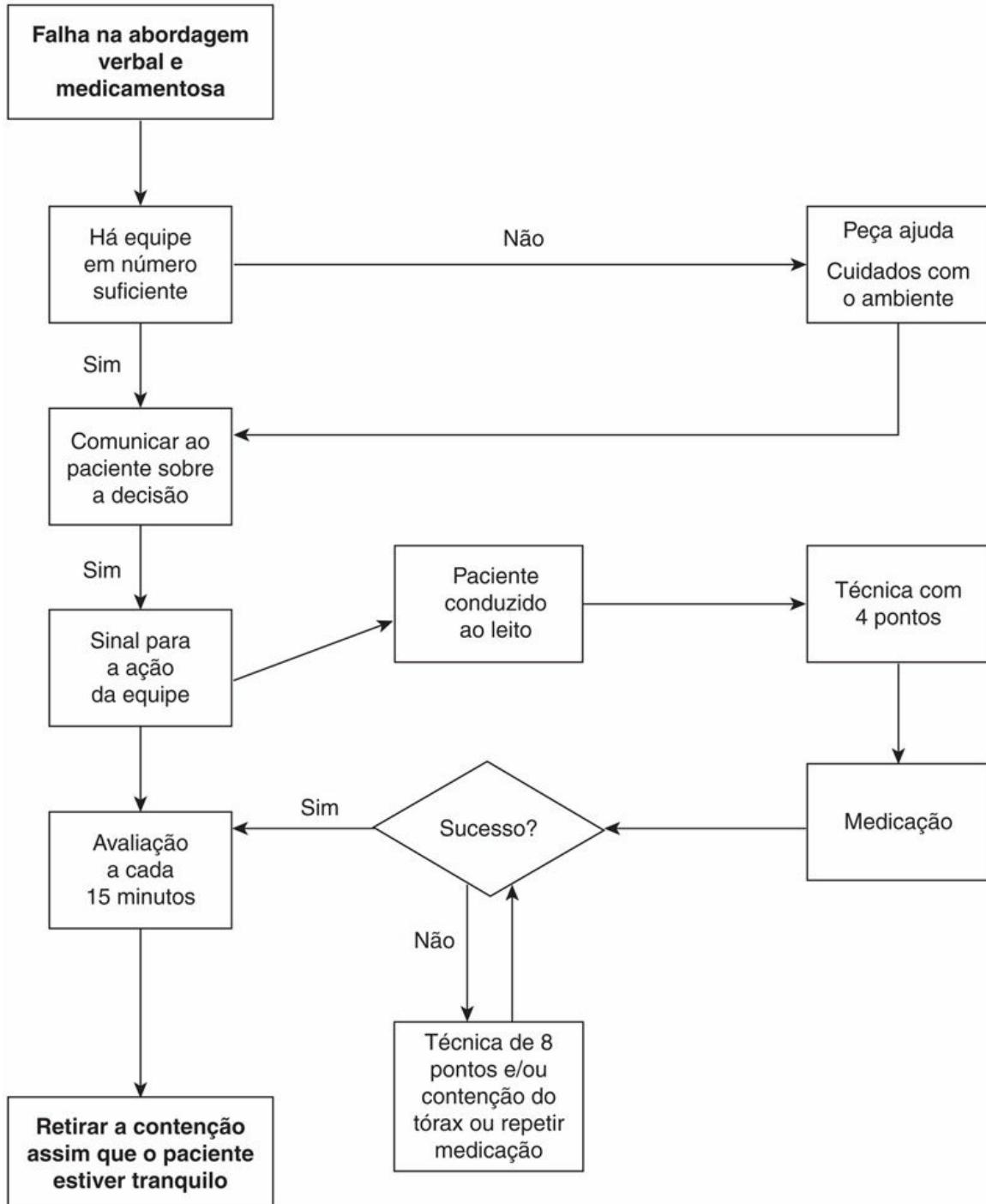
**FIGURA 8.28** Contenção de extremidade de couro com acolchoamento.



**FIGURA 8.29** Contenção para pacientes cognitivamente comprometidos para evitar quedas da cadeira.

## Questões para estudo

- Quando indicar contenção mecânica?
- Sinais na entrevista psiquiátrica que podem preceder com comportamento agressivo?
- Que rotina seguir após determinar contenção mecânica?
- Contenção física deverá ser avaliada de forma técnica como medida terapêutica, tal conduta deverá ser registrada no prontuário do paciente.



### **Formulário de registro para contenção física**

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data de internação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Foi explicada a necessidade de contenção mecânica:  
 ao paciente                    à família  
 não foi falado com nenhum deles

Data da indicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura dos responsáveis da indicação

Enfermeiro

Médico

Indicação da contenção:

Qualquer indicação de contenção de movimentos se entende, inicialmente por um tempo máximo de 2 horas

- Risco de lesão ao próprio paciente
- Risco de lesões a outras pessoas
- Para reduzir estímulos sensoriais
- Solicitação voluntária do paciente e justificada clinicamente
- Para prevenir a descontinuação do tratamento
- Para prevenir quedas de pacientes sonolentos que recusam repouso

Tipo de contenção:

- membros superiores                    membros inferiores
- tórax

Descrever a situação clínica do paciente (resumidamente)

---

---

---

Meios fracassados utilizados antes da contenção mecânica

- Verbal                                    Medicação por via oral
- Medicação parenteral                    Realização de atividades
- Não havia outra opção                    Não se tentou nada anteriormente
- Atendida a solicitação do paciente (conversar/telefonar para familiares ou outros)

Observações: Nos casos em que o paciente necessitar permanecer contido por mais de 30 minutos, deve-se reavaliar o mesmo e anotar abaixo.

Descrever a situação clínica do paciente (resumidamente)

Horário: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

---

---

## Referências

- Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry*. 2004;185:63–69.
- Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(1):42–49.
- Araújo E, Martins E, Adams C, Coutinho E, Huf G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro [Survey on the use of restraints in a large psychiatric hospital in Rio de Janeiro city]. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:94–98.
- Arruda Filho J, Santos AE, Oliveira FS. Enfermagem na dependência química além das técnicas de contenção física e mecânica adequada. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, eds. *Dependência química*. Porto Alegre: Artmed; 2011:221–234.
- Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry*. 1991;148(11):1562–1565.
- Beck NC, Durrett C, Stinson J, Coleman J, Stuve P, Menditto A. Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1027–1032.
- Beghi M, et al. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatri*. 2013;48(1):10–22.
- Benjaminsen S, Gotzsche-Larsen K, Norrie B, Harder L, Luxhoi A. Patient violence in a psychiatric hospital in Denmark. Rate of violence and relation to diagnosis. *Nord J Psychiatry*. 1996;50:233–242.
- Bilanakis N, Kalampokis G, Christou K, Peritogiannis V. Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56:402–411.
- Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatr Serv*. 2009;60:231–239.
- Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H, et al. The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the City-128 Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010;24:275–286.
- Braga IP, Souza JC, Leite MB, Fonseca V, Silva EM, Volpe FM. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de

- risco. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(1):53–59.
- CFM. (2000) Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1598/2000. (Publicado no D.O.U, 18 de agosto de 2000, Seção I, p.63).
- CFM. (2013) Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.057/2013. (Publicado no D.O.U. de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165-171).
- COFEN. (2012) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 427/2012.
- Cordeiro DC, Baldaçara L. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- Cordeiro, Q. Morana, H.C.P. (2015) Cremesp publica parecer sobre contenções física e mecânica no atendimento psiquiátrico. Psychiatryonline Brasil, v. 22. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano15/for0615.php>. Acesso em fevereiro 2017.
- CREMESP. (2014) Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer nº 175.956/2014.
- CRMSP. (2001) Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará. Parecer n. 1371/2001. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2001/1317\\_2001](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2001/1317_2001)
- CRMSP. (2014) Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará. Parecer n. 2474/2014.
- Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint device: A systemic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41:274–282.
- Falie P, Ribeiro A, Tamashiro C, Abate E, Silva JP. In: Cordeiro DC, Baldaçara L, eds. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. (2012) Contenção Física dos pacientes em quadro de agitação psicomotora. In: Diretrizes Clínicas. Procedimento Operacional Padrão – Protocolo Clínico.
- Garriga, M. et al. (2016) The World Journal of Biological Psychiatry, v. 17, n. 2, p. 86-128.
- Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *Br J Psychiatry*. 2004;184:258–262.
- Hendryx M, Trusevich Y, Coyle F, Short R, Roll J. The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. *J Behav Health Serv Res*. 2010;37:272–281.
- Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Iwai K, Cording C. Treatment of schizophrenia: implications derived from an intercultural hospital comparison between Germany and Japan. *Int J Soc Psychiatry*.

2005;51:83–96.

Huf G, Coutinho ES, Adams CE, TREC-SAVE Collaborative Group. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med*. 2012;42(11):2265–2273.

Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:89.

Irving K. Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. *Aust J Adv Nurs*. 2004;21:23–27.

Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry*, 2000. 2000;15:213–219: doi:10.1016/S0924-9338(00)00223-6.

Klmitz H, Uhlemann H, Fähndrich E. Are restraints used too frequently? Indications, incidence and conditions for restraint in a general psychiatric department. A prospective study. *Psychiatr Prax*. 1998;25:235–239.

Knox, D.K., Holloman, G.H. (2011) Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. Disponível em: [http://escholarship.org/uc/uciem\\_westjem](http://escholarship.org/uc/uciem_westjem).

Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint – a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res*, 2014. 2014;215(1):127–133.

Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. *Nord J Psychiatry*, 2002. 2002;56:339–345.

Lavoie FW. Consent, involuntary treatment, and the use of force in an urban emergency department. *Ann Emerg Med*. 1992;21(1):25–32.

Mantovani, C., Migon, M.N., Alheira, F.V., Del-Ben, C.M. (2010) Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600006&script=sci\\_abstract&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600006&script=sci_abstract&tlang=pt).

Martin V, Bernhardsgütter R, Goebel R, Steinert T. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Mental Health*.

2007;3:1.

- Migon MN, Coutinho ES, Huf G, Adams CE, Cunha GM, Allen MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(3):263–268.
- Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39:30–37.
- Mot S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*. 2005;11:95–101.
- Odawara T, Narita H, Yamada Y, Fujita J, Yamada T, Hirayasu Y. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2005. 2005;59(5):605–609.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017: 2017.
- Schwiderski, A.C., Tchaikovski Jr., O., Manzarra, S. (2013) Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica. Revisado em outubro de 2013. Acesso em:  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contencao\\_mecanica.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contencao_mecanica.pdf).
- The World Journal of Biological Psychiatry. (2016) Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus, v. 17, n. 2, p. 86–128. Disponível em:  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15622975.2015.1132007>.
- UNIFESP. (2013) Universidade Federal de São Paulo. Procedimento Operacional Padrão: Contenção Física.
- Vasques D. Agitação e agressividade. In: Cordeiro DC, Baldaçara L, eds. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007:25–47.

---

## CAPÍTULO 9

# **Comportamento suicida**

---

*Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro*

## **Pontos principais**

---

- O atendimento em emergências psiquiátricas deve assegurar:
  - A avaliação dos fatores de risco e dos fatores de proteção.
  - Avaliação do risco iminente de suicídio.
  - Procedimentos frente ao risco iminente.
  - Posvenção do suicídio: os sobreviventes.
-

## Introdução

O suicídio é um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as culturas. É um comportamento com determinantes multifatoriais, resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve ser considerado o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo ([CFM/ABP, 2014](#)). O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Fazem parte do chamado comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio ([MELEIRO et al., 2004](#)).

O suicídio e a tentativa são um problema grave de saúde pública. O estigma e preconceito em torno do tema suicídio são muito grandes. No contexto mundial, segundo a OMS, aproximadamente 1,5 milhão de pessoas morrerão por suicídio em 2020, e aproximadamente 10 a 40 vezes mais pessoas tentarão suicídio ([WHO, 2014](#)). Atualmente, a cada 40 segundos uma pessoa comete o suicídio, e a cada três segundos uma tenta suicídio. O maior de todos os desastres ecológicos do mundo. Infelizmente, a idade média das pessoas que cometem suicídio está cada vez mais baixa, acometendo os jovens. O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado um aumento de 30% em jovens. Cada suicídio tem impacto na vida de pelo menos outras 5 a 10 pessoas ([CFM/ABP, 2014](#)). Os números brasileiros devem, entretanto, ser analisados com cautela, pela subnotificação dos números de suicídios e pela grande variabilidade regional nas taxas no Brasil. A região Sul apresenta maior taxa (8,2/100 mil habitantes), seguida pela

região Centro-oeste (6,3/100 mil habitantes).

Estima-se que o número de suicídios seja maior do que o registrado. Devido ao estigma, muitas declarações de óbito omitem a informação sobre suicídio, corroborando para o não conhecimento real dos números absolutos.

Dezenas de pacientes entram nos Serviços de Emergência Psiquiátrica e são diagnosticados como tentativas de suicídio por intoxicação exógena, traumatismos, queimaduras, ferimentos por arma de fogo ou arma branca e acidentes automobilísticos. Estes demandam atenção de clínicos e cirurgiões do Pronto-Socorro e das Unidades Intensivas de Tratamento, e consomem grandes recursos de saúde (MELEIRO et al., 2004). Pacientes que tentaram suicídio previamente têm entre cinco a seis vezes maior chance de tentar novamente, caracterizando-os como um grupo de maior risco, exigindo atenção especial. A assistência prestada a pessoas que tentaram o suicídio é uma estratégia fundamental na prevenção da vida (CFM/ABP, 2014).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) abrange a hierarquização do atendimento nas esferas primária, secundária e terciária e, portanto, a avaliação de potenciais vítimas de suicídio é realizada por médicos generalistas e outros membros das equipes de atenção primária nos Serviços de Emergência Psiquiátrica. Há um descaso dado à tentativa de suicídio como evento de pouca gravidade na rotina do pronto-socorro (CFM/ABP, 2014). O estigma e preconceito em torno do tema suicídio ainda são enormes. Como as tentativas de suicídio são tidas como atos voluntários e, portanto, evitáveis, a equipe médica passa a liberar esses pacientes sem avaliação adequada, não solicitam uma avaliação psiquiátrica do paciente e não encaminham para um serviço de saúde mental (DIEHL & LARANJEIRA, 2009). Os estudos mostram que aproximadamente 15% dos pacientes que chegaram ao hospital geral após tentativa de suicídio tornaram a fazer nova tentativa no ano seguinte; 75% das pessoas que tentaram suicídio haviam procurado serviço de cuidados primários antes do ato, e 45% delas no mês anterior ao ato letal (MELEIRO, 2013).

Frente a esse sério problema, como avaliar adequadamente o potencial suicida? Como reconhecer os indivíduos suscetíveis antecipadamente? Quando liberar o paciente após uma tentativa frustrada de autoeliminação? Infelizmente não há testes preditivos ou critérios clínicos que anteveem quem irá ou não cometer suicídio. O risco de suicídio é uma urgência médica devido ao que pode acarretar ao indivíduo, como desde lesões graves e incapacitantes, até a sua morte ([MELEIRO et al., 2004](#)). Pretende-se auxiliar o médico, que trabalha em centros de atenção primária, consultório, ambulatório e hospitalares, na identificação e avaliação de pacientes com ideação suicida ou com tentativas de suicídio anteriores, bem como a sua adequada conduta médica e encaminhamento ao tratamento psiquiátrico especializado.

## Fatores de risco e fatores de proteção

Os médicos ainda não podem prever exatamente quem irá se suicidar, mas podem tentar reduzir os riscos. O reconhecimento dos fatores de risco e dos fatores protetores é fundamental e pode ajudar o profissional de saúde a determinar clinicamente o risco, e a partir dessa determinação estabelecer estratégias para reduzi-lo (NEVES et al., 2014). O detalhado conhecimento dos fatores de risco pode auxiliar os médicos a delimitar populações nas quais os eventos poderão ocorrer com maior frequência (Quadro 9.1).

---

### Quadro 9.1

#### Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida

---

Doenças mentais	Aspectos sociais
<ul style="list-style-type: none"><li>• Depressão</li><li>• Transtorno bipolar</li><li>• Transtornos mentais relacionados com o uso de álcool e outras substâncias</li><li>• Transtornos de personalidade</li><li>• Esquizofrenia</li><li>• Aumento do risco com associação de doenças mentais</li><li>• Paciente bipolar que seja também dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gênero masculino</li><li>• Idade entre 15 e 30 anos e acima de 75 anos</li><li>• Sem filhos</li><li>• Moradores de áreas urbanas</li><li>• Desempregados ou aposentados</li><li>• Aposentados</li><li>• Isolamento social</li><li>• Solteiros ou separados ou viúvos</li><li>• Populações indígenas, adolescentes, moradores de rua</li></ul>
Aspectos psicológicos	Condição de saúde limitante
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perdas recentes</li><li>• Pouca resiliência</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doenças orgânicas incapacitantes</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável</li> <li>• Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância</li> <li>• Desesperança, desespero, desamparo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor crônica</li> <li>• Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Hungtinton)</li> <li>• Trauma medular</li> <li>• Tumores malignos</li> <li>• AIDS</li> </ul>
<b>Suicidabilidade</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio</li> </ul>	

Fonte: [CFM/ABP \(2014\)](#).

Os dois principais fatores de risco são:

## Tentativa prévia de suicídio

É o fator preditivo isolado mais importante. Pacientes que tentaram suicídio previamente tem 5 a 6 vezes mais chances de tentar suicídio novamente e 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente.

## Doença mental

Quase todos os suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada. Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, alcoolismos e abuso/dependência de outras drogas, transtornos de personalidade e esquizofrenia ([TURECKI et al., 2012](#)). Pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um risco aumentado, ou seja, quanto mais diagnósticos, maior o risco.

## **Outros fatores de risco**

### **Desesperança, desespero, desamparo e impulsividade**

Sentimento de desesperança, desamparo e desespero são fortemente associados ao suicídio. É preciso estar atento, pois a desesperança pode persistir mesmo após remissão de outros sintomas depressivos. A pessoa tem pensamentos atuais de morte, pensamentos suicidas, tem planos e/ou meios para se matar ([CFM/ABP, 2014](#)).

Impulsividade, principalmente entre jovens e adolescentes, figura como importante fator de risco. A combinação de impulsividade, desesperança e abuso de substâncias pode ser particularmente letal.

### **Idade**

O suicídio em jovens aumentou em todo o mundo nas últimas décadas e também no Brasil e hoje no nosso país o suicídio é a terceira principal causa de morte nessa faixa etária. Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência e abuso físico e sexual na infância.

O suicídio também é elevado entre os idosos, devido a fatores como: perda de parentes, sobretudo do cônjuge, solidão, existência de enfermidades degenerativas e dolorosas, sensação de estar dando muito trabalho à família e ser um peso morto para os outros ([CFM/ABP, 2014](#)).

### **Gênero**

Os óbitos por suicídio são em torno de três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio são em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres. Papéis masculinos tendem a estar associados a maiores níveis de força, independência e comportamentos de risco ([WHO, 2014](#)). O

reforço a esse papel de gênero muitas vezes impede os homens de procurar ajuda para os sentimentos suicidas e de depressão. Nos homens, a solidão e o isolamento social são os principais fatores associados. Mulheres se suicidam menos porque têm redes sociais de proteção mais forte e se engajam mais facilmente que os homens em atividades domésticas e comunitárias, o que lhes confere um sentido de participação até o final da vida.

## Orientação sexual

Há evidências de que os conflitos em torno da identidade sexual causam maior risco de comportamento suicida ([HERREL et al., 1999](#)). Ressalta-se que no atestado de óbito não consta orientação sexual, apenas gênero masculino e feminino. Há necessidade de atentar para essas questões na criação de qualquer programa de prevenção do suicídio. Entretanto não se deve perder a presença de qualquer transtorno mental associado, bem como abordar as questões mais óbvias dos vários graus de aceitação social e estar de acordo com os pontos de vista culturais e individuais de cada um.

## Doenças clínicas não psiquiátricas

Doenças clínicas não psiquiátricas foram associadas ao suicídio de maneira independente de outros dois fatores de risco bem estabelecidos como a depressão e o abuso de substâncias. As taxas de suicídio estão aumentadas em pacientes com câncer, HIV, doenças neurológicas como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia; doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, doença pulmonar obstrutiva crônica, além de doenças reumatológicas como o lúpus eritematoso sistêmico. Os sintomas não responsivos ao tratamento e os primeiros meses após o diagnóstico também constituem situações de risco ([CFM/ABP, 2014](#)).

Pacientes com doenças clínicas crônicas apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos, com taxas variando de 52% a 88%. Portanto, é preciso rastrear sintomas depressivos e comportamento suicida nesses pacientes, especialmente diante de problemas de

adesão ao tratamento.

## Eventos adversos na infância e adolescência

Maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar entre outros fatores podem aumentar o risco de suicídio. Na assistência ao adolescente, os médicos, professores e pais devem estar alertas para o abuso ou dependência de substâncias associados à depressão, desempenho escolar pobre, conflitos familiares, incerteza quanto à orientação sexual, ideação suicida, sentimento de desesperança e falta de apoio social.

Um fator de risco adicional de adolescentes é o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduo que o adolescente conheça pessoalmente, o efeito Werther. Existe também o fenômeno dos suicidas em grupo, ou comunidades semelhantes que imitem o estilo de vida ([WAISELFISZ, 2011](#)).

## História familiar e genética

O risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio. Estudos de genética epidemiológica mostram que há componentes genéticos assim como ambientais envolvidos ([TURECKI et al., 2012](#)). O risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou.

## Fatores sociais

O sociólogo Emile Durkheim cunhou no século XIX um conceito de laço social que ainda hoje nos é muito útil. Quanto maiores os laços sociais em uma determinada comunidade menores seriam as taxas de mortalidade por suicídio. Esse conceito sociológico pode ser transposto para o nível individual: quanto menos laços sociais tem um indivíduo, maior o risco de suicídio. As pessoas que emigram são, pela sua própria definição, privadas de apoios sociais estáveis e assim mais suscetíveis ao suicídio ([NEVES et al., 2014](#)). No entanto, mais uma vez o próprio fato de migração não deve ser utilizado a fim de

minimizar a importância de perturbações mentais, quando estas estão presentes.

Desempregados, com problemas financeiros ou trabalhadores não qualificados têm maior risco de suicídio. A taxa de suicídio aumenta em períodos de recessão econômica, principalmente nos três primeiros meses da mudança de situação financeira ou de desemprego.

Viver sozinho parece aumentar o risco de suicídio, com taxas mais elevadas entre indivíduos divorciados ou que nunca se casaram.

## **Fatores protetores**

São menos estudados e, geralmente, são dados não muito consistentes e incluem: autoestima elevada, bom suporte familiar, laços sociais bem estabelecidos com família e amigos, religiosidade, independentemente da afiliação religiosa, e razão para viver, ausência de doença mental, estar empregado, ter crianças em casa, senso de responsabilidade com a família, gravidez desejada e planejada, capacidade de adaptação positiva, capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva ([WHO, 2014](#)). Além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental. Durante uma avaliação do risco de suicídio em um indivíduo, os fatores de proteção não devem ser usados para obscurecer aqueles fatores que identificam o risco de suicídio.

## Avaliação do risco iminente de suicídio

A maioria das pessoas comunica seus pensamentos e intenções suicidas por meio de palavras com temas de sentimento de culpa, menos-valia, ruína moral e desesperança. Os pensamentos da pessoa suicida são os mesmos em todo o mundo, quaisquer que sejam os problemas.

A psicopatologia do suicida pode atingir graus crescentes de intensidade e gravidade ([MELEIRO & BAHLS, 2004](#)):

1. **Ideias de morte:** pensar que a morte seria um alívio, sem cogitar em realizá-la por si mesmo;
2. **Ideias suicidas:** podem ser combatidas pela própria pessoa que as reconhece como absurdas e intrusivas, mas pode adquirir proporções significativas;
3. **Desejo de suicídio:** sentimento de desesperança e a falta de perspectiva de futuro favorece o desejo de suicídio como solução;
4. **Intenção de suicídio:** a ameaça de pôr fim à vida é claramente expressa;
5. **Plano de suicídio:** decidido passa a tramar e planejar detalhes como o método, o local e o horário, por vezes, deixando um bilhete de despedida;
6. **Tentativas de suicídio:** atos autoagressivos não fatais;
7. **Atos impulsivos:** são autoagressivos repentinos e sem planejamento suicida, devido à baixa tolerância à frustração, podendo ter o êxito letal;
8. **Suicídio:** o desfecho é a morte. É caracterizado pelo planejamento e utilização de métodos altamente letais, ou por forte componente impulsivo.

Há três características comuns na mente dos suicidas ([WHO, 2000](#)):

1. **Ambivalência:** o desejo de viver e o desejo de morrer batalham em uma gangorra nos suicidas. Há urgência em sair da dor de

viver, mas há desejo de viver. Se for dado o apoio emocional necessário, o desejo de viver aumentará e o risco de suicídio diminuirá;

2. **Impulsividade:** o impulso para cometer suicídio é transitório, e tem duração de alguns minutos ou horas. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o médico pode ajudar com uma abordagem empática;
3. **Rigidez:** não são capazes de perceber outras maneiras de sair ou enfrentar o problema. Elas pensam rígida e drasticamente. As ações estão constrictas para o suicídio, são incapazes de perceber outras maneiras de enfrentar ou de sair do problema. Há uma distorção cognitiva que o emocional impõe, está inflexível e a única saída possível é a morte, por isso é tão difícil encontrar sozinha alguma alternativa.

O funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável (não suportar), inescapável (sem saída) e interminável (sem fim). Existe uma distorção da percepção de realidade com avaliação negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Há um medo irracional e preocupação excessiva. O passado e o presente reforçam seu sofrimento. O futuro é sombrio, sem perspectiva e com ausência de planos. Surge a ideação e a tentativa de suicídio, que pode culminar com o ato suicida. O peso da decisão de morrer repousa na interpretação dos eventos e a maioria das pessoas, quando saudável, não interpreta nenhum evento como devastador o suficiente para justificar o ato extremo ([CFM/ABP, 2014](#)).

Médicos devem saber identificar e manejear toda gama de características que envolvem o comportamento suicida, já que a diminuição da morbidade (ideação e tentativa) deve levar à diminuição da mortalidade (suicídio). Deve-se ter em mente que pode variar em breve escala temporal.

## **Interferências na avaliação médica**

Avaliar um paciente suicida desperta, com frequência, fortes sentimentos no médico examinador. A sua relutância em falar sobre a morte com o seu paciente se traduz, por vezes, na ansiedade por um erro de conduta ou expectativa de uma consequência catastrófica. Dificuldade de perguntar sobre a ideação suicida do seu paciente decorre do desconforto do próprio médico sobre o tema, ou seu medo de ofender o paciente. Motivada pelo excesso de demanda e pressões do serviço, muitas vezes, a equipe de médica não valoriza o risco iminente de suicídio ([CFM/ABP, 2014](#)).

Durante o exercício da profissão, metade dos psiquiatras e aproximadamente 20% dos psicólogos perdem algum paciente, em tratamento, por suicídio. Os profissionais da área de saúde mental têm uma perspectiva semelhante aos clínicos ou cirurgiões, isto é, alguns pacientes inevitavelmente morrerão no decorrer do tratamento. Negar este fato é pretender que todos os suicídios sejam sempre entendidos como falhas do tratamento. O que não é.

O médico deve estar tranquilo, pois os suicídios aumentam em igual proporção das reações negativas do entrevistador em relação ao paciente. Deve evitar atitudes moralistas e críticas. Se as perguntas ([Quadro 9.2](#)) forem feitas gradualmente e de maneira empática, dificilmente o paciente ficará irritado com o examinador. Muito pelo contrário, na maioria das vezes, esse tipo de abordagem provoca alívio e aprovação do paciente, pelo fato de o clínico ter reconhecido a seriedade de suas queixas.

---

### **Quadro 9.2**

---

#### **Levantamento do risco iminente de suicídio**

---

##### **Perguntar sobre a presença da ideação suicida**

1. Tem obtido prazer nas coisas que tem realizado?
2. Sente-se útil na vida que está levando?
3. Sente que a vida perdeu o sentido?

4. Tem esperança de que as coisas vão melhorar?
5. Pensou que seria melhor morrer?
6. Tem pensamentos de por fim à própria vida?
7. São ideias passageiras ou persistentes?
8. Pensou em como se mataria?
9. Já tentou, ou chegou a fazer algum preparativo?
10. Tem conseguido resistir a esses pensamentos?
11. É capaz de se proteger e retornar para a próxima consulta?
12. Tem esperança de ser ajudado?

#### **Avaliar sobre um plano definido para cometer suicídio**

- Você fez algum plano para acabar com a sua vida?
- Você tem uma ideia de como você vai fazê-lo?

#### **Investigar se a pessoa possui os meios (método) para suicídio**

- Você tem pílulas, uma arma, inseticida, ou outros meios?
- Os meios são facilmente disponíveis para você?

#### **Descobrir se a pessoa fixou alguma data para cometer suicídio**

- Você decidiu quando você planeja acabar com a sua vida?
- Quando você está planejando fazê-lo?

---

*Fonte:* WHO (2000).

## Procedimentos frente ao risco iminente

O atendimento do paciente com risco iminente de suicídio deve incluir:

### Procedimentos frente ao risco iminente

1. Estratificação de risco (alto, médio, baixo) para definição do local de tratamento adequado.
2. Identificação do transtorno psiquiátrico associado, e/ou doença física ou evento estressante.
3. Tratamento inicial medicamentoso e/ou psicoterápico.
4. Realização de intervenções que visam incrementar a adesão posterior à conduta escolhida.
5. Encaminhamento para internação psiquiátrica ou ambulatório de saúde mental.

A internação psiquiátrica poderá ser necessária, quando há risco iminente associado a: transtorno psiquiátrico grave ou psicose; tentativas anteriores de suicídio, com graves repercussões; doenças clínicas comórbidas; impossibilidade de tratamento ambulatorial. Também se houver necessidade de eletroconvulsoterapia (ECT); se o paciente necessitar de vigilância constante pelo risco; e insuficiente suporte familiar e social. Avaliar fatores de risco recentes para suicídio e organização de metas visando a concretização de suicídio ([CFM/ABP, 2014](#)). O paciente pode ser encaminhado para ambulatório de saúde mental, quando o plano, o método e a intenção de suicídio forem reduzidos; se houver suportes sociais e familiares adequados, e o paciente demonstrar possibilidade de adesão ao tratamento com sua equipe médica.

Identificar risco iminente de suicídio e determinar a conduta adequada é uma tarefa difícil e complexa ([SIMON, 2006](#)). Existem poucas evidências empíricas para identificar esses indivíduos. O perigo do risco iminente de suicídio possui tempo limitado e o risco

irá girar em torno de ambientes estressores e suportes sociais. Instrumentos de rastreio precisam ser breves e relevantes para identificação precoce do risco iminente de suicídio, pois um intervalo menor que 10 minutos pode existir entre o início da ideação suicida e o ato suicida, por impulsividade presente (BOSTWICK & PANKRATZ, 2000). Existem várias escalas que avaliam o risco de suicídio em pesquisas de campo, mas elas são menos úteis que uma boa entrevista clínica na identificação dos indivíduos que estão em risco imediato de suicídio, além de coleta de dados junto a terceiros. Os perfis das pessoas variam de acordo com a idade, gênero, estágio de desenvolvimento e fatores contextuais precipitantes. Os problemas-chave sobre o risco iminente de suicídio são a intenção, o acesso aos meios, a gravidade da doença psiquiátrica, a presença de psicoses, a falta de esperança, a falta de recursos pessoais, familiares e sociais e tentativas prévias de suicídio (BOSTWICK & PANKRATZ, 2000).

O ambiente familiar com conflitos constantes e desestruturados não constitui um fator de proteção e pode não favorecer o plano de tratamento necessário nesse momento. Indivíduos suicidas tendem a vir de famílias com histórias de comportamento suicida, ou de transtornos de humor e de uso de substâncias. Famílias com conflitos constantes, divórcio, separação, contenda legal entre os pais, ausência do pai no ambiente familiar e abuso físico e/ou sexual têm sido associadas a um aumento do risco de suicídio. O auxílio de um acompanhante terapêutico pode ser preferível ou optar por internação hospitalar (CFM/ABP, 2014).

A intoxicação por álcool é um potente fator precipitante do comportamento suicida, no momento da morte. A maioria dos etilistas que cometeu suicídio também sofria de depressão, o que aumenta o risco de suicídio (DIEHL & LARANJEIRA, 2009).

## **Após a tentativa, o que fazer?**

Devido à diversidade de fatores e de problemas associados à tentativa de suicídio, nenhuma medida singular é suficiente para todas as pessoas em risco.

A primeira abordagem após as tentativas de suicídio consiste nos cuidados iniciais básicos à vida, se há emergência clínica e/ou cirúrgica. Devem-se assegurar o estado físico, as complicações médicas decorrentes do ato, se irá necessitar ser levado para a unidade de terapia intensiva (UTI), para o centro cirúrgico ou ortopédico, setor de endoscopia ou clínicas de queimados. A abordagem inicial dos envenenamentos, como em outras condições médicas, consiste em história e exame físico, dando-se especial atenção a exame dos sinais vitais, exame ocular (pupila), exame do estado mental e tônus muscular ([MELEIRO, 2013](#)). Exames laboratoriais de equilíbrio ácido-básico, gasometria e exames toxicológicos costumam ser úteis ([Quadro 9.3](#)).

---

### **Quadro 9.3**

#### **Condutas úteis na abordagem inicial após tentativa de suicídio**

---

1. Administração de tiamina e glicose.
  2. Administração de naloxone ou flumazenil na suspeita de intoxicação por opiáceos ou benzodiazepínicos, respectivamente.
  3. Prevenção de absorção da toxina pelo trato gastrointestinal por meio de esvaziamento gástrico e administração de carvão ativado.
  4. Estimulação da eliminação da toxina através da manipulação de pH urinário.
  5. Remoção extracorpórea de toxinas através da hemodiálise.
  6. Administração de antídotos (Centro de Atendimento Toxicológico – CEATOX).
  7. Cuidados de terapia intensiva.
- 

Os primeiros cuidados seguem as medidas de suporte básico da vida (ABC), com proteção de vias aéreas, cuidados com a ventilação e com a circulação. Em pacientes onde há necessidade de ressuscitação

cardiorrespiratória, esta é realizada juntamente com a abordagem inicial.

Ao atender um paciente intoxicado após tentativa, ele pode ter ingerido mais de um tipo de medicamento, e a interação medicamentosa pode agravar o estado do paciente pela potencialização dos mesmos.

Decisões são necessárias para prosseguir os cuidados após tentativa: se vai permanecer internado (médico/cirúrgico/UTI), se será encaminhado ao ambulatório de saúde mental ou se deve ser transferido para uma unidade psiquiátrica pela presença de risco ou de transtorno psiquiátrico que necessite de tratamento especializado. A transferência de pacientes entre instituições deve ser feita de ambulância, e não pelos familiares ([CFM/ABP, 2014](#)). Os pacientes com alto risco de suicídio e frágil suporte social devem ser internados em instituições especializadas. Qualquer paciente com doença psiquiátrica deve ser avaliado quanto à tendência suicida periodicamente durante o curso da doença, independentemente de sua situação clínica.

Após a escolha do ambiente terapêutico (hospital, ambulatório, domicílio), deve-se introduzir o tratamento psicofarmacológico adequado e encaminhamento para psicoterapia. A família e o paciente, sempre que possível, devem ser exaustivamente orientados e esclarecidos pelo médico quanto à proposta terapêutica. A segurança do mesmo tem de ser garantida, junto com uma boa avaliação do estado mental e crítica do paciente perante a situação, condição clínica para assim realizar-se uma conduta médica adequada.

Vale destacar que a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, inclui a tentativa de suicídio como notificação compulsória imediata que deverá ser realizada em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência ([CFM/ABP, 2014](#)). Apenas a notificação compulsória não basta. Há que se garantir que essa pessoa que acabou de fazer uma tentativa de suicídio seja imediatamente colocada em tratamento para reduzir o

risco de nova tentativa e de suicídio completo.

## **Posvenção do suicídio: os sobreviventes**

O luto do suicídio descreve o período de ajustamento a uma morte por suicídio que é experimentado por membros da família, amigos, colegas de escola ou trabalho, profissionais de saúde e outros contatos do falecido que são afetados pela perda. Nos Estados Unidos, os indivíduos afetados são descritos como “sobreviventes de suicídio” ou “sobreviventes de perda por suicídio”. Cerca de 7% da população é exposta ao luto por suicídio a cada ano. Como a OMS estimou que 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, entre 48 milhões e 500 milhões de pessoas podem ser expostas ao luto do suicídio em um ano ([CFM/ABP, 2014](#)).

A posvenção inclui as habilidades e estratégias para cuidar de si mesmo ou ajudar outra pessoa a se curar após a experiência de pensamentos suicidas, tentativas ou morte. Deste modo, o próprio paciente e a família devem ser acompanhados para evitar novas tentativas dentro daquela família, bem como ajudar no processo do luto no caso da pessoa ter se suicidado.

O seguimento mais próximo desses “sobreviventes do suicídio” por meio de um processo adequado de luto pode, no entanto, ser benéfico. Estratégias com foco no suporte aos familiares parecem ser as mais promissoras, tanto por recrutamento ativo dos familiares “sobreviventes do suicídio” como abordagens de grupo de apoio ao luto, conduzidas por facilitadores treinados mostraram aumento do uso de serviços projetados para ajudar no processo de luto e redução em curto prazo do sofrimento psíquico associado ao luto ([CFM/ABP, 2014](#)).

## **Considerações finais**

O suicídio é um grave problema de saúde pública em todo o mundo. O maior desafio é identificar corretamente os pacientes com risco iminente de suicídio.

A avaliação sistemática do risco de suicídio em quadros que chegam à emergência médica deve fazer parte da prática clínica rotineira, em todas as especialidades médicas, para que os casos potencialmente fatais possam ser devidamente diagnosticados, tratados e encaminhados. Revendo as diversas estratégias preventivas de suicídio, conclui-se que melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de pacientes com risco de suicídio é fundamental. Sua prevenção é possível desde que compartilhada por toda a sociedade por meio de medidas primárias, secundárias e terciárias.

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Alexandrina Meleiro

### O atendimento do paciente com risco de suicídio deve incluir:

1. Estratificação de risco (alto, médio, baixo) para definição do local de tratamento adequado.
2. Identificação do transtorno psiquiátrico associado e/ou doença física ou evento estressante.
3. Definir tratamento inicial medicamentoso e/ou psicoterápico.
4. Realização de intervenções que visam incrementar a adesão posterior à conduta escolhida.
5. Encaminhamento para internação psiquiátrica ou ambulatório de saúde mental.

### Estratificação de risco (alto, médio, baixo)

#### *Quanto ao método*

- a) Violentos: enforcamento, queda de alturas, mutilações, disparos, arma branca.
- b) Não violentos: intoxicação voluntária de drogas, inalação de gases tóxicos.

#### **Quanto à gravidade ou à letalidade da tentativa de suicídio:**

1. Grau de impulsividade.
2. Planejamento.
3. Danos médicos.
4. Possibilidades de escape da tentativa.

## Perguntas para auxílio

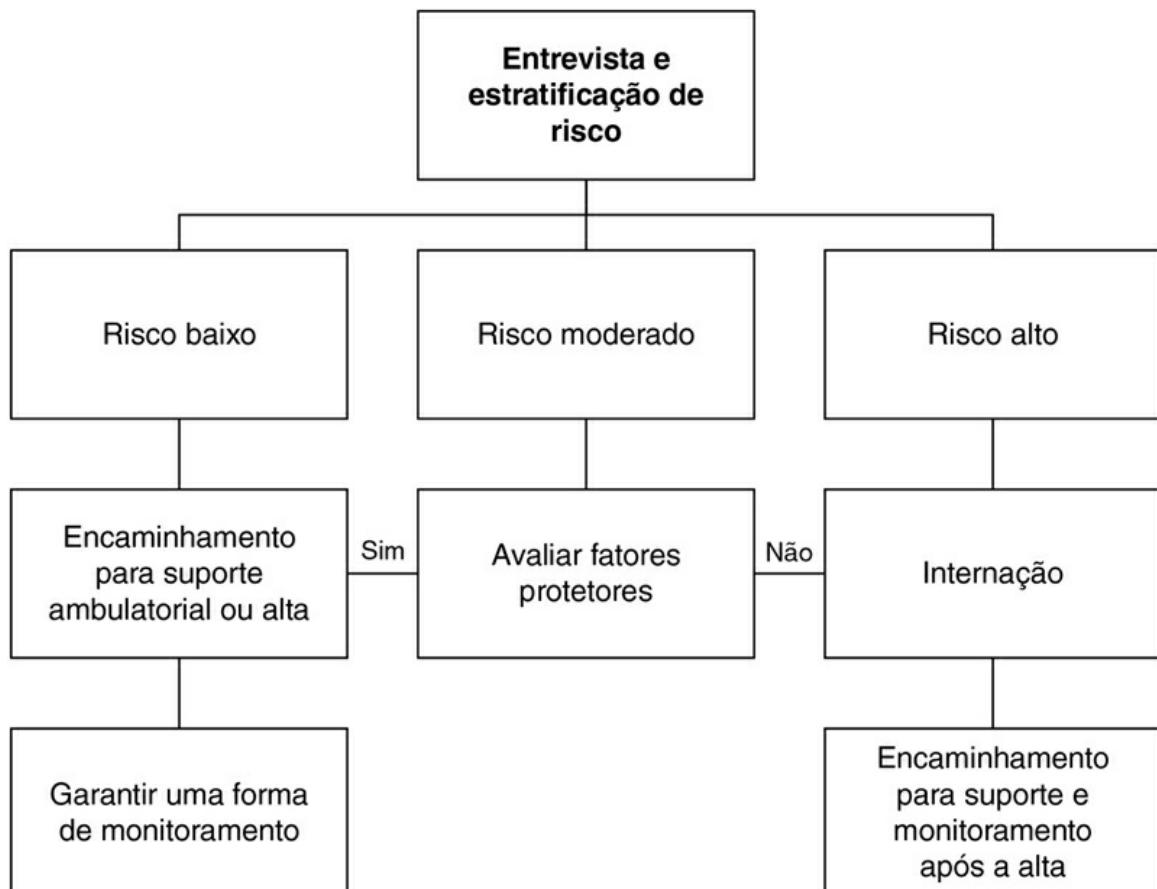
1. Você tem pensado alguma vez que a vida não vale a pena?
2. Você tem desejado alguma vez estar morto?

3. Você tem pensado alguma vez estar morto?
4. Você já tentou se suicidar?
5. Você tem planos para se matar em um futuro próximo?

*Nota:* Quanto maior a frequência desses itens, maior a gravidade.

## Questões para estudo

- Como avaliar adequadamente o potencial suicida?
- Como reconhecer os indivíduos suscetíveis antecipadamente?
- Quando liberar o paciente após uma tentativa de autoeliminação?
- Como prestar atendimento aos sobreviventes?



## **FLUXOGRAMA 9.1**

## Referências

- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation SSI. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(2):343–352.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexter L. The measurement pesimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42:861–865.
- Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk a reexamination. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1925–1932.
- CFM/ABP. (2014) Suicídio: Informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9-/?numero=14> ou [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=25207:cartilha-orienta-prevencao-ao-suicidio](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25207:cartilha-orienta-prevencao-ao-suicidio).
- Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(2):86–91.
- Herrel R, Goldberg J, True WR. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:867–874.
- Meleiro A. *50 Frequently Asked Questions: Suicídio*. São Paulo: EPM; 2013.
- Meleiro A, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Meleiro A, Teng CT, Wang YP, eds. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004: (2004).
- Meleiro A, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004.
- Neves MCL, Meleiro A, Souza FGM, Silva AG, Corrêa H. Suicídio: fatores de risco e avaliação. *Brasília Med.* 2014;51(1):66–73.
- Simon RI. Imminent suicide: the illusion of short-term prediction. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(3):296–301.
- Turecki G, Ernest C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The development origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci.* 2012;35(1):14–22.
- Waiselfisz, J.J. (2011) Rede de Informação Tecnológica Latino Americana – RITLA. Mapa da Violência 2011. Os jovens do Brasil. Brasília, DF. Instituto Sangari. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Disponível em: <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>. Acesso em 10 março 2017.
- WHO – World Health Organization (2000). Preventing suicide: a resource series. Genebra. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/60.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf). Acesso em 23

novembro 2010.

WHO – World Health Organization. (2014) Preventing suicide: a global imperative. Genebra. Disponível em:  
[http://www.who.int/entity/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/index.html](http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/index.html). Acesso em agosto 2014.

---

## CAPÍTULO 10

# Noções de toxicologia

---

*Daniel Cruz Cordeiro*

## Pontos principais

---

- Como avaliar clinicamente um paciente intoxicado?
  - Estabilizá-lo
  - Reconhecer o quadro de intoxicação e seu agente
  - Descontaminar e administrar antídotos quando indicado
  - Aumentar a eliminação do agente tóxico e tratar sintomas secundários
-

## Introdução

Tóxico é uma substância química que isoladamente ou associada a outras possui potencial nocivo e, quando em contato com seres vivos, pode resultar em doença ou morte. A toxicologia tem diversas funções relacionadas com a compreensão dos tóxicos que vão desde reconhecer a segurança de alimentos, caracterizar a toxicidade de uma substância e predizer a segurança de contato a um determinado agente (FUKUSHIMA & AZEVEDO, 2015).

As intoxicações exógenas são uma consequência bioquímica e/ou clínica da exposição aguda a um ou mais agentes tóxicos encontrados no ambiente como ar, água, venenos de animais, plantas ou encontrados isolados como os produtos industriais e produtos de uso domiciliar, medicamentos, pesticidas, entre outros (SCHVARTSMAN & SCHVARTSMAN, 1999). Intoxicações possuem diferentes níveis: desde subclínicas, passando por situações de maior gravidade até a letalidade (FUKUSHIMA & AZEVEDO, 2015).

Em pronto-socorro é de vital importância reconhecer eventos relacionados com intoxicações e como proceder perante essas situações. Devemos lembrar que quadros de intoxicação exógena estão entre os três métodos mais comuns de tentativas de suicídio. Países em desenvolvimento têm como principais substâncias utilizadas nesses casos de envenenamento os agrotóxicos (de 60% a 90% dos casos) e os medicamentos (que correspondem de 12% a 60% das ocorrências) (SANTOS et al., 2013). Veja no Quadro 10.1 os principais agentes relacionados com intoxicações em ordem de frequência, em alguns estudos recentes realizados em diferentes estados do Brasil. Evidencia-se o papel dos medicamentos e produtos agrotóxicos nesse quadro.

---

### Quadro 10.1

#### Principais agentes utilizados pelos pacientes em estado de intoxicação

Rio de Janeiro (2013)*	Minas Gerais (2015)**	Mato Grosso (2015)***	Paraíba (2017)
---------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

Medicamentos Agrotóxicos Outros	Medicamentos Animais peçonhentos Veneno Produtos químicos outros	Medicamentos Agrotóxicos Produto veterinários Produtos domiciliar Produtos industrial Não informado	Medicame Agrotóxic Produtos c industri Produtos domiss Raticidas Plantas tó Drogas de Cosmétic Metais
---------------------------------------	--	--	---

\*\*\* Foram incluídos quadros acidentais e propositais.

\* Foram incluídos apenas dados relativos a intoxicações propositais.

\*\* Foram incluídos quadros acidentais e propositais.

\*\*\* Foram incluídos apenas dados relativos às intoxicações propositais.

## Avaliação das intoxicações exógenas

A anamnese é voltada para o histórico prévio deste paciente: sinais relacionados com a intoxicação, primeiros sintomas, possibilidade de diagnósticos de outros problemas de saúde incluindo transtornos psiquiátricos e situações de vida que possam estar ligados ao evento. Se há conhecimento do agente tóxico utilizado questionar a quantidade e tempo decorrido entre o contato e o atendimento. Questionar ainda se houve algum tipo de socorro prévio (p. ex., indução de vômito). Lembrar que de modo geral quadros de intoxicação exógena ocorrem em pessoas saudáveis que no momento da emergência estão apresentando um quadro decorrente ao contato com o agente tóxico ([SCHVARTSMAN & SCHVARTSMAN, 1999](#)). Mesmo intoxicações leves devem ser tratadas como se fossem potencialmente fatais até que os riscos sejam realmente afastados. Uma parte dos casos pode ser devido a situações acidentais, porém devemos lembrar que tentativas de suicídio podem ser encobertas pelo silêncio ou pela não admissão da tentativa ([OLIVEIRA & MENEZES, 2003; OLSON, 2014](#)). O [Quadro 10.2](#) apresenta os cuidados necessários ao paciente intoxicado ([SCHVARTSMAN & SCHVARTSMAN, 1999; OLSON, 2014](#)).

---

### Quadro 10.2

#### Cuidados com o paciente intoxicado

---

1. Avaliar clinicamente
  2. Estabilizar
  3. Reconhecer o quadro de intoxicação e seu agente
  4. Descontaminar
  5. Administrar antídotos
  6. Aumentar a eliminação do agente tóxico
  7. Tratar sintomatologicamente
- 

#### 1. Avaliar clinicamente

O exame físico deve ser feito rapidamente porém de modo rigoroso, identificando possíveis alterações que coloquem o paciente em risco de morte. A investigação ocorre simultaneamente com possíveis manejos de alterações percebidas. Veja no [Quadro 10.3](#) os sistemas mais importantes a serem investigados na emergência por intoxicação. Ainda fazem parte dessa avaliação:

- Pele e mucosas: nível de hidratação, cor, odores e temperatura.
- Boca e hálito: nível de hidratação, presença de lesões corrosivas e odores.
- Olhos: movimentos extraoculares, aparência das conjuntivas e pupilas.
- Sistema nervoso central: nível de consciência, escala de coma e tônus muscular.
- Sistema cardíaco e circulatório: pressão arterial, perfusão e frequência cardíaca.
- Sistema respiratório: frequência, movimentos respiratório e ausculta.

---

### Quadro 10.3

#### Sistemas mais importantes na avaliação das emergências por intoxicações

---

Sistema	Investigar
Respiratório	Obstrução de vias áreias, apneia, bradipneia, taquipneia intensa, edema pulmonar, insuficiência respiratória aguda
Circulatório	Hipo ou hipertensão arterial Taquicardia ou bradicardia, disritmias ventriculares, insuficiência cardíaca congestiva, choque parada cardíaca
Neurológico	Coma Quadros convulsivos Hipertensão intracraniana aumentada, Midríase ou miose Agitação psicomotora intensa

## **2. Estabilizar**

Ocorre o manejo de situações potencialmente arriscadas para a manutenção da vida. Devem ocorrer para manter o paciente estável até o correto diagnóstico e tratamento do quadro. Consiste em atender as necessidades de permeabilidade das vias aéreas, da ventilação pulmonar e do funcionamento cardíaco ([SCHVARTSMAN & SCHVARTSMAN, 1999](#)).

### **Vias aéreas**

O nível de consciência do paciente deve ser brevemente identificado. Pacientes inconscientes possuem maior risco de perda de reflexos que protegem essas vias, o que pode resultar em aspiração de conteúdo gástrico, obstrução por língua ou mesmo parada respiratória ([OLSON, 2014](#)).

### **Respiração**

Quadros como broncoespasmo, insuficiência ventilatória e hipóxia devem ser identificados e revertidos. Situações mais comuns estão no [Quadro 10.4](#) ([OLSON, 2014](#)).

---

### **Quadro 10.4**

#### **Principais complicações respiratórias das intoxicações**

<b>Respiração</b>	<b>Investigar/exemplos de causas</b>
<b>Insuficiência respiratória</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Picadas de cobra, bloqueadores neuromusculares, anti-histamínicos, barbitúricos, antidepressivos tricíclicos, etanol, nicotina</li><li>• Gasometria: PCO<sub>2</sub> igual ou maior a 60 mmHg indicam necessidade de ventilação assistida</li></ul>
<b>Hipóxia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiência de oxigênio (no ambiente)</li><li>• Redução da absorção de oxigênio (pneumonia, edema pulmonar)</li><li>• Hipóxia celular (intoxicações por monóxido de</li></ul>

	carbono ou cianeto, por exemplo)
<b>Boncoespasmo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão irritante direta (inalação de gases)</li> <li>• Efeitos farmacológicos de toxinas (p. ex., organofosforatos)</li> <li>• Quadros alérgicos/hipersensibilidade</li> </ul>

## Circulação

Verificação de pressão arterial, frequência e pulso, monitorar através de eletrocardiograma (ECG), estabelecer e manter acesso venoso, coletar sangue, fazer hidratação EV. Investigar bradicardia e bloqueio atrioventricular, taquicardia, bloqueio de intervalo QRS, arritmias ventriculares, hipotensão, hipertensão ([OLSON, 2014](#)).

## Alterações de nível de consciência e do estado mental

Avaliar a possibilidade de quadros de coma e estupor, convulsões, hipertermia e hipotermia, agitação, *delirium*, quadros psicóticos ([OLSON, 2014](#)).

### 3. Reconhecer o quadro de intoxicação e o agente

Os agentes tóxicos podem provocar quadros semelhantes dentro de uma determinada sintomatologia. Isto facilita a identificação de possíveis substâncias causadoras e a utilização de recursos adequados ao tratamento. Exames laboratoriais podem ser diretos e indiretos. Os diretos podem ser qualitativos ou quantitativos. Exemplo de diretos são os de *screening* de urina para detecção de consumo de drogas. Exemplos de agentes tóxicos que podem ser detectados em exames diretos: antidepressivos tricíclicos, acetonas, salicilatos, teofilina, metroclopramida, barbitúricos, betabloqueadores, anticolinérgicos, etanol, codeína, cocaína, cannabinoides, fenotiazínicos, opioides. Exames quantitativos são importantes para determinar níveis de intoxicação devido a agentes como álcool, chumbo, digitálicos, salicilatos. Entre os exames indiretos estão aqueles que dosam a atividade de substâncias como a colinesterase e de metemoglobinemia. Exames complementares são necessários para

confirmação, porém em muitos casos os exames disponíveis não conseguem abranger todas as possibilidades de agentes tóxicos; logo o conhecimento das diferentes síndromes tóxicas promove um manejo mais rápido e viável. O [Quadro 10.5](#) mostra as principais síndromes tóxicas ([SCHVARTSMAN & SCHVARTSMAN, 1999](#)).

## **Quadro 10.5**

### **Principais síndromes tóxicas**

Síndrome	Agentes	Sintomas
<b>Colinérgica</b>	atropina, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, antidepressivos tricíclicos, antiespasmódicos, midriáticos	ruborização, mucosas secas, midríase, taquicardia, hipertermia, retenção urinária, agitação psicomotora, alucinações e delírios
<b>Anticolinesterásica</b>	organofosforatos inseticidas, fisostigmina, inseticidas carbamatos, alguns tipos de cogumelos	sudorese, lacrimejamento, salivação, aumento das secreções brônquicas, miose, bradicardia, fibrilações e fasciculações musculares
<b>Narcótica</b>	opiáceos, difenoxilato, loperamida	depressão respiratória e do nível de consciência, miose, bradicardia, hipotermia, hipotensão, hiporreflexia
<b>Depressiva</b>	barbitúricos, benzodiazepínicos, etanol	depressão respiratória, cianose, hiporreflexia,

		hipotensão
<b>Símpatomimética</b>	cocaína, anfetamínicos, derivados e análogos, descongestionantes nasais, cafeína, teofilina	midriase, hiperreflexia, distúrbios psíquicos, hipertensão, taquicardia, piloereção, hipertermia, sudorese
<b>Extrapiramidal</b>	fenotiazínicos, butirofenonas, fenciclidina, lítio	distúrbios do equilíbrio, distúrbios da movimentação, hipertonia, distonia orofacial, mioclonias, trismo, opistótono, parkinsonismo
<b>Metemoglobinêmica</b>	acetanílida, azul de metíleno, dapsona, doxorubicina, fenazopiridina, furazolidona, nitratos, nitritos, nitrofurantoína, piridina, sulfametoxazol	cianose de pele e mucosas, de tonalidade e localização peculiar, palidez de pele e mucosas, confusão mental, depressão neurológica

#### 4. Descontaminar

Basicamente são medidas úteis para retirar do organismo os agentes tóxicos, diminuindo o tempo de exposição. A conduta dependerá da via de absorção da substância. As principais formas de descontaminação estão no [Quadro 10.6](#) ([OLIVEIRA & MENEZES, 2003](#)).

---

#### Quadro 10.6

---

##### Principais formas de descontaminação

---

Técnicas de	
-------------	--

<b>descontaminação</b>	<b>Agentes</b>
<b>Êmese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não devemos mais utilizar essa estratégia devido aos riscos de danos aos tecidos e riscos de aspiração.</li> </ul>
<b>Lavagem gástrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Através de sondagem nasogástrica e lavagem do conteúdo gástrico, feita com 150 a 200 ml de água ou solução salina aquecida a 38°C. Repetir até obtenção de líquido claro.</li> <li>• Pacientes comatosos. Precauções: controle das convulsões e a proteção das vias aéreas.</li> <li>• Contraindicações: ingestão de corrosivos e compostos hidrocarbonetos.</li> </ul>
<b>Carvão ativado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizado após a lavagem gástrica. Utilizar 30 g em solução salina a 10%. A cada 4 ou 6 horas.</li> <li>• Primeira dose deve ser drenada após meia-hora. As demais podem permanecer no organismo para eliminação pelas fezes.</li> <li>• Melhores efeitos na primeira hora de intoxicação.</li> <li>• Sem ação em álcalis cáusticos, álcool, sais de ferro, lítio.</li> <li>• Pouca ação sobre digoxina e organoclorados.</li> </ul>
<b>Laxativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manitol, em solução a 20%. 100 a 200 ml, até de 8 em 8 h, nas primeiras 24 h.</li> </ul>
<b>Diurese forçada e alcalinização da urina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiper-hidratação e uso de diuréticos potentes.</li> <li>• Nas intoxicações graves por barbitúricos fazer alcalinização urinária com 500 ml de solução de glicose a 5% + cloreto de potássio a 19,1% EV em duas horas seguida de 500 ml de solução de glicose a 5% + bicarbonato de sódio a 8,5% EV em duas horas, repetindo alternadamente até quando for necessário.</li> <li>• Não fazer em pacientes com insuficiência renal.</li> <li>• A cada 6 horas dosagens de sódio, potássio e gases sanguíneos.</li> </ul>
<b>Hemodiálise e hemoperfusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicados em casos graves, casos com dosagem em níveis letais, deterioração progressiva do quadro clínico a despeito de terapia adequada e casos de compostos com toxicidade retardada.</li> </ul>

- Intoxicações por álcoois, barbitúricos, salicilatos, lítio, arsenicais, paraquat, compostos de ferro, mercúrio e chumbo entre outros.

## 5. Administrar antídotos

A utilização dependerá do conhecimento do agente tóxico, muita atenção para que ao utilizar antídotos não se piore o estado do paciente devido a uma nova intoxicação. O [Quadro 10.7](#) apresenta os principais agentes tóxicos, seus antídotos e suas dosagens ([OLIVEIRA & MENEZES, 2003](#)).

---

### Quadro 10.7

#### Principais agentes tóxicos, seus antídotos e suas dosagens

---

Agente tóxico	Antídoto
<b>Inseticidas organofosforados</b>	Atropina: 0,01-0,05 mg/kg/dose, repetidos conforme a necessidade. Vias IM, EV, SC
<b>Inseticidas organofosforados</b>	Pralidoxina: 20 a 40 mg/kg/dia (EV) Dose inicial: 1g/100ml de SF 0,9% em 30 minutos 400 mg/10 ml de SF 0,9% em 20 minutos de 4 em 4 ou de 6 em 6 dias por 3 dias
<b>Alcaloides, anfetaminas, cianetos, estricnina, fisostigmina, nicotina</b>	Permanganato de potássio 1:100.000 para lavagem gástrica
<b>Cumarínicos</b>	Vitamina K1: 1 mg/kg. Não fazer mais que 1 mg por minuto se via EV. Dose média 40 mg/dia
<b>Anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, fenotiazinicos, beladona</b>	Fisostigmina: 0,03-0,08 mg/kg/dose Im Repetir até atingir 2 mg em 24 horas
<b>Cianetos</b>	Hidroxicobalamina 4g diluídos em SF 0,9%

	EV. Fazer 0,4 mg/min, repetir se necessário
<b>Arsênico, antimônio, bismuto, ouro, mercúrio, chumbo, níquel</b>	Demetal: 3 a 5 mg/kg/dose IM 1º e 2º dias de 4/4 h, 3º dia de 6/6 h, 4º dia de 8/8 h e Do 5º ao 10º dia de 12 em 12 h
<b>Fluoretos, oxalatos</b>	Gluconato de cálcio 10% EV
<b>Sulfonas, anilina, nitratos e nitritos</b>	Azul de metileno 1 a 2 mg/kg/dose diluídos em SF 0,9% EV Fazer lentamente duas a três vezes nas 24 horas
<b>Tálio</b>	Azul da Prússia 250 mg/kg/24h por sonda duodenal em 50 ml de manitol por dose. 3 doses nas 24 horas.
<b>Opiaceos, ácido valproico, halotano</b>	Naloxone: 0,01 mg/kg IM, EV, SC, se necessário repetir

## 6. Aumentar a eliminação

O Quadro 10.6 apresenta as formas e técnicas de descontaminação.

## 7. Tratar sintomaticamente

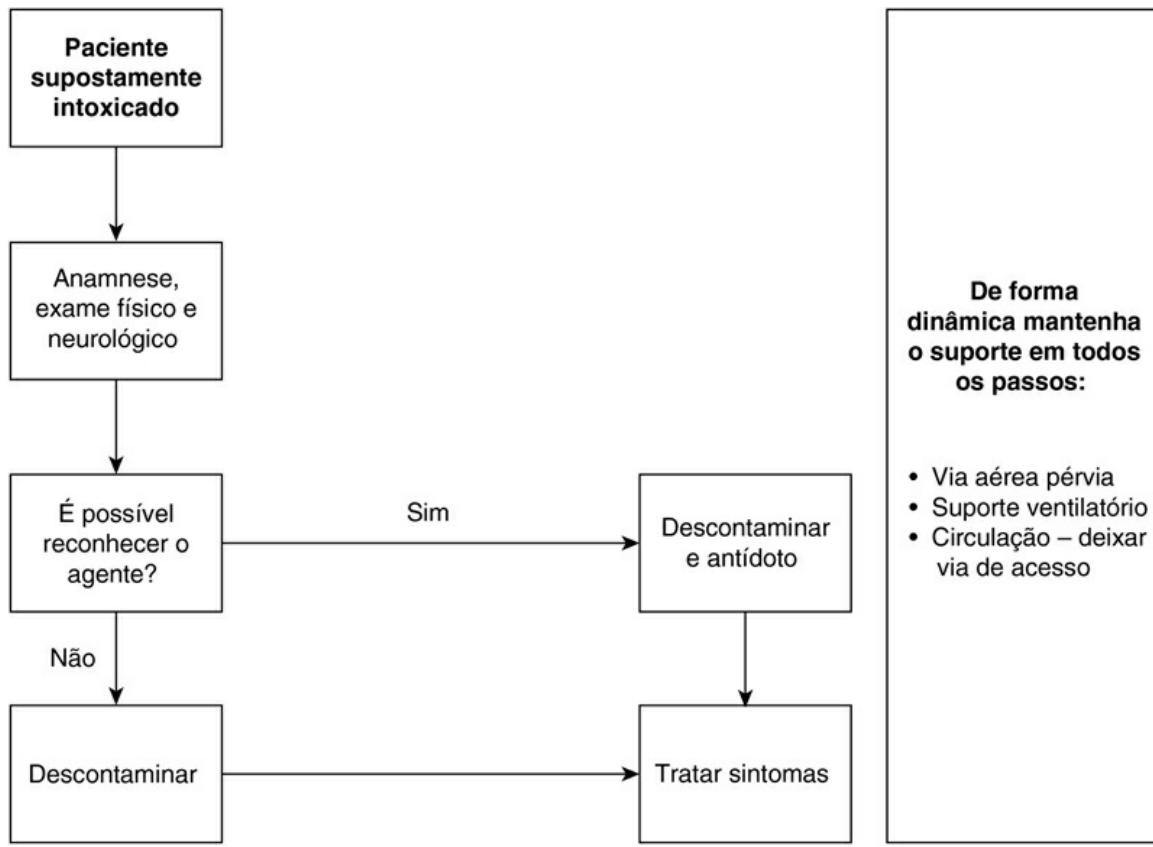
O tratamento sintomatológico visa eliminar sintomas e o sofrimento do paciente. Ele é voltado para os eventos associados ao quadro de toxicidade e é muito variável, dependendo de doses, agentes tóxicos, tempo de intoxicação. Possíveis quadros associados: convulsões, crises alérgicas, quadros de náuseas, dores, hipertermia ([SCHVARTSMAN & SCHVARTSMAN, 1999](#)).

### Questões para estudo

- Entre os quadros de intoxicação exógenas quais os mais comuns?
- Qual a importância das intoxicações exógenas em se tratando

de emergências psiquiátricas?

- Por que não devemos induzir ao vômito pessoas intoxicadas?



**FLUXOGRAMA 10.1**

## Referências

- Fortes AF. Intoxicações exógenas: perfil dos pacientes atendidos em um pronto atendimento. *Gestão e Saúde*. 2015;7(1):211.
- Fukushima AR, de Azevedo FA. História da toxicologia. Parte I – Breve panorama brasileiro. *Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade*. 2015;1(1).
- Oliveira RDR, Menezes JB. Intoxicações exógenas em clínica médica. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*. 2003;36(2/4):472–479.
- Olson KR. Avaliação global e tratamento. In: Olson KR, ed. *Manual de toxicologia clínica*. 6<sup>a</sup> ed Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Santos SA, Legay LF, Lovisi GM, Santos JFDC, Lima LA. Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013;16(2):376–387.
- Schvartsman C, Schvartsman S. Intoxicações exógenas agudas. *Jornal de Pediatria*. 1999;75(2):244–250.
- Toscano MM, Landim JTA, Rocha AB, de Sousa-Muñoz RL. Intoxicações exógenas agudas registradas em Centro de Assistência Toxicológica. *Saúde e Pesquisa*. 2017;9(3):425–432.
- Vieira LP, de Santana VTP, Suchara EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2015;23(2).

---

## CAPÍTULO 11

# **Emergências relacionadas com o uso de substâncias psicoativas**

---

*Daniel Cruz Cordeiro*

*Patrícia Satiko Aoki*

*Rita Jorge*

## **Pontos principais**

---

- As substâncias psicoativas são responsáveis por metade dos atendimentos em serviços de emergência psiquiátrica.
  - Existem diferentes apresentações de substâncias psicoativas que agem deprimindo, estimulando ou perturbando o sistema nervoso central.
  - Quadros clínicos devem ser devidamente diferenciados de sintomas de intoxicação ou de abstinência.
  - Álcool e cocaína/crack são as substâncias psicoativas mais comuns em emergências.
-

## Introdução

Drogas ou substâncias psicoativas (SPAs) são quaisquer elementos químicos, naturais ou sintéticos que provoquem alterações físicas e psíquicas (FOGAÇA et al., 2018). Neste sentido, este capítulo se refere tanto às SPAs lícitas como o álcool, a cafeína, o tabaco e os medicamentos entre outras, quanto às ilícitas, como cocaína/crack, maconha, anfetaminas e demais, que levem a situações emergenciais.

O consumo das SPAs vem aumentando gradativamente desde a década de 1990 e tornando-se um grande problema de saúde social e de saúde pública. Historicamente, o Brasil tem um atraso significativo em reconhecer o problema das drogas como um problema também de saúde e não apenas de segurança. Os primeiros órgãos federais criados serviam apenas para o combate e a repressão ao consumo (SANTOS & OLIVEIRA, 2013). Em 1998 foi criada a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), ligada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, com diversas funções, tais como a definição de estratégias e a elaboração de planos, programas e procedimentos e o acompanhamento de suas execuções na esfera da sua competência (BRASIL A, 2017).

Essa preocupação com relação ao crescimento dos problemas relacionados com às SPAs pode ser percebido através de vários planos governamentais para a prevenção e tratamento desse grupo de pacientes (BRASIL B, 2017).

Alguns estudos brasileiros apontam que atualmente quase 50% das internações psiquiátricas ocorram devido a SPAs (CAPISTRANO et al., 2015) e que este tipo de hospitalização permanece como uma das ferramentas mais utilizadas para promoção de abstinência nos momentos iniciais do tratamento. (CAPISTRANO, et al., 2015).

A utilização de SPAs ou mesmo a parada do consumo (ou redução significativa) pode gerar alterações físicas e comportamentais que facilitam a visita às salas de emergência. Quadros relacionados com intoxicação e à síndrome de abstinência podem facilitar acidentes, violência, tentativas de suicídio ou homicídio, além de diversos quadros clínicos e psiquiátricos (JORGE, 2007).

Os prontos-socorros são locais de fácil acesso, que reúnem recursos diversos como atendimento médico, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais, possibilidade de internação; além de disponibilidade de medicamentos. Aos olhos de boa parte da população essas características são entendidas como de mais rápida resolutividade quando comparados a outros serviços de saúde. Tais características tornam os usuários de SPAs mais propensos a procurarem esse tipo de serviço, o que vem resultando em um maior interesse em tornar os prontos-socorros locais de intervenção e prevenção ao consumo de SPAs ([WOODRUF & SHILLINGTON, 2016](#)). Os principais motivos pelos quais os prontos-socorros continuam muito procurados por usuários de SPAs, além de progressivamente apresentarem maior período de permanência desta população, estão no [Quadro 11.1](#) (CORDEIRO & BALDAÇARA, 2017).

---

### **Quadro 11.1**

---

#### **Motivos pelos quais casos relacionados com SPAs procuram e permanecem em pronto-socorro**

---

- A desinstitucionalização, ocorrida pela Reforma Psiquiátrica, vem fechando locais que serviam para internação, cujos ex-pacientes acabam procurando o PS com maior frequência.
- A necessidade de leitos de internação resulta em maior tempo nos serviços de emergência devido ao tempo de espera para internação ou para melhora do quadro mesmo quando a situação emergencial já foi resolvida.
- Complexidade dos casos. Por exemplo: pacientes intoxicados atendidos clinicamente somente após a melhora deveriam ser avaliados pela psiquiatria.
- Pacientes que possuem planos privados de saúde e procuram serviços públicos podem demorar a receber aceitação e transferência para os hospitais conveniados.
- Pacientes atendidos em hospitais-escola permanecem mais tempo pela necessidade de ensino.

---

As SPAs possuem várias classificações. Em situações de emergência

a mais importante é quanto sua ação no sistema nervoso central (SNC), desta forma são classificadas em três tipos:

- Depressoras: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, inalantes, opiáceos.
- Estimulantes: cocaína e derivados, anfetaminas, metanfetaminas, nicotina, cafeína.
- Perturbadoras: maconha e derivados, drogas alucinógenas, medicamentos anticolinérgicos ([BATISTA & DOS REIS, 2010](#)).

O [Quadro 11.2](#) apresenta os sintomas mais comumente vistos para cada caso e de acordo com a SPA utilizada. Nem todos os sintomas estarão sempre presentes e quanto maior for o grau de intoxicação ou de síndrome de abstinência maior será a chance de estes estarem presentes e com maior magnitude ([JORGE, 2007](#)).

---

## Quadro 11.2

### Sinais e sintomas de intoxicação e síndrome de abstinência por substâncias psicoativas

---

Intoxicação	Síndrome de abstinência
<b>Depressoras</b>	<b>Depressoras</b>
Euforia, bem-estar, aumento da sociabilidade, labilidade do humor, comportamentos inapropriados, dificuldades de fala, incoordenação motora, distorções de percepção, ataxia, miose, sedação, coma	Tremores de extremidades ou generalizados, ansiedade, inquietação, sudorese, taquicardia, hipertensão arterial, hipotensão ortostática, sensação de fraqueza, dores musculares, piloereção, vômitos, náuseas, convulsões, coma
<b>Estimulantes</b>	<b>Estimulantes</b>
Euforia, bem-estar, aumento de psicomotricidade, taquilalia, hiper-reflexia, humor irritável, inapetência, sudorese, náuseas, vômitos,	Sintomas depressivos, ansiedade, inquietação, sonolência, hiperfagia, cefaleia, irritabilidade, diminuição de

taquicardia ou bradicardia, hipertensão arterial ou hipotensão, taquipneia, depressão respiratória, midriase, diarreia, delírios, alucinações, ilusões, convulsões, coma	frequência cardíaca e respiratória
<p><b>Perturbadoras</b></p> <p>Alucinações, ilusões, distorções perceptuais (tempo, espaço), incremento na percepção (cores, sabores, tato, olfato), delírios místicos, delírios persecutórios (secundários), relaxamento, euforia, ansiedade, sudorese, midriase, conjuntivas hiperemiacadas, boca seca, hipertensão arterial, taquicardia, convulsões, coma</p>	<p><b>Perturbadoras</b></p> <p>Sintomas inespecíficos, ansiedade, tremores, humor disfórico, letargia, fadiga, insatisfação, cefaleia, insônia, pesadelos, redução do apetite, cólicas suor excessivo, câimbras musculares, sintomas depressivos que podem estar acompanhados de ideação suicida</p>

## Avaliação geral de casos relacionados com as SPAs

De modo geral a função do pronto-socorro, para estes casos, é aliviar ou retirar os sintomas que levaram o indivíduo ao atendimento, fazendo manutenção da vida e posteriormente esclarecendo e motivando esse paciente a buscar algum tipo de auxílio fora da situação de emergência; como, por exemplo, o tratamento ambulatorial (JORGE, 2007). É importante lembrar que nem todas as pessoas que dão entrada em situações de emergência envolvendo consumo de SPA serão dependentes químicos. Podemos ter pessoas que experimentam apenas uma única vez e procuram o serviço devido ao grau intenso de intoxicação (rebaixamento do nível de consciência, taquicardia) ao desencadeamento de quadros psiquiátricos (quadros de ansiedade, psicoses) ou outras situações clínicas (lesões após quedas, traumatismos por acidentes) (BORGES et al., 2005).

A anamnese, o exame físico e o exame psíquico são instrumentos básicos para o reconhecimento dessas situações. A avaliação desses indivíduos pode estar comprometida por diferentes dificuldades de comunicação; desde o paciente que voluntariamente não quer falar sobre o que consumiu ou seus hábitos relacionados com o uso de SPA, até pacientes que apresentam rebaixamento do nível de consciência ou que devido a sintomas psiquiátricos não estejam habilitados a dar informações precisas (JORGE, 2007).

A entrevista deve ser realizada com o paciente desacompanhado e, posteriormente, caso seja possível, com acompanhantes. Obviamente que em casos com maior necessidade de intervenções imediatas, entrevistas mais detalhadas e com maior precisão podem ser postergadas, devendo colher minimamente dados que deem respaldo às decisões que serão tomadas (JORGE, 2007). Exames físicos e exames complementares são de extrema importância e serão descritos de acordo com a SPA utilizada, porém de um modo geral podemos utilizar questionamentos a respeito do consumo de substâncias no momento da investigação com o paciente e/ou acompanhantes.

Veja no [Quadro 11.3](#) os principais dados a serem questionados

acerca do consumo de SPA no momento da entrevista.

---

### Quadro 11.3

#### **Informações relevantes acerca do consumo de SPAs na emergência**

---

- Qual ou quais os tipos de substâncias utilizadas? Com que frequência consome?
  - Quando foi o último consumo e qual a quantidade utilizada?
  - Qual a via utilizada desse consumo? (oral, inalada, injetada, fumada)\*
  - Utiliza outras substâncias?
  - Faz ou fez tratamentos para problemas relacionados com o consumo de SPA?
  - Utiliza medicamentos? Utiliza estes juntamente com SPA?
  - Já apresentou sintomas como o que o traz ao serviço de emergência? (p. ex., síndrome de abstinência, quadros psicóticos, taquicardias)
  - Se sim, esses sintomas foram tratados? Passaram sem tratamento? Precisou internar? Recebeu medicamentos ou alguma conduta médica? Aderiu ao recomendado?
- 

\* A via em que a droga foi utilizada é de grande importância nas avaliações de pronto-socorro. Sabemos que SPAs utilizadas via oral costumam ter maior tempo de ação e maior tempo para início dos efeitos. Drogas injetadas ou fumadas possuem efeitos imediatos e costumam ter duração mais curta. As drogas que são utilizadas por inalação (com exceção dos solventes/inalantes) seriam intermediárias quanto ao tempo de início de ação e de duração (BATISTA & DOS REIS, 2010).

É necessário não descartar outras possibilidades diagnósticas clínicas e psiquiátricas simplesmente pelo fato de no momento da avaliação haver indícios de intoxicação ou mesmo síndrome de abstinência. O uso de drogas pode levar a doenças físicas e mentais e existe também uma íntima relação entre doenças mentais e um maior consumo de SPAs (JORGE, 2007).

## **Manejo geral de quadros relacionados com as SPAs**

Vários sintomas e quadros podem estar relacionados com o consumo de SPAs ou mesmo sua cessação, mas nem todos necessitarão de atenção em pronto-socorro. Entre os quadros que necessitam de cuidados imediata estão:

- Intoxicações agudas de moderadas a graves.
- Síndromes de abstinência de moderadas a graves.
- Sintomas clínicos graves que necessitem de estabilização.
- Riscos de autoagressão, heteroagressão, riscos à ordem pública, exposição social e incapacidade de autocuidado.

Existem medidas gerais que podem ser tomadas para determinadas situações independentemente da substância que as provocou. No [Quadro 11.4](#) são apresentadas medidas gerais para pacientes em pronto-socorro.

---

### **Quadro 11.4**

---

#### **Medidas gerais em pronto-socorro para casos que envolvem SPA**

---

##### **Medidas não medicamentosas**

- Oferecer ambiente calmo, com o mínimo de estímulos e seguro
- Monitorar sinais vitais e comportamentos
- Colher exames laboratoriais básicos
- Hidratação e reposição de eletrólitos (caso haja necessidade)
- Oferecer dieta adequada
- Contenção no leito em caso de agitação psicomotora

##### **Medidas medicamentosas gerais**

Ansiedade: benzodiazepínicos como o Diazepam 10 mg VO (não fazer em casos de intoxicação por SPA depressoras do SNC)

Agitação, agressividade, sintomas psicóticos: antipsicótico como haloperidol 5 mg/IM ou VO (forma de uso de acordo com a aceitabilidade do paciente)

---

Pacientes podem chegar ao pronto-socorro voluntariamente ou levados por outras pessoas. Podem aceitar o tratamento proposto, podem, logo no início do atendimento, discordar da internação em PS, ou podem aceitar permanecer em observação e mudar de ideia minutos, horas ou mesmo dias após ter iniciado o tratamento. Caso a observação seja necessária é de grande valia o médico conhecer critérios de internação voluntária e involuntária descritos neste livro. A seguir apresentamos as principais SPAs em pronto-socorro e as condutas a serem tomadas para cada situação.

## Álcool

O álcool etílico, na forma de bebidas alcoólicas, continua sendo a substância psicoativa mais consumida em todo o mundo, acarretando transtornos mentais em diferentes níveis e que cursa como um dos problemas de saúde menos tratados mesmo em países desenvolvidos. Pela enorme frequência, problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas são uma frequente causa de busca aos serviços de emergência. Dentre os principais quadros observados nesse tipo de atendimento estão a intoxicação alcoólica aguda e a síndrome de abstinência ao álcool ([CONNOR et al., 2015](#); [SADOCK, 2017](#)).

### Intoxicação alcoólica aguda

É um quadro clínico transitório, provocado pela ingestão de bebidas contendo álcool. Essa condição provoca interferências no funcionamento físico e psíquico do indivíduo. Apresenta diferentes estágios que vão de alteração leve de atenção à euforia, e até mesmo o coma e a morte.

Os fatores relacionados com as diferentes apresentações dos quadros de intoxicação estão no [Quadro 11.5](#) ([AOKI, 2007](#); [DIEHL et al., 2011](#), [CONNOR et al., 2015](#)).

---

### Quadro 11.5

#### Fatores relacionados com intensidade da intoxicação alcoólica

---

Peso corpóreo	Quantidades iguais de álcool ingerido provocarão menos alterações nos indivíduos com maior peso
Velocidade de consumo	Quanto mais rapidamente se ingere, maior será o tempo necessário para que ocorra a metabolização e excreção
Número de doses consumidas	Quanto maior o número de doses consumidas, maior o risco de intoxicações mais graves
Menores níveis séricos de álcool	Ser de determinados grupos étnicos (p. ex., orientais) ou gênero (mulheres) pode determinar maior

desidrogenase	velocidade de intoxicação
Experiências prévias	Quanto maior for a tolerância ao álcool maior será a necessidade de doses maiores para atingir a intoxicação
Presença de alimento no estômago	Diminui as chances de uma rápida intoxicação alcoólica

## Avaliação da intoxicação alcoólica aguda

Pacientes intoxicados possuem maior tendência a tentativas de suicídio, acidentes de trânsito, brigas, comportamento sexual de risco e no momento da avaliação todas essas possibilidades devem ser investigadas diretamente com o paciente e/ou seus acompanhantes. A anamnese deve conter questionamentos acerca do tipo de bebida ingerida, quantidades, e horário em que isso aconteceu, além da possibilidade do uso concomitante com outras substâncias psicoativas. Também é importante saber sobre os padrões de consumo como frequência de uso e possíveis problemas associados à ingestão do álcool tanto do ponto de vista clínico (p. ex., doenças associadas direta ou indiretamente) quanto psicossocial (p. ex., violência, exposições sociais, demissões, acidentes de trânsito) ([AOKI, 2007](#); [DIEHL et al., 2011](#); [CONNOR et al., 2015](#)).

No exame físico do paciente intoxicado por álcool devemos atentar para a ação depressora do sistema nervoso central e alterações clínicas devido à presença de complicações agudas (ou seja, quadros hipertensivos, hipoglicemia, desidratação, hemorragias, traumatismos crânioencefálicos) ou crônicas (isto é, desnutrição e hepatomegalia). Os sintomas mais comuns de intoxicação são: hálito etílico, marcha ebria, conjuntivas hiperemiacas, miose, ataxia, disartria, rebaixamento do nível de consciência, por causa deste último devemos dar especial atenção à avaliação cardíaca e respiratória ([DIEHL et al., 2011](#); [AMB, 2012](#)). Pacientes comatosos devem ser sempre avaliados quanto a possibilidade de intoxicação por outras substâncias ou outras formas de indução deste quadro ([AMARAL et al., 2010](#)). Melhores

quantificações do nível de intoxicação poderiam ser obtidas com a utilização de bafômetro ou através da investigação de alcoolemia sanguínea, que são práticas pouco comuns em prontos-socorros brasileiros.

Alterações psíquicas/comportamentais mais comuns nos quadros de intoxicação: perda de crítica, euforia, labilidade do humor, irritabilidade, impulsividade, agitação ou lentificação psicomotora, distorções nas percepções além de comportamentos incomuns à pessoa (DIEHL et al., 2011; AMB, 2012). É importante lembrar que nos quadros de intoxicação muitos pacientes podem estar pouco colaborativos com os profissionais da emergência, o que pode ser verificado desde a negação em oferecer dados simples de anamnese até por tentativas de evasão ou mesmo embates físicos.

Além de hemograma completo, eletrólitos e provas de função hepática e renal é importante solicitar outros exames de acordo com o histórico do paciente (p. ex., em caso de TCE solicitar tomografia computadorizada de crânio; raios x de tórax se houver suspeita de broncoaspiração) (DIEHL et al., 2011).

## Manejo da intoxicação alcoólica aguda

O quadro clínico determina qual melhor conduta a ser tomada para cada caso. Pacientes com intoxicação aguda leve são mais raros em serviços de emergência e esta é autolimitada, já pacientes com agitação psicomotora ou quadros nos quais ocorram alterações dos níveis de consciência precisam de maior atenção e cuidados.

No [Quadro 11.6](#) estão apresentados os sintomas relacionados com a intoxicação aguda e as condutas cabíveis (AOKI, 2007; AMB, 2012; CONNOR et al., 2015).

---

### Quadro 11.6

#### Sintomas de intoxicação e condutas

---

Quadro clínico	Condutas
Alterações leves de atenção, euforia, excitação, incoordenação motora	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambiente calmo</li><li>• Monitoramento dos sinais</li></ul>

discreta, alterações discretas de humor	<p>vitais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer dieta leve e líquidos via oral</li> <li>• Avaliar a necessidade de: Tiamina 300 mg/IM e</li> <li>• Hidratação e reposição de glicose</li> </ul>
Incoordenação motora pronunciada com ataxia, diminuição da concentração, redução de reflexos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados intensivos a manutenção das vias aéreas livres</li> <li>• Observar risco de aspiração de vômito</li> </ul>
Agitação psicomotora, hétero ou autoagressividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo interpessoal realizado por equipe médica ou de enfermagem</li> <li>• Avaliar a possibilidade de contenção física e realizar ação neste sentido, se necessário</li> <li>• Utilização de antipsicótico típico, p. ex., haloperidol 5 mg/IM</li> </ul>
Náuseas e vômitos Nistagmo, disartria, amnésia, hipotermia, anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados gerais para manutenção da vida</li> </ul>
Coma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados gerais para manutenção da vida; seguir diretriz para abordagem ao coma</li> </ul>

## Atenção especial

1. Em indivíduos hígidos, o álcool é metabolizado a uma velocidade de 10 a 30 mg por hora. A introdução de soro fisiológico ou glicose hipertônica, somente deve ser realizada em casos respectivamente de desidratação e de hipoglicemias.

Tais condutas não abreviarão o tempo de intoxicação (AMARAL et al., 2010; DIEHL, 2010).

2. Apesar de uma recente revisão da literatura apontar poucas evidências de que a reposição de glicose endovenosa esteja relacionada com o surgimento da síndrome de Wernicke-Korsakoff (SHABELMAN & KUO, 2012), segue a prática de realizar tiamina 200 mg (CONNOR et al., 2015) ou 300 mg IM, 30 minutos antes de repor glicose, caso seja necessário (AMB, 2012).
3. Pacientes agitados e/ou agressivos devem ser contidos no leito (ver o capítulo sobre contenção) avaliando constantemente além do quadro clínico a necessidade de manutenção dessa contenção (AOKI, 2007; DIEHL, 2010).
4. Lembrar que uma grande parte dos pacientes intoxicados por álcool, atendidos em situação de emergência, não possuem comorbidades psiquiátricas. Manter contenção física em paciente que não esteja mais apresentando quadro de intoxicação ou que não apresente outras justificativas clínicas ou psiquiátricas pode ser considerado cárcere privado, segundo o artigo 148, inciso II do Código Penal brasileiro (BRASIL, 2018).
5. Não utilizar medicamentos que potencializem os efeitos depressores do sistema nervoso central como benzodiazepínicos ou anti-histamínicos. Em caso de agitação psicomotora recomenda-se apenas a utilização de antipsicóticos de alta potência como o haloperidol. Dose recomendada de 5 mg/IM. Se necessário, repetir em intervalos de 30 minutos (AOKI, 2007; DIEHL, 2010).
6. Apesar de metade das mortes relacionadas com o consumo de álcool ser por questões hepáticas não se pode descartar outras situações nos quadros de intoxicação, como ideação suicida (GARCIA et al., 2015; GONÇALVES et al., 2015), portanto, tratada a intoxicação, reavaliar o paciente investigando outros riscos ou diagnósticos relacionados com o quadro de intoxicação (como síndrome de dependência de álcool,

utilização de outras drogas de abuso, ideação suicida/homicida), cujo papel do álcool poderia ser de facilitador (LIMA et al., 2010).

7. O uso de carvão ativado em casos de intoxicação alcoólica é ineficaz, visto que este não consegue absorver o álcool (AMARAL et al., 2010).
8. A tiamina deve ser administrada via intramuscular, existe menor evidência de anafilaxia nesta via que por via endovenosa (LATT & DORE, 2014).
9. Intoxicação patológica é um quadro raro no qual o indivíduo, após ingerir pequena quantidade de álcool, apresenta reação súbita de extrema violência e agressividade. O diagnóstico é feito por exclusão. O tratamento na urgência é igual ao da intoxicação alcoólica comum, porém, no momento da alta, o paciente deve ser orientado a manter-se abstinente até a realização de investigação ambulatorial completa com especialista e neurologista (DIEHL, 2010; SADOCK, 2017).

## **Síndrome de abstinência do álcool (SAA)**

É um quadro característico da síndrome de dependência do álcool, cujos sinais e sintomas podem surgir nas primeiras horas após a interrupção ou mesmo a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas. Quanto maior for a intensidade da dependência maior será a gravidade dos sintomas da SAA, que estão relacionados com o aumento da atividade autonômica no SNC, como visto no [Quadro 11.7](#).

---

### **Quadro 11.7**

#### **Como a ausência do álcool produz sintomas de abstinência**

---

O álcool potencializa a ação do ácido gama-aminobutírico (GABA) que, por sua vez, tem a função de inibir o SNC, provocando sedação. Ao longo da síndrome de dependência do álcool ocorre tolerância deste sistema, que cada vez mais precisará de doses maiores de álcool para promover essa sedação. Na ausência do álcool, o sistema GABA responderá menos e o sistema glutamatérgico (que provoca excitação do SNC) terá ação mais intensa, provocando assim a hiperexcitabilidade neuronal vista na SAA.

A sintomatologia dependerá do nível da SAA, os físicos mais comuns são: tremores de extremidades, sudorese, taquicardia, hipertensão arterial, cefaleia, náuseas e vômitos, hipersensibilidade ao som e luz e câimbras. Dentre as alterações psíquicas estão os quadros de ansiedade, insônia, alterações de humor e inquietação. O curso é flutuante, autolimitado, com duração de 5 a 7 dias e com pico dos sintomas acontecendo nas 24/48 horas após o início do quadro. Complicações possíveis são as convulsões, o *delirium tremens* e a síndrome de Wernicke-Korsakoff ([AOKI, 2007; AMB, 2012; BRUST, 2014; CONNOR et al., 2015](#)).

## **Avaliação da síndrome de abstinência do álcool**

A anamnese investiga uma possível história de consumo contínuo de álcool com abrupta parada ou redução dessa ingestão evoluindo para

alterações psíquicas (como ansiedade, irritabilidade e insônia) e em seguida com o surgimento de sintomas autonômicos. A investigação clínica averigua possíveis alterações presentes em pessoas que estão em uso contínuo e crônico de bebidas alcoólicas, vistas no [Quadro 11.8](#).

---

### Quadro 11.8

#### Sistemas e patologias associadas ao consumo contínuo de bebidas alcoólicas

Sistema	Patologias
Cardiovascular	Hipertensão arterial Acidente cerebrovascular Arritmias atriais Miocardiopatia alcoólica Insuficiencia cardíaca congestiva
Neurológico	Síndrome de Wernicke-Korsakoff Degeneração cerebelar alcoólica Encefalopatia hepática Demência alcoólica Neuropatia periférica
Hematológico e autoimune	Anemia Leucopenia Trombocitopenia Imunossupressão sistêmica
Gastrointestinal	Varizes esofágicas Esofagite Síndrome de Mallory-Weiss Gastrite aguda Lesões em microvilosidades intestinais Varizes anorretais
Hepático	Esteatose hepática Hepatite alcoólica Cirrose
Pancreático	Pancreatite aguda e crônica

Pulmonar	Pneumonias Tuberculose
Renal	Insuficiência renal crônica
Celular	Câncer de boca, laringe, esôfago, estômago, fígado e mama

Os tremores podem ser detectados em diferentes intensidades. Alguns pacientes referem-se apenas à sensação de tremores internos. Esses tremores podem ser melhor averiguados solicitando ao paciente que estenda os membros superiores com os dedos afastados ou que faça protusão da língua.

Além disso, devemos verificar:

1. A possibilidade de alterações recentes resultantes diretamente da SAA, como ferimentos e TCE (após quadro de convulsão).
2. A ingestão de outras substâncias contendo álcool em concentração menor, ou que o indivíduo acreditava conter álcool (como perfumes, desodorantes, produtos de limpeza) promovendo surgimento de sintomas de abstinência mesmo na presença de hálito etílico (lembre que a SAA pode ocorrer por cessação ou apenas pela redução do consumo dessa substância).
3. O uso de medicamentos que possam atenuar ou mascarar sintomas da SAA, como os betabloqueadores ([AMARAL et al., 2010](#)).
4. A presença de patologias de base capazes de exacerbar ou provocar quadros confusionais semelhantes aos vistos na SAA.

O rastreamento de comorbidades clínicas deve ser realizado com exames laboratoriais e de imagem.

Os principais exames complementares estão no [Quadro 11.9](#) ([AOKI, 2007](#)).

---

## Quadro 11.9

### **Principais exames complementares na SAA**

---

- Hemograma
  - Eletrólitos: sódio, potássio, cálcio e magnésio
  - Glicemia
  - Provas de função renal: ureia e creatinina
  - Provas de função hepática: TGO, TGP, GGT, bilirrubinas, tempo de protrombina, proteínas totais e frações
  - Colesterol e triglicerídeos
  - Urina I
  - Raios X de tórax
  - ECG
- 

## Manejo da SAA

O tratamento da SAA deve ser estabelecido de acordo com a gravidade do caso e tem como objetivos principais: aliviar a sintomatologia; prevenir complicações como as convulsões e o *delirium*; promover vínculo e engajamento do paciente no tratamento de dependência do álcool e prevenir o surgimento de SAA mais graves no futuro a partir de um tratamento adequado ([AMB, 2012](#)).

A SAA é classificada em dois níveis: leve e moderado (nível I) e grave (nível II). Uma boa maneira de mensurar a gravidade da SAA é através da utilização da CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised). Tal instrumento é de fácil utilização, com um mínimo de treinamento e rápida aplicação (cerca de 2 a 5 minutos para ser realizado), composto de 10 itens que fornecem subsídios para a escolha do melhor tratamento. A CIWA-Ar pode ser útil também na verificação da eficácia da terapêutica escolhida, a partir do momento em que ao repetir o teste, após iniciado o tratamento, os escores deverão progressivamente apresentar menor pontuação. Os escores para SAA vão de 0 a 9 para SAA leve, para moderada de 10 a 18 e grave as pontuações que ficarem acima de 18 ([AOKI, 2007](#)).

### Nível I (leve/moderado)

Uma grande parte dos pacientes não necessita de sedação e, por tanto, o tratamento pode ser realizado em ambiente ambulatorial ou

domiciliar. O tratamento da SAA leve/moderada pode ser visto no [Quadro 11.10](#) ([AOKI, 2007](#); [DIEHL, 2010](#); [AMB, 2012](#); [CONNOR et al., 2015](#)).

---

## Quadro 11.10

### Condutas na SAA leve/moderada

---

#### Tratamento da SAA Nível I

- Orientar paciente e familiares a respeito do quadro, tratamento e evolução
  - Repouso relativo em ambiente calmo e com mínimo de estimulação audiovisual
  - Dieta leve
  - Hidratação adequada
  - Corrigir alterações eletrolíticas quando houverem
  - Reposição de tiamina 300 mg/IM nos primeiros 7 dias
  - Depois desse período manter mesma dose de Tiamina via oral/dia
  - Utilização de benzodiazepínicos em pacientes com sintomas mais intensos
  - Diazepam (ou outro benzodiazepínico em dose equivalente) 20 a 40 mg/dia VO
  - Lorazepam (para idosos ou hepatopatas) 4 a 8 mg/dia VO
  - Após melhora reduzir gradualmente a dose e retirar ao longo de uma semana
  - Mesmo em doses baixas contraindicar a condução de veículos
  - Orientar a busca ou retorno ao tratamento ambulatorial especializado como forma de prevenção de recaída
  - Retorno imediato ao serviço de emergência em caso de piora como alteração do nível de consciência ou alteração tómporo-espacial
- 

A utilização de benzodiazepínicos na SAA se baseia no fato de essa classe de medicamentos apresentarem tolerância cruzada com o álcool e serem os mais seguros e eficazes devido à sua ação sedativa e ansiolítica (reduzindo os sintomas autonômicos). Além disso, reduzem os riscos de convulsão, são miorrelaxantes e previnem o *delirium tremens*. As doses a serem utilizadas devem ser adequadas à intensidade de sintomas de cada paciente. Doses máximas possíveis a

serem utilizadas não são descritas na literatura (AMB, 2012). Cuidados especiais devem ser tomados ao se utilizar tais medicamentos em pacientes que apresentem patologias pulmonares devido à sua capacidade de provocar depressão respiratória (BRUST, 2014). O papel do Diazepam foi reavaliado e esse medicamento segue sendo escolha efetiva para pacientes em SAA devido ao seu rápido efeito calmante e meia-vida longa (MUZYK et al., 2013).

## Nível II (Grave)

Necessitam de intervenção hospitalar devido aos riscos de complicações associadas e a necessidade de maior monitoramento dos medicamentos prescritos (DIEHL et al., 2011).

Pacientes em SAA nível II apresentam agitação psicomotora intensa, tremores generalizados, sudorese profusa, cefaleia, náuseas, vômitos, fotofobia, quadros epileptiformes recentes. No momento da avaliação, esses pacientes podem apresentar desorientação temporal-espacial, ansiedade intensa, agitação e agressividade, juízo crítico comprometido, podem estar delirantes, com conteúdo desagradável do pensamento e alucinações tátteis ou auditivas. Podem ter apresentado recentemente episódio de violência contra si ou outras pessoas, relacionado com os sintomas descritos. São pacientes que devido ao uso contínuo e crônico de álcool podem estar socialmente comprometidos, com relacionamentos ruins e muitas vezes apenas se relacionando com pessoas que fazem parte do ritual de consumo de bebida. Normalmente em situação de subemprego ou desempregados. O tratamento da SAA grave está no [Quadro 11.11](#) (AOKI, 2007; AMB, 2012).

---

## Quadro 11.11

### Tratamento da SAA grave

---

- Orientar paciente e familiares a respeito do quadro, tratamento e evolução
- Repouso absoluto

- Monitoramento da glicemia, eletrólitos e hidratação
  - Monitoramento dos sintomas de hora em hora pela CIWA-Ar (até sedação leve)
  - Dieta leve assistida ou jejum
  - Reposição de tiamina 300 mg/IM nos primeiros 7 dias; depois desse período manter mesma dose de Tiamina via oral/dia
  - Utilização de benzodiazepínicos até atingir sedação leve
  - Diazepam (ou outro benzodiazepínico em dose equivalente) 10 a 20 mg/hora vo
  - Lorazepam (para idosos ou hepatopatas) 2 a 4 mg/hora vo
  - Somar as doses totais das primeiras 24 horas. Nos dias seguintes fazer retirada de 25% da dose anterior até dose segura para ser administrada em casa
  - Na alta, seguem os mesmos procedimentos do tratamento da SAA nível I
- 

## Atenção especial

1. A hipomagnesemia pode surgir no início da SAA e retorna ao normal antes do surgimento do *delirium tremens* (BRUST, 2014).
2. Hipocalemia pode responder ao tratamento somente após a correção da hipomagnesemia (CORDEIRO, D. C. & BALDAÇARA, L. 2017).
3. Não hidratar indiscriminadamente (AOKI, 2007).
4. Não administrar diazepam via intramuscular, nesta forma a absorção é errática e lenta, promovendo picos de concentração plasmática inferiores aos encontrados na administração por via oral (DIEHL et al., 2011).
5. Não administrar benzodiazepínicos em doses altas via oral ou intravenosa onde não haja recursos para reverter parada respiratória (AOKI, 2007).
6. Não manter longe da atenção da enfermagem, paciente em sedação, mesmo que esta seja leve (AOKI, 2007).
7. Evitar a utilização de clorpromazina e fenil-hidantoína devido à possibilidade de diminuição do limiar convulsivante (DIEHL, 2010).

8. A tiamina deve ser mantida até a melhora da SAA ou de forma continua se o paciente não tiver intenção de manter abstinência após receber alta (LATT & DORE, 2014).
9. Oferecer auxílio no momento das refeições e na hidratação oral aos pacientes com tremores mais intensos ou àqueles cujos níveis de sedação compromete os movimentos e reflexos. Aspirar alimentos e/ou líquidos pode resultar em óbito.
10. A utilização da carbamazepina como tratamento da SAA vem se tornando comum na Europa e Estados Unidos. Doses diárias de 800 mg/dia teria eficácia semelhante ao uso de benzodiazepínicos (SADOCK, 2017) Quadro 11.12.
11. Betabloqueadores (como o propranolol e o atenolol) e agonistas alfa-2-adrenérgicos (como a clonidina) podem proporcionar piora dos sintomas alucinatórios (AOKI, 2007).
12. Pacientes idosos são mais propensos a evoluírem com *delirium* (AMB, 2012).

---

## Quadro 11.12

### Utilização de álcool no tratamento da SAA

---

#### “Poção de Todd”

- Alguns profissionais médicos acreditam que soluções contendo álcool se oferecidas via oral para pacientes podem ser utilizadas no tratamento da SAA. Segundo o parecer do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) de 27/05/1997 esta é uma prática anacrônica, realizada por médicos que deveriam estar atualizados com o tratamento de SAA. Vale ressaltar que apesar de não poder ser considerada uma contravenção penal, já que não visa prejudicar o paciente, o CREMESP não endossa práticas sem comprovação de eficácia (**CREMESP, 1996** ).
- A ação tóxica no organismo torna o álcool ineficaz no tratamento da SAA (**BRUST, 2017**).

## **Complicações da SAA**

Parte dos pacientes apresentando SAA grave evoluirá para quadros de maior complexidade. Dentre os mais comumente vistos estão:

## Convulsões

São contrações musculares involuntárias de partes ou de todo o corpo, é uma síndrome multifatorial. Crises convulsivas relacionadas com álcool (CRA) correspondem a cerca de 20% a 40% de todos os casos de convulsão atendidos em prontos-socorros. Podem ser divididas em: crises sintomáticas e as crises relacionadas com a abstinência do álcool (CAbs). As primeiras são resultantes de distúrbios metabólicos, lesões causadas por traumas e alterações vasculares. As CAbs surgem de 6 a 48 horas após cessação ou redução da ingestão de bebidas alcoólicas ([DE OLIVEIRA et al., 2016](#)).

As convulsões se caracterizam por serem tônico-clônicas, generalizadas e estereotipadas e ocorrerem juntamente com outros sintomas de SAA. Acredita-se que desequilíbrios nas atividades excitatórias de receptores glutamatérgicos e inibitórias de receptores GABA seriam a principal causa bioquímica do surgimento das CAbs. Após a primeira crise outras poderão surgir em um período de 3 a 6 horas. Cerca de 8% dos pacientes com CAbs evoluirão para estado de mal epilético que é caracterizado por várias crises sucessivas e recorrentes com incompleta recuperação do estado de consciência entre essas crises ou pela presença de uma convulsão durando mais de 30 minutos ([DE OLIVEIRA et al., 2016](#)).

## Avaliação das convulsões

- Exame neurológico: Não é capaz de descartar completamente a possibilidade de lesões estruturais cerebrais como lesões por trauma ou acidente vascular. Crises focais em vez de crises tônico-clônicas podem indicar presença de lesões focais ([DE OLIVEIRA et al., 2016](#)).
- Exames laboratoriais: São necessários para descartar causas metabólicas como hipomagnesemia ou hipoglicemias, esta última é responsável por 2% das crises convulsivas entre pacientes com SAA ([DE OLIVEIRA et al., 2016](#)).
- Eletroencefalograma: A maioria dos pacientes com CRA não

apresenta anormalidades em exames em EEG realizados entre as crises, alguns podem apresentar lentificação difusa do traçado. O surgimento de anormalidades focais no EEC pode ser indício de lesões focais (DE OLIVEIRA et al., 2016).

- Tomografia computadorizada ou ressonância magnética são necessárias para melhor investigação de lesões estruturais (DE OLIVEIRA et al., 2016).

O Quadro 11.13 apresenta o tratamento das CABs.

---

### Quadro 11.13

#### Tratamento das convulsões nos quadros de SAA

---

- Tomar medidas protetivas durante a crise:
  - 1. Para evitar traumas e quedas deitar o paciente, remover objetos e proteger a cabeça com a mão, roupas, travesseiro.
  - 2. Afrouxar roupas apertadas.
  - 3. Para evitar aspiração, lateralizar a cabeça do paciente.
  - 4. Para facilitar respiração, garantir vias aéreas livres, limpar secreções salivares.
  - O tratamento da convulsão será de acordo com a causa:
  - Lesões estruturais talvez necessitem de procedimento cirúrgico.
  - Distúrbios metabólicos devem ser corrigidos.
  - Para as CABs
  - 1. Diazepam 10 mg EV ou 0,15 mg/kg a 2,5 mg/min
- 

#### Atenção especial nas crises convulsivas

1. Anticonvulsivantes não são necessários para o tratamento das CABs; porém, em situações de emergência pode ser muito difícil definir a causa de uma crise epilética; o que pode resultar na prescrição desses medicamentos. É importante descontinuar tal terapêutica após ter sido identificada a CABs como causa da crise convulsiva (SADOCK, 2017).
2. Mais de 30% dos pacientes apresentando CABs não hospitalizados evoluirão para *delirium tremens*. Esse risco cai

para apenas 5% quando o paciente está em regime hospitalar (DE OLIVEIRA et al., 2016).

3. A fenitoína é contraindicada nas CAbs devido à possibilidade de aumentar os riscos de recorrências de crises durante o período de abstinência (DE OLIVEIRA et al., 2016).
4. CAbs podem ocorrer mesmo sem outros sintomas de SAA (**SULLIVAN 2017**).

## **Delirium tremens**

Caracteriza-se por ser um quadro de confusão mental flutuante, agudo e autolimitado e potencialmente letal. Surge 48 a 72 horas após a instalação dos sintomas de SAA. Cerca de 5% dos indivíduos internados por SAA evoluirão ao *delirium tremens* (SADOCK, 2017).

### **Avaliação do delirium tremens**

Indivíduos hígidos dificilmente terão *delirium tremens* durante a síndrome de abstinência, ou seja, ter um paciente com *delirium* é sinal que uma investigação clínica apurada deve ser realizada para encontrar outras patologias (DIEHL, 2010).

Ao exame além dos sintomas da SAA nível II, (como tremores grosseiros de extremidades, sudorese profusa, taquicardia e aumento de temperatura) associados ao nível de consciência rebaixado, estreitamento do campo vivencial e desorientação têmpero-espacial, além de prejuízos na memória de fixação e desagregação do pensamento. Alterações comportamentais como: desorganização, agitação, humor disfórico que pode resultar em quadros de agressividade verbal e física. Podem estar presentes alucinações frequentemente relatadas como a presença de pequenos animais vistos ou sentidos caminhando sobre a pele. Quando há delírios, estes não costumam ser sistematizados (AOKI, 2007; DIEHL et al., 2011; SADOCK, 2017).

O tratamento do *delirium tremens* encontra-se no [Quadro 11.14](#).

---

### **Quadro 11.14**

---

#### **Tratamento do *delirium tremens***

---

- Mesmos procedimentos para a SAA nível II (incluindo hospitalização)
- Tratamento das complicações clínicas
- Diazepam 10 mg EV. Repetir em 5 a 15 minutos até acalmar o paciente ou normalizar sinais vitais
- Pacientes refratários aos benzodiazepínicos: intubação endotraqueal e anestesia geral com propofol ou barbitúricos

- Fenômenos alucinatórios – Haloperidol 5 mg/IM
- 

## Atenção especial no *delirium tremens*

1. Pacientes idosos assim como portadores de outras doenças clínicas (como pneumonia ou pancreatite) costumam apresentar quadros ainda mais graves (SULLIVAN, 2014).
2. A mortalidade do *delirium tremens* é alta, em torno de 15% a 20%. É frequentemente associada a quadros como sepse, doença renal, insuficiência hepática ou doença cardíaca como arritmias devido ao aumento do intervalo QT, que pode surgir na SAA (SADOCK, 2017; BRUST, 2014).
3. É preciso lembrar que esses pacientes podem ser virgens ao tratamento com antipsicóticos. A utilização de antipsicóticos típicos como o haloperidol pode gerar o surgimento de sintomas extrapiramidais. Oferecer doses mais baixas é uma forma de evitar mais essa complicação (Cordeiro & Baldaçara, 2007).
4. Como opção de antipsicótico, a quetiapina vem mostrando bons resultados em pacientes com *delirium*, pois promove sedação com menores chances de surgimento de efeitos extrapiramidais (HAWKINS et al., 2013).
5. Sintomas extrapiramidais costumam ser tratados com medicamentos anticolinérgicos, como o biperideno. Porém, essa classe de remédios tanto pode desencadear quadros de *delirium* como podem piorar o *delirium* preexistente (Cordeiro & Baldaçara, 2007).

## **Síndrome de Wernicke-Korsakoff**

É um quadro composto pela encefalopatia de Wernicke (que é aguda) e a síndrome de Korsakoff (cuja sintomatologia é a presença de quadro demencial de caráter crônico). Wernicke também é conhecida como encefalopatia alcoólica; e caracteriza-se por uma tríade composta por ataxia (relacionada com alterações vestibulares) confusão mental e oftalmoplegia como nistagmo horizontal ou paralisia orbital lateral. Ambas as síndromes estão relacionadas com a deficiência de vitamina B1(tiamina). Lesões neuropatológicas simétricas e paraventriculares estão presentes em várias regiões como hipotálamo, cerebelo, tálamo e mesencéfalo ([Cordeiro & Baldaçara, 2007](#); [SADOCK, 2017](#)).

## **Avaliação da síndrome de Wernicke-Korsakoff**

Na anamnese devemos coletar dados acerca do consumo de bebidas alcoólicas e histórico de nutrição, incluindo quadros de vômito e diarreia. Importante realizar anamnese objetiva com acompanhante, de preferência familiar ou alguém que conheça o paciente, antes dos sintomas relacionados com quadro demencial. Importante investigar outras patologias, visto que essa síndrome também pode ser causada por diversos problemas como: neoplasias, cirurgias gástricas, hiperemese gravídica, doenças gastrointestinais, AIDS, desnutrição, doenças renais, diálise, nutrição parenteral, vômitos, transtornos alimentares, alterações importantes de dieta em casos de esquizofrenia, quadros infecciosos, doenças da tireoide, encefalopatia, diarreia e intoxicações ([LATT & DORE, 2014](#)).

O exame físico é feito da mesma forma que para os demais casos descritos, acrescentando a busca de sinais de redução de autocuidado e desnutrição. Testagens neuropsicológicas determinam o nível de acometimento. Incluir os mesmos exames complementares para SAA ([LATT & DORE, 2014](#)).

## **Tratamento da síndrome de Wernicke-Korsakoff**

É realizado apenas para a encefalopatia e nos estágios iniciais, com doses altas de tiamina; porém não há evidências a respeito da dose ideal. Alguns estudos relatam algo em torno de 500 a 1500 mg IM/ e vezes ao dia por 5 dias, o que seria suficiente para promover a melhora dos sintomas clínicos, além de prevenir o surgimento de danos cerebrais irreversíveis e morte. Outros estudos apontam a utilização de doses menores, de 200 a 500 mg endovenosa por 5 a 7 dias, seguida por 100 mg de tiamina via oral, por 1 a duas semanas ([LATT & DORE, 2014](#); [SADOCK, 2017](#)). Em alguns estudos é defendida a utilização da tiamina indefinidamente ([COSTIN & MILES, 2014](#)).

### **Atenção especial na síndrome de Wernicke-Korsakoff**

1. Pacientes podem estar desnutridos e não se apresentarem emagrecidos. O álcool tem calorias, porém sem micronutrientes ou vitaminas.
2. Tomografia computadorizada do cérebro não consegue diagnosticar essa patologia, apenas a ressonância magnética.
3. Não devemos parar a utilização da tiamina até que outro diagnóstico seja realizado ([LATT & DORE, 2014](#)).

## Mulheres e bebidas alcoólicas

- Metabolizam menos o álcool quando comparadas aos homens (cerca de apenas ¼ da quantidade ingerida) ([HOCHGRAF, 2012](#)).
- Mulheres grávidas intoxicadas por álcool apresentam mais riscos de aspiração de conteúdo do vômito devido ao aumento de acidez gástrica e redução de reflexos protetores de vias aéreas ([YAMAGUCHI et al., 2008](#)).
- Mulheres etilistas desenvolvem complicações clínicas como cardiopatia, cirrose, pancreatite e neuropatia de forma mais precoce e mais grave. Possuem duas vezes mais chances de morrer que homens etilistas ([HOCHGRAF, 2012](#)).
- Mulheres dependentes sofrem mais preconceito que os homens. Essa é uma das principais barreiras para procurarem tratamento. Se a mulher estiver grávida o preconceito é ainda maior ([HOCHGRAF, 2012](#)).

## Cocaína/crack

O consumo de cocaína e de crack vem gradativamente aumentando nas últimas décadas. Acredita-se que, atualmente, o Brasil tenha cerca de 370 mil usuários de crack em suas capitais; destes cerca de 47% estão em situação de rua e 44% já tiveram sintomas de overdose ([FIOCRUZ, 2013](#)). A soma dessas características aumenta as chances de esses indivíduos procurarem por serviços de emergência.

## Intoxicação por cocaína/crack

A intoxicação ocorre promovendo hiperatividade noradrenérgica e dopaminérgica. Entre os sintomas mais comumente referidos estão: euforia, bem-estar, estimulação mental e motora, aumento da autoestima, inquietação, sensação de anestesia. Estes são os primeiros efeitos do consumo dessa substância. Posteriormente apresentam taquicardia ou bradicardia, dilatação das pupilas, aumento de pressão arterial ou abaixo do normal, perspiração ou calafrios, náuseas e vômitos, agitação e retardo psicomotor, fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica, arritmias, confusão mental, convulsões, distonia e coma ([JORGE, 2007](#); [AMARAL et al., 2010](#); [DE CASTRO et al., 2015](#); [SILVA et al., 2015](#)). O Quadro 11.15 apresenta os principais sistemas e sintomas envolvidos na intoxicação por cocaína.

---

### Quadro 11.15

#### Principais sistemas e sintomas da intoxicação por cocaína

---

Sistema	Sintomas
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"><li>• Palpitações, bradicardia e taquicardia</li><li>• Arritmias (fibrilação atrial, taquicardia ventricular e fibrilação ventricular)</li><li>• Hipertensão arterial sistêmica</li><li>• Infarto agudo do miocárdio</li></ul>
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taquipneia e respiração irregular</li><li>• Edema agudo de pulmão</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piora da asma brônquica</li> <li>• Pneumotórax</li> <li>• Pneumomediatisno</li> <li>• Penumomediastino</li> <li>• Pulmão de crack*: alveolite hemorrágica</li> </ul>
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apetite, náuseas e vômitos, diarreia</li> <li>• Úlceras gastroduodenais</li> <li>• Colite isquêmica</li> </ul>
Hepático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesões citolíticas</li> </ul>
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefaleia</li> <li>• Acidente vascular encefálico</li> <li>• Hemorragia cerebral</li> <li>• Convulsões tônico-clônicas generalizadas</li> </ul>
Oftalmológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Midríase, vasoconstrição, nistagmo vertical</li> </ul>
Metabólico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia, rigidez e agitação</li> </ul>
Psíquicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidade, ansiedade, euforia intensa, confusão, alucinações visuais e tátteis, delírios</li> </ul>

O pulmão do crack é uma alveolite hemorrágica caracterizada por tosse, dispneia e uma inespecífica dor torácica. Além destes também podem ser encontrados: febre, infiltrados focais, broncoespasmo, hipóxia, tosse produtiva com hemoptoico e hemoptise franca ([SILVA et al., 2015](#)).

## Avaliação da intoxicação por cocaína/crack

Dificuldades em obter informações mais precisas sobre o consumo (quantidade, frequência, uso de outras substâncias) podem estar presentes pelos sintomas físicos de intoxicação ou mesmo devido às alterações psíquicas ([SILVA et al., 2015](#)). Também devemos lembrar a possibilidade desse paciente estar temeroso quanto a sofrer preconceito, neste momento, por parte da equipe do pronto-socorro. A prioridade no atendimento é avaliar risco iminente de morte, examinando condições respiratórias (descartar obstruções, edema pulmonar, alterações de ritmo respiratório intensas e insuficiência respiratória aguda), circulatórias (parada cardíaca, insuficiência

cardíaca congestiva, hipertensão arterial, bradicardia ou taquicardia) e neurológicas (quadros convulsivos, hipertensão intracraniana, coma) ([SILVA et al., 2015](#)).

A dor torácica costuma ser em ordem de frequência: retroesternal, com dispneia (62%), em aperto e com diaforese. Cerca de 6% dos pacientes com dor torácica apresentam elevação de marcadores de necrose cardíaca e nem sempre o eletrocardiograma sugere IAM ([SILVA et al., 2015](#)). O [Quadro 11.16](#) apresenta os exames complementares solicitados em casos de intoxicação por cocaína/crack.

---

### Quadro 11.16

#### **Principais exames complementares para intoxicação por cocaína/crack**

---

- Hemograma
  - Eletrólitos: sódio, potássio, cálcio e magnésio
  - Glicemia
  - Provas de função renal: ureia e creatinina
  - Provas de função hepática: TGO, TGP, GGT, bilirrubinas, tempo de protrombina, proteínas totais e frações
  - Colesterol e triglicerídeos
  - Marcadores de necrose miocárdica
  - Raios X de tórax
  - ECG
- 

### **Manejo da intoxicação por cocaína/crack**

Não existem medicamentos específicos no tratamento de qualquer tipo de quadro relacionado com o consumo de cocaína/crack. Nas intoxicações menos graves, os sintomas são de duração mais breve, o controle é sintomático e de suporte na maioria dos casos que evoluem sem complicações, respondendo bem aos benzodiazepínicos para regularizar a pressão arterial e o ritmo cardíaco. Devemos reduzir estímulos em ambiente seguro, promover hidratação adequada e nutrição ([JORGE, 2007](#); [DE CASTRO et al., 2015](#)). No [Quadro 11.17](#) estão os principais sintomas específicos da intoxicação por

cocaína/crack e os tratamentos sugeridos.

### Quadro 11.17

#### Principais sintomas específicos da intoxicação por cocaína/crack e os tratamentos sugeridos?

Sintomas	Tratamento
Agitação/convulsão	Benzodiazepínicos ou barbitúricos
Hipertermia	Uso de compressas frias Controle da temperatura do ambiente
Taquicardia	Benzodiazepínicos: Diazepam 10 mg/EV
Hipotensão/choque	Posição de Trendelenberg Cristaloides e aminas vasoativas EV
Hipertensão arterial sistêmica	Fentolamina em bolus 5 a 10 mg/EV
Vasoconstrição coronariana	Fentolamina em bolus 1 a 2,5 mg/EV a cada 5 ou 15 min
Dor torácica	Administração de oxigênio Diazepam 5 mg/EV a cada 3 a 5 min
Com hipertensão arterial sistêmica	Nitroglicerina 0,4 mg sublingual Intervalos de 5 min. Máximo de até 3 doses
Rabdomiolise	NaCl 0,9% para manter volume urinário de 2-3 mL/Kg/h

#### Atenção especial na intoxicação por cocaína/crack

1. Cocaetileno é um metabólito de maior toxicidade resultante do consumo de cocaína/crack em conjunto ao álcool. Pessoas intoxicadas por ambas as substâncias têm maior potencial de arritmias e morte súbita (SILVA, 2015).
2. Não administrar succinilcolina, se for necessário entubar o

paciente. Tanto esse medicamento quanto a cocaína/crack são metabolizados pela colinesterase plasmática. O uso concomitante pode prolongar os efeitos de ambas, gerando maiores riscos de morte por arritmias.

3. Benzodiazepínicos, etomidato e propofol são os melhores agentes indutores anestésicos para esses casos.
4. Betabloqueadores são contraindicados para pacientes que utilizaram cocaína nas últimas 24 horas por estarem associados ao espasmo coronariano.
5. Pacientes com mais de 12 horas de manutenção de sinais vitais sem alteração e que estejam apresentando exames laboratoriais normais podem receber alta hospitalar (DE CASTRO et al., 2015).
6. No momento da alta devem estar conscientes e alertas, caminhando sem dificuldade e receber encaminhamento para algum tipo de tratamento ambulatorial (SILVA, 2015).
7. Em caso de dor torácica a alta deve ser dada apenas após pelo menos 2 dosagens de marcadores de necrose miocárdica e ECG (SILVA, 2015).
8. Em grávidas, o principal diagnóstico diferencial de intoxicação aguda por cocaína é a pré- eclâmpsia e suas complicações (MARTINS-COSTA et al., 2013).

## **Síndrome de abstinência de cocaína/crack**

Essa síndrome ocorre em três fases. A primeira surge após poucas horas do último consumo, com duração de 3 a 4 dias. Principais sintomas são as alterações do humor, importante cansaço físico, hipersonia, sintomas depressivos e arrependimento pelo consumo. A segunda fase ocorre com desejo pelo consumo, irritabilidade, alterações do afeto, dificuldade em sentir prazer e apatia. Dura de 2 semanas a 4 meses. É o período no qual as recaídas têm maior risco de acontecer. A última fase é caracterizada por sintomas de anedonia, dificuldade de planejamento e de assertividade, sintomas estes que, gradativamente, tornam-se mais tênuas no decorrer da manutenção da abstinência ([JORGE, 2007](#)).

Na síndrome de abstinência a fissura (intensa vontade de consumir a droga) é o principal motivo para busca de auxílio, porém não é um sintoma que leve com frequência o usuário ao pronto-socorro.

## **Manejo da síndrome de abstinência de cocaína/crack**

O alívio dos sintomas é o foco dessa intervenção, visto que não existem agentes terapêuticos específicos para esse quadro. A atenção principal, neste atendimento, é não permitir que os sintomas de abstinência desencadeiem a necessidade de retorno ao consumo da droga. Medicamentos para insônia, para irritabilidade, para ansiedade podem reduzir os riscos de recaída; no geral, o uso de benzodiazepínicos durante a persistência desses sintomas pode ser de grande valia ([JORGE, 2007](#)).

### **Atenção especial na intoxicação por cocaína/crack**

1. Cerca de 70% dos usuários de crack compartilham utensílios como cachimbos ou latas para consumo da droga. Dar atenção à possibilidade de contaminação por hepatites ([FIOCRUZ, 2013](#)).

2. Solicitar sorologia para infecções sexualmente transmissíveis: 40% dos usuários de crack não utilizam preservativos; 30% das mulheres se prostituem, uma menor parcela de homens também tem esta prática. Essa população tem 8 vezes mais risco de contrair HIV (FIOCRUZ, 2013).
3. Situações de emergência são umas das poucas vezes em que dependentes de crack solicitam auxílio para tratamento (FIOCRUZ, 2013). É função dos profissionais em emergência utilizarem esta situação para melhorar o desfecho desses casos, não apenas tratando as questões emergenciais como conduzindo esse público a um adequado tratamento ambulatorial.

## Maconha

Recentemente ocorreram muitas mudanças político-culturais a respeito do consumo da maconha. Desde a legalização da substância em diversos países como Uruguai, Portugal, Espanha, Israel até as mudanças nos Estados Unidos, onde 23 estados permitiram o consumo de maconha para fins medicinais e quatro estados legalizaram para fins recreativos.

O Colorado, primeiro estado norte-americano a legalizar para fins recreativos, vem percebendo uma maior busca de serviços de emergência por usuários de maconha. Vômitos, ingestão da substância por crianças e queimaduras têm sido contabilizadas como causas. Como existem diferenças entre consumidores recreacionais daqueles que o fazem por prescrição médica os serviços de emergência devem questionar em qual tipo de consumidor o paciente se enquadra. Os usuários recreacionais apresentam maior relação de consumo de maconha com uso de álcool, enquanto usuários de maconha por prescrição médica apresentam menos disponibilidade para alterar o padrão de consumo, pois gastaram mais dinheiro com a maconha e tiveram mais problemas psiquiátricos ([KIM et al., 2016](#)).

A mais usada das substâncias ilícitas é uma perturbadora do SNC. Combina muitas das propriedades percebidas no álcool, opioides, calmantes e alucinógenos. Existem diferentes formas de apresentação como a maconha, o haxixe, o óleo de Rash e também existem diferentes formas de consumir como a fumada (em cigarros e narguilés) e a ingerida (adicionada a alimentos). A concentração do tetrahidrocanabinol (THC) e a forma como foi consumida podem resultar em diferentes manifestações dos quadros de intoxicação. Quanto maior a concentração de THC maior será o grau de intoxicação. A forma fumada provocará efeitos mais rápidos e menos duradouros, a forma ingerida terá início de ação mais demorado, porém com maior duração ([JORGE, 2007](#)).

## Intoxicação por maconha

A utilização dessa substância produz efeitos eufóricos no humor, com

redução de ansiedade, tensão e da sensação de alerta, além de aumento de sociabilidade. Alterações de senso de percepção também podem ocorrer como cores e sons mais vívidos, emoções mais pungentes e significativas. Dificuldades motoras, de concentração, memória de curto prazo. Efeitos desagradáveis podem ocorrer e são estes os responsáveis pela visita desses pacientes ao pronto-socorro: reações disfóricas, sintomas ansiosos, alucinações, reações depressivas e quadros paranoides (JORGE, 2017).

Recentemente estudos vêm apresentando dados sobre ações tóxicas agudas relacionadas com o consumo de maconha que vão desde reações como hiperêmese até um potencial de toxicidade cardíaca. Em estudo, realizado em 14 países europeus, avaliando casos de intoxicação por maconha, os sintomas que estiveram mais presentes foram: agitação/agressividade, quadros psicóticos, ansiedade, vômitos, dor no peito, palpitações, alucinações, convulsões, hipertensão, dispneia e cefaleia. A maioria não necessitou de tratamento e teve apenas uma breve estadia no serviço de emergência, porém 60% destes chegaram ao hospital de ambulância. O que contribui para entendermos que os sintomas foram experimentados por esses indivíduos como de considerável gravidade. Estudos avaliando a potencial toxicidade cardíaca da maconha vêm ganhando força, em casos que envolvem mortes em indivíduos jovens devido a eventos cardíacos agudos associados ao consumo de maconha. Estudos que relatam fibrilações arteriais e palpitações; e sabe-se ainda que o risco de infarto do miocárdio aumenta consideravelmente após a primeira hora após o uso (DINES et al., 2015).

O estado norte-americano do Colorado, uns dos primeiros a legalizar a venda de produtos da maconha, em 2014, percebeu dois fenômenos simultâneos: o turismo da maconha – que basicamente é a entrada de pessoas de outros estados para consumir os produtos relacionados com a maconha – e o aumento de pessoas utilizando pronto-socorro devido a quadros de intoxicação por maconha. O número de pessoas de outros estados que entraram em atendimento de emergência foi o dobro quando comparado aos anos de 2013 e 2014 (KIM et al., 2016).

Importante lembrar que o consumo de maconha está associado ao maior risco de acidentes de trânsito ([ASBRIDGE et al., 2014](#)) o que pode estar relacionado com atendimento em pronto-socorro.

## Avaliação da intoxicação por maconha

O consumo de maconha no passado causava raros eventos relacionados com as emergências. Atualmente, conforme mencionado, esses casos estão se tornando mais frequentes. A avaliação desses pacientes é baseada na investigação dos sintomas relatados que pode ser variada. Uma boa parte dos pacientes recebendo reasseguramento e orientação evolui sem outras demandas ([JORGE, 2007](#)).

No [Quadro 11.18](#) estão os principais sintomas de intoxicação da maconha e seus tratamentos ([BUI et al., 2015](#)).

---

### Quadro 11.18

#### Principais sintomas da intoxicação por maconha e seus tratamentos

---

Sintomas de intoxicação aguda por maconha	Tratamento
Taquicardia, aumento de pressão arterial e hiperemia conjuntival	Propranolol
Fibrilação atrial	Digoxina, flecainina, propafenona
Sintomas ansiosos	Benzodiazepínicos
Sintomas psicóticos	Haloperidol, olanzapina
Estados comatosos são raros (associados à ingestão por crianças)	Flumazenil

## **Síndrome de abstinência de maconha**

Inicia cerca de 24 horas após o último consumo e tem pico de sintomas em torno de 2 a 3 dias. Sintomas mais comumente associados: sensação de fraqueza, insônia, retardo psicomotor, aumento de irritabilidade, ansiedade, perda de apetite, tremores musculares, efeitos autonômicos, fissura pela substância e sintomas depressivos. Estes sintomas são menos motivadores à procura de auxílio médico, e como em outras síndromes de abstinência estão relacionados com as recaídas ([ZUARDI & CRIPA, 2011](#); [HANEY et al., 2013](#)).

## **Manejo da síndrome de abstinência de maconha**

Não existem medicamentos específicos para o tratamento desta síndrome. Os cuidados estão em reduzir as queixas como melhorar o padrão de sono ou reduzir a irritabilidade. Estudos vêm relatando melhora desses sintomas com o uso de medicamentos à base de cannabinoides como o nabiximol (desenvolvido para esclerose múltipla) ou nabilone, porém ambos estão bem longe de serem remédios acessíveis em nossos prontos-socorros ([HANEY et al., 2013](#), [ALLSOP et al., 2014](#)).

## **Atenção especial na intoxicação por maconha**

1. “Maconha sintética” é um produto que simula os efeitos do THC. Tem sido apontada como potencialmente mais danosa e seu consumo já foi detectado no Brasil ([GLOBAL DRUG, 2015](#)).
2. Concentrações aumentadas de THC aumentam a chance do surgimento de quadros psicóticos, no geral, transitórios ([ZUARDI & CRIPPA, 2011](#)).
3. Pacientes com diagnósticos de transtornos psicóticos (como a esquizofrenia) com sintomatologia controlada medicamentosamente podem apresentar recorrência de sintomas psicóticos na vigência do consumo de maconha ([ZUARDI & CRIPPA, 2011](#)).



## Alucinógenos

Uma série de drogas que possuem entre si potencial para induzir o surgimento de alucinações que são subjetivas e individuais. Os efeitos são normalmente afetados pelo estado de humor do usuário e pelo meio externo no qual a droga foi consumida. Os alucinógenos podem ser de origem natural ou sintetizados. A procura pelo serviço de emergência se dá na maior parte das vezes devido a reações de ansiedade relacionadas com alucinações (JORGE, 2007).

### Intoxicação aguda por alucinógenos

Os sintomas apresentados obviamente dependerão do tipo de alucinógenos utilizados. De um modo geral ocorrem alterações de percepção temporo-espacial, desencadeamento de evocações e associações desprovidas de lógica, ilusões visuais auditivas e táteis. Quadros de euforia e humor expandido podem estar relacionados com essas vivências. Estados de humor negativos, associados à percepção de que a vivência alucinatória não irá findar podem gerar reações de extrema ansiedade, semelhantes à crise de pânico. No [Quadro 11.19](#) estão os alucinógenos mais comuns no Brasil, seus efeitos e tempo de duração.

---

#### Quadro 11.19

---

Alucinógenos mais comuns no Brasil	Efeitos e tempo de duração
Cogumelos: <i>Psilocybe cubensis</i> e <i>Psilocybe wrightii</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Euforia, relaxamento muscular, ilusões relacionadas com sons, cores, imagens. Alterações de imagem corpórea, ansiedade, quadros confusionais e sintomas psicóticos</li><li>• 4 a 6 horas</li></ul>
<i>Datura inóxia</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alucinações visuais, sensação de levitação, quadros</li></ul>

(Chá de lírio)	comatosos e morte
Caapi e Chacrona (Ayahuasca)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alucinações visuais de animais, seres místicos, sensação de levitação, euforia, vertigem, náuseas e vômitos, diarreia, tremores, midríase. Atenção para a possibilidade de aumento de pressão arterial diastólica</li> <li>4 a 8 horas</li> </ul>
<i>Mimosa hostilis</i> (Jurema)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alucinações visuais, alterações no modo de perceber cores, formas, espaço e tempo. Despersonalização, desrealização, persecutoriedade. Hipertermia, hipertensão arterial e midríase</li> </ul>
<i>Tabernanthe iboga</i> (ibogaína)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estados semelhantes a sonhos, alucinações visuais. Risco de alargamento de intervalo QT</li> <li>8 a 48 horas</li> </ul>
Dietilamida do ácido lisérgico (LSD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Euforia e fenômenos alucinatórios “sensação de consciência cósmica”</li> <li>6 a 12 horas</li> </ul>
Cetamina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Euforia, distorções de imagens, sensação de flutuação</li> <li>1 a 2 horas</li> </ul>
MDMA (ecstasy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alucinações, ilusões, excitação, aumento de psicomotricidade, midríase, palpitações, aumento de frequência cardíaca, hipertermia, abdomiólise</li> <li>4 a 6 horas</li> </ul>

## Manejo da intoxicação por alucinógenos

O princípio básico é oferecer apoio e tranquilização, e tratar a sintomatologia física ou psíquica com intervenções específicas, como benzodiazepínicos para os sintomas ansiosos, alfa-bloqueadores para taquicardia, oxigênio e diazepam intravenoso para as convulsões e assim por diante.

## **Síndrome de abstinência de alucinógenos**

Aparentemente não ocorrem sintomas na retirada abrupta de alucinógenos (como o LSD) de usuários crônicos.

### **Atenção especial na intoxicação por alucinógenos**

1. A ibogaína vem sendo estudada como possível recurso terapêutico no tratamento da dependência química, a maior parte dos estudos com usuários de heroína (SCHEMBERG et al., 2014). Aqui, no Brasil, algumas clínicas para dependência química, vêm oferecendo tratamento à base de ibogaína, algumas sem recursos clínicos suficientes para lidar com quadros de arritmia que podem estar relacionados com a intoxicação com essa substância.

## Anfetaminas

Correspondem a um grande grupo de SPAs, e são potentes estimulantes do SNC. Basicamente temos as legalizadas que são utilizadas para fins terapêuticos (tratamento da obesidade, narcolepsia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, narcolepsia) e as ilícitas, anfetaminas e metanfetaminas produzidas com o intuito de uso recreativo. A diversão nas festas e a magreza como forma de padrão de beleza são estímulos sociais relacionados com comportamentos aceitos por uma boa parcela da população (LEMOS & FONSECA, 2011).

Desde 2011, o Brasil não tem mais em suas farmácias medicamentos à base de anfetaminas utilizados com o intuito de emagrecer, essa foi uma decisão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Na ocasião, essa decisão se deu devido à alegação de que os riscos do uso desses medicamentos eram superiores aos seus benefícios, mantendo apenas a sibutramina nas prateleiras; em 2016, novas restrições foram feitas para a venda desse medicamento (ANVISA, 2016). Mesmo com esses cuidados não é difícil encontrar vendedores desses medicamentos produzidos em outros países ou mesmo a venda pela internet. **Ou seja**, a retirada das vendas não impossibilita que pacientes sejam atendidos em prontos-socorros brasileiros com quadros decorrentes do consumo das formas comerciais (potencialmente clandestinas) desses remédios.

Nos Estados Unidos os índices de internação para tratamento de indivíduos usuários de metanfetaminas são maiores que os de cocaína ou heroína (SADOCK et al, 2017).

No [Quadro 11.20](#) estão algumas das mais comuns anfetaminas e metanfetaminas e seus nomes comerciais e populares.

---

### Quadro 11.20

#### Anfetaminas e metanfetaminas mais comuns e seus nomes comerciais e populares

---

	Nomes comerciais e nomes
--	--------------------------

Anfetaminas/metanfetaminas	populares
<b>De uso terapêutico</b>	
Fenproporex Dextroanfetamina Anfepramona ou Dietilpropiona Manzidol Metilfenidato	Desobesi Glucoenergan, Reactivan Hipofagin, Inibex Dasten, Fagolipo Ritalina
<b>De uso recreativo</b>	
4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina (DOB) 2,5-dimetoxianfetamina (DMA) 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) Metanfetamina (MET)	Cápsula de vento Pílula do amor Ecstasy, Ice, Cristal Meth, Cristal, Speed

Anfetaminas podem ser utilizadas em várias vias de administração: oral, inalada, fumada ou injetada. Formas orais têm início com a ação mais lenta e duração prolongada. Formas inaladas começam a fazer efeito em 3 a 5 minutos e duram até 12 horas. Quando utilizadas nas formas injetada ou fumada os efeitos são imediatos e com menor duração, cerca de até 4 horas ([LEMOS & FONSECA, 2011](#)).

## Intoxicação aguda por anfetaminas

É classificada conforme seu grau de intensidade. Mesmo entre os diferentes tipos de anfetaminas existe similaridade em muitos dos efeitos observados. Essa intoxicação também irá variar de acordo com a meia vida de eliminação dessas substâncias. Anfetaminas possuem maior tempo de ação, de 8 a 18 horas, já as metanfetaminas possuem tempo de ação de 8 a 9 horas aproximadamente ([LEMOS & FONSECA, 2011](#)). No [Quadro 11.21](#) encontram-se os efeitos dessas SPAs de acordo com a intensidade da intoxicação.

---

### Quadro 11.21

#### Sinais e sintomas da intoxicação por anfetaminas e metanfetaminas

---

Intensidade	Efeitos

Leve	Sensação de bem-estar, euforia, excitabilidade/redução do cansaço, diminuição do apetite, aumento do limiar da dor
Moderada	Ansiedade, irritabilidade, inquietação, tremores, cefaleia, calafrios, vômitos, sudorese, logorreia
Grave	Medo e desconfiança, comportamento estereotipado, distúrbios dos movimentos, alucinações, quadro psicótico, hipertensão arterial, taquicardia, taquipneia, sudorese aumentada, boca seca, febre, dor torácica, fasciculações, arritmias, convulsões e coma

Dentre os quadros de intoxicação, reconhecer que aquela que é produzida pelo ecstasy pode ser de grande importância por estar associada a situações de festas onde nem sempre existe serviço médico. Muitas vezes, os indivíduos com esse tipo de intoxicação demoram a ser levados ao serviço de emergência e quando o são, já se encontram em quadros de gravidade extrema. O uso da droga causa hipertermia, e a não ingestão de líquidos – enquanto o indivíduo permanece com motricidade aumentada, dançando, por exemplo – evolui para desidratação. Esse quadro evolui para rabdomiólise e mioglobinúria relacionados com falência renal ou cardiovascular além de arritmias ventriculares e falência hepática ([CORDEIRO, 2010](#)).

As metanfetaminas produzem quadros de intoxicação diferentes das anfetaminas, com duas fases de ação. O **Rush** dura de 5 a 30 minutos. O indivíduo experimenta sensações intensas de prazer e entusiasmo, além de taquicardia e hipertensão arterial. A segunda fase é chamada **High**, nela ocorre aumento de energia, taquilalia, o indivíduo se torna agressivamente esperto e poderoso. Redução de apetite e aumento de interesse sexual também estão presentes. Outros sintomas como ansiedade, *delirium*, transtornos psicóticos e do humor podem surgir. Nesta fase, os pacientes podem continuar por dias o consumo para manter a fase High; assim, ocorre piora da irritabilidade, redução de peso, desidratação ([CORDEIRO, 2010](#)).

## Tratamento da intoxicação por anfetaminas

Não existem antídotos específicos para esse tipo de intoxicação. Oferecer suporte e alívio dos sintomas. Os pacientes devem ter seus

sinais vitais, temperatura e função cardíaca continuamente monitorados, por no mínimo 6 horas. A hidratação e o resfriamento devem ser realizados sempre que necessários ([LEMOS & FONSECA, 2011](#)).

## Síndrome de abstinência de anfetaminas

É dividida em duas fases: fase aguda e fase subaguda. A fase aguda tem início após 24 horas da última dose e duração de 7 a 10 dias. Nela ocorre ansiedade, fissura, aumento do sono e do apetite e sintomas depressivos. A fase subaguda dura cerca de duas semanas e nela os sintomas descritos tornam-se progressivamente menos importantes. Podemos encontrar quadros de síndrome de abstinência mais prolongados com 30 a 90 dias de duração, em que os principais sintomas são os quadros de letargia associados ao quadro depressivo. Ideação suicida pode surgir na síndrome de abstinência ([LEMOS & FONSECA, 2011](#)).

## Manejo da síndrome de abstinência de anfetaminas

Assim como não existem tratamentos específicos para os quadros de intoxicação aqui também não há nenhum medicamento próprio para ser utilizado. Os cuidados ficam em torno dos sintomas ansiosos, possíveis sintomas psicóticos e depressivos e avaliação da existência de ideação suicida ([CORDEIRO, 2010](#)).

## Atenção especial na intoxicação por anfetaminas

1. Retardo no crescimento intrauterino e malformações congênitas podem ocorrer devido à hipóxia fetal provocada pelo consumo de metanfetaminas na gravidez ([LEMOS & FONSECA, 2011](#)).
2. Estudos correlacionam metanfetaminas e comportamento sexual de risco. Atualmente um número maior de infecções sexualmente transmissíveis como HIV e um retorno da sífilis ([CHEW et al., 2013](#)). Por tanto deve sempre questionar se o paciente faz sexo protegido. Incluir investigação sorológica nos exames laboratoriais.
3. “Drogas de clubes” são SPA associadas a frequentadores de danceterias, raves, boates e bares. Entre elas estão o LSD, GHB, cetamina, metanfetamina e ecstasy. A metanfetamina é

a mais associada à busca por atendimentos de emergência (SADOCK, 2017).

4. Anfetaminas quando utilizadas com o intuito de emagrecer possuem tempo de efeito limitado. Cerca de 6 meses (LEMOS & FONSECA, 2011).

## Inalantes

Um conjunto de substâncias capazes de produzir rapidamente sensações agradáveis como euforia e desinibição que possuem características químicas distintas, porém todas com facilidade para evaporar. Atuam deprimindo o SNC e causando quadros tanto agudos quanto por uso crônico que, no geral, estão relacionados com lesões em diversos órgãos. Os inalantes são encontrados facilmente em produtos de uso diário como combustíveis, colas, tintas, sprays, desodorantes, entre outros ([HASSAN & BATHIA, 2017](#)).

São SPAs de fácil acesso, baixo custo e fácil armazenamento; além de uma grande parte ser considerada ilícita. Esses elementos tornam os inalantes, drogas de grande apelo pela população jovem. No Brasil, entre estudantes, os inalantes são o terceiro grupo de drogas mais utilizado, ficando atrás apenas do álcool e do tabaco. O Brasil é o maior consumidor de inalantes da América do Sul e um dos maiores do mundo ([CARLINI et al., 2010](#)).

Quanto à constituição, os inalantes podem ser classificados em três grupos, vistos no [Quadro 11.22](#).

---

### Quadro 11.22

#### Classificação dos inalantes?

---

Grupo	Efeitos
I	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solventes voláteis: acetato de etila, butano, cloreto de etila, propano, tolueno, tetracloroetileno (encontrados em colas, corretivos para texto, sprays, tintas)</li><li>• Combustíveis: butano e propano (encontrados em gasolina, isqueiros)</li><li>• Anestésicos: cloreto de etila, éter, halotano</li></ul>
II	<ul style="list-style-type: none"><li>• Óxido nitroso (encontrados em aerossóis, gás hilariante, anestésicos)</li></ul>
III	<ul style="list-style-type: none"><li>• Álcool isopropílico, cicloexil, isobutil, nitritos de aquila, nitritos de butila (encontrados em odorizadores de ambientes, poppers, purificadores de ar)</li></ul>

## **Intoxicação aguda por inalantes**

Os efeitos agudos são semelhantes à intoxicação alcoólica, porém com um agravante: os inalantes podem causar neuropatia aguda, hipóxia, depressão respiratória, arritmias e, por último, morte súbita ([DE SOUZA et al., 2016](#)). Na intoxicação existem riscos graves para depressão respiratória, depressão cardíaca (por ação miocárdica direta), convulsões ([JORGE, 2007](#)).

## **Avaliação da intoxicação aguda por inalantes**

O uso dessas substâncias pode passar despercebido por pessoas próximas. Na avaliação devemos ficar atentos a achados como hálito e cheiros na pele e roupa provenientes desse consumo. Os hidrocarbonetos provocam ressecamento da pele e isto pode resultar em dermatite em região de boca com características eczematoides e eritematoso. Os principais sintomas de intoxicação por inalantes estão no [Quadro 11.23](#).

---

### **Quadro 11.23**

#### **Principais sintomas da intoxicação por inalantes**

---

- Fala pastosa, ataxia, espirros, tosse, chiados, náuseas, vômitos, cialorreia, tosse, epistaxe, midriase, tremores de extremidades, anestesias, convulsões, arritmia ventricular, parada cardiorrespiratória.
  - Cefaleia, tinidos, diplopia, nistagmo, parestesias em extremidades de membros, perda de olfato, perda de apetite, fraqueza muscular, diminuição de reflexos tendinosos profundos.
  - Ataques de risos, desorientação, alucinações, oscilações de humor, irritabilidade.
- 

Na investigação é importante questionar se o consumo vem acontecendo cronicamente. Em caso positivo há necessidade de investigar mais profundamente órgãos que costumam estar acometidos como coração, pulmões, fígado, rins e medula óssea. No SNC acarretam a encefalopatia tóxica caracterizada por diminuição da

velocidade de processamento de informações, prejuízos de memória e de funções psicomotoras, déficits de aprendizado além de aumento de irritabilidade, alterações de sono e do humor ([DE SOUZA et al., 2016](#)).

## **Manejo da intoxicação aguda por inalantes**

Por serem depressores dos SNC devemos ficar atentos aos sinais vitais devido ao risco de parada cardiorrespiratória. Para o tratamento deste tipo de intoxicação não existem medicamentos específicos. O papel farmacoterápico está voltado para a sintomatologia apresentada. Assim como no álcool, evitar o uso de benzodiazepínicos para não potencializar o efeito depressor ([HASSAN et, al., 2017](#)).

## **Síndrome de abstinência de inalantes**

O uso crônico dessas substâncias e posterior parada ou diminuição do seu consumo pode causar síndrome de abstinência que é percebida através de sintomas como cansaço, insônia, nervosismo, irritabilidade, redução da atenção e concentração, tremores e pesadelos. O tratamento também ocorre apenas através do alívio dos sintomas (HASSAN et, al., 2017).

### **Atenção especial na intoxicação aguda por inalantes**

1. Uso de inalantes está intimamente relacionado com comorbidades psiquiátricas, entre elas os quadros ansiosos e uso de álcool (DE SOUZA et al., 2016).
2. Butano e propano são os gases mais relacionados com casos de morte. São encontrados em buzinas e botijões (MARSOLEK et al., 2010). O difluoretano tem sido apontado nos Estados Unidos como um dos mais comuns solventes com intoxicações fatais (OSSIANDER, 2015).
3. O consumo de inalantes frequentemente entra em remissão no final da adolescência ou sofre declínio após os 20 anos de idade (HASSAN & BATHIA, 2017).

## Benzodiazepínicos

É uma classe de medicamentos que possui propriedades ansiolíticas, hipnóticas e miorrelaxantes, que desde as décadas de 1970 e 1980 vem ganhando grande popularidade por serem efetivos no combate à insônia, ansiedade, irritabilidade e convulsões, e até mesmo uma atual “intolerância ao sofrimento (AZEVEDO et al., 2016). Com tantas indicações e sua vasta utilização médica, o consumo destes medicamentos só aumentou nos últimos anos. Por exemplo, em 2010 o Brasil foi considerado o maior consumidor do mundo de clonazepam, passou de 29 mil caixas consumidas em 2007 para 23 milhões em 2015 (ANVISA, Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, 2017). Taxas maiores de consumo são observados entre mulheres e idosos. Este crescente consumo pode resultar em maiores chances de quadros que levariam seus consumidores à situações de emergência. Idosos possuem importante papel nas situações envolvendo emergências e benzodiazepínicos. Estudos apontam para necessidades emergentes de formas de regulação, além de promoção de alternativas mais seguras a estes medicamentos (KAUFMANN et al., 2017).

## Intoxicação aguda por benzodiazepínicos

Benzodiazepínicos possuem grande margem de segurança mesmo quando utilizados em dosagens excessivas. A proporção de dose fatal para dose terapêutica é de cerca de 200 para 1. Quando ocorrem sem a presença de outras substâncias costumam transcorrer sem maiores adversidades. Intoxicações por benzodiazepínicos estão associadas a tentativas de suicídio e mesmo em doses altas os sintomas mais prevalentes costumam ser leve depressão dos sinais vitais, sonolência, ataxia, lentificação, podendo apresentar algum grau de confusão (SADOCK, 2017). A utilização desses medicamentos associados a bebidas alcoólicas ou outras drogas depressoras do SNC resultam em quadros de intoxicação muito mais graves.

## Manejo da intoxicação aguda por benzodiazepínicos

Na maioria dos casos onde ocorreu apenas o consumo de benzodiazepínicos o monitoramento de sinais vitais e a oferta de oxigênio deve ser suficiente. Acesso intravenoso deve ser estabelecido.

---

### Quadro 11.24

#### Benzodiazepínicos mais populares

---

Benzodiazepínico	Tempo de início de ação em minutos	Meia-vida em horas
Alprazolam	15-30	6-20
Clonazepam	20-60	19-60
Diazepam	20-30	21-43
Flunitrazepam	20-30	10-20
Lorazepam	30-60	8-16
Midazolam	5-10	1,5-2,3

No [Quadro 11.25](#) estão os sintomas de intoxicação e os tratamentos indicados.

---

### Quadro 11.25

#### Sintomas de intoxicação e tratamentos indicados?

---

Sintomas	Tratamento
Paciente consciente Menos de 6 horas da utilização	Induzir vômitos
Paciente comatoso Menos de 6 horas da utilização	Lavagem gástrica com carvão ativado
Pacientes com PaO <sub>2</sub> menor que 60 mmHg ou oximetria de pulso menor que 90%	Intubação endotraqueal ou nasotraqueal
O próprio estado comatoso	Flumazenil (sua utilização é discutida a seguir)

O flumazenil deve ser utilizado dentro das indicações: reversão ou

finalização de anestesia ou sedação por benzodiazepínicos; retorno da respiração espontânea e consciência em pacientes de cuidados intensivos e tratamento das reações paradoxais (ANVISA, Datavisa, 2018). A maior parte dos pacientes respondem bem a uma única dose de 3 mg EV. Para crianças a dose é de 0,01 mg/kg EV administrada em 15 segundos, se necessário repetir dose até 4 vezes com intervalos de 60 segundos. Todos os pacientes antes de receberem o medicamento devem realizar eletrocardiograma (ECG).

Em outras situações a utilização desse medicamento pode causar piora do quadro. No [Quadro 11.26](#) estão as situações em que o flumazenil está contraindicado.

---

### Quadro 11.26

#### Situações em que o flumazenil está contraindicado?

---

Situações	Possíveis consequências
Uso de antidepressivos tricíclicos	Desenvolvimento de convulsões
Uso de hidrato de cloral e carbamazepina	Desenvolvimento de arritmias cardíacas
Quadro prévio de uso prolongado de benzodiazepínicos	Desenvolvimento de síndrome de abstinência (com agitação, vômitos e crises convulsivas)

### Atenção especial na intoxicação por benzodiazepínicos

1. Não existe correlação entre efeitos farmacológicos e tóxicos e a concentração sérica (GAUDREAUET et al., 1991).
2. Não realizar técnicas de diurese forçada ou diálise. Essas condutas não reduzem o tempo de intoxicação por não acelerarem a eliminação dos benzodiazepínicos (GAUDREAUET et al., 1991).
3. Idosos atendidos em situação de emergência por uso de

benzodiazepínicos devem ser questionados quanto à presença de doença pulmonar obstrutiva. Esta aumenta os riscos para complicações respiratórias nessa população. Tais riscos devem ser considerados ao prescreverem-se benzodiazepínicos. (VOZORIS et al., 2014).

4. Existe uma correlação entre pacientes com diagnósticos psiquiátricos (como transtornos ansiosos, transtornos do sono, depressão, transtorno bipolar do humor, esquizofrenia) recebendo benzodiazepínicos e tentativas de suicídio por intoxicação com estes (SHIH et al., 2013). Por tanto, devemos ter especial atenção em quadros de intoxicação em pacientes intoxicados e que possuem tais diagnósticos.

## Síndrome de abstinência de benzodiazepínicos

Após 4 a 6 semanas de uso contínuo da medicação os sintomas de abstinência já podem ser experimentados. Estes variam de acordo com a medicação utilizada (sua potência e meia-vida), suas doses (quanto maiores, mais intensos os sintomas) e a velocidade de retirada (quanto mais abrupta a retirada ou diminuição da dose, mais chance de se sentir intensamente a falta da substância). Pessoas com determinados transtornos psiquiátricos como transtorno do pânico tendem a experimentar a síndrome de abstinência de forma mais intensa (AMB, 2012). Os sintomas mais comuns estão listados no Quadro 11.27.

---

### Quadro 11.27

#### Sintomas mais comuns na síndrome de abstinência dos benzodiazepínicos?

Sintomas	Apresentação
Físicos	Sudorese, palpitações, náuseas e vômitos, cefaleia, perda de apetite, contrações musculares, dores, <i>delirium</i>
Psíquicos	Ansiedade, agitação, insônia, inquietação, irritabilidade, redução de memória e concentração, fotofobia, sintomas depressivos

## Tratamento da síndrome de abstinência de benzodiazepínicos

Medidas não medicamentosas são importantes como reasseguramento com suporte e informações para lidar com a ansiedade em casos mais leves. É importante lembrar que essa síndrome de abstinência é muito semelhante à SAA. O tratamento medicamentoso é realizado com a oferta da dose habitual que o paciente utiliza e posterior redução desta em 25%, assim como também é feito na SAA; porém, os intervalos dessa redução ocorrerão de acordo com o tempo que esse paciente vem tomando a medicação antes de iniciar o tratamento

(CORDEIRO, 2010).

O Quadro 11.28 apresenta a forma de fazer a redução gradativa de benzodiazepínicos.

### Quadro 11.28

#### Redução gradativa de benzodiazepínicos?

Tempo de uso da medicação	Intervalos
Menos de 6 semanas	Dose reduzida em 3 estágios com intervalos de 7 a 10 dias de duração
De 6 semanas a 6 meses	Dose reduzida em 3 estágios com intervalos de 10 a 20 dias
Superior a 6 meses	Doses reduzida em 3 estágios com intervalos de 6 a 8 semanas

#### Atenção especial na intoxicação por benzodiazepínicos

1. Grupos específicos têm maior risco para o desenvolvimento de dependência de benzodiazepínicos. Atentar para solicitação de receitas em pronto-socorro bem como para a possibilidade de desenvolver síndrome de abstinência em pacientes com transtornos mentais, pessoas com transtornos por consumo de outras SPAs, pessoas com transtornos do sono e mulheres acima de 50 anos.
2. Sempre mensurar a cada caso a necessidade de prescrever benzodiazepínicos em pronto-socorro como também fornecer receitas desses medicamentos para pacientes que não estejam em tratamento ambulatorial (e se estiverem por que estariam solicitando receita nesse local?).
3. No tratamento da síndrome de abstinência pode ser de grande importância a troca de benzodiazepínicos de menor meia-vida para outros que possuam maior duração de efeito

(CORDEIRO, 2010).

4. Populações que devem receber cuidados extras durante a retirada gradual: portadores de transtornos ansiosos (podem piorar esta sintomatologia), pacientes idosos (apresentam mais riscos de evoluírem com *delirium* e usuários de múltiplas substâncias (muitas vezes não toleram o tratamento ambulatorial) (CORDEIRO, 2010).

## Opioides/Opiáceos

O ópio é uma substância extraída da papoula (*Papaver somniferum*) que possui propriedades analgésicas conhecidas há milhares de anos. Opiáceos e opioides são substâncias com constituições químicas diferentes e que possuem efeitos clínicos semelhantes. Atuam nos receptores opioides localizados no SNC e no sistema nervoso periférico. Podem ser legalizados (as formas medicamentosas) ou ilegais (como a heroína ou o ópio), ambos com potencial para causar dependência. Nas formas medicamentosas são utilizados, de modo geral, para o tratamento de paciente com dores intensas (grandes queimados, politraumatizados, na dor aguda pós-cirúrgica, dor oncológica e em pacientes com queixas de dor crônica, também podem ser utilizados no tratamento da dependência de opioides (AMB, 2012). O naltrexona vem sendo utilizado no tratamento da dependência do álcool.

O Brasil é o maior consumidor de analgésicos opioides da América do Sul. O risco maior para dependência é entre pessoas que fizeram tratamentos médicos e tiveram acesso a esses remédios e profissionais da área da saúde (AMB, 2012). Veja os principais opioides/opiáceos no [Quadro 11.29](#).

---

### Quadro 11.29

#### Principais opioides/opiáceos

---

Quanto à natureza	Principais
Naturais	Ópio, codeína, morfina
Semissintéticos	Heroína, oximorfona, hidroximorfona, oxicodona, hidroxicodona
Sintéticos	Metadona, fentanil, meperidina,
Antagonistas/agonistas	Nalbufina, buprenorfina,
Antagonistas puros	Naloxona, naltrexona

## **Intoxicação por opioides/opiáceos**

As intoxicações leves e moderadas geralmente não buscam auxílio médico; as graves podem ser intencionais (investigar tentativa de suicídio) ou acidentais. Entre as pessoas que mais frequentemente podem apresentar quadros de overdose estão: usuários inexperientes, pessoas com baixa tolerância a essas substâncias, que fazem mudanças nas dosagens de consumo e indivíduos que utilizem opioides com outras SPAs que também tenham propriedades depressoras do SNC (BALTIERI et al., 2004).

Os sintomas podem estar de acordo com o grau de intoxicação. Nas mais leves, os indivíduos podem apresentar ímpeto, com humor eufórico ou disfórico. Doses mais altas produzem apatia, sensação de calor e rubor facial, prejuízos na atenção, no juízo e na memória, sonolência, coceira, sensação de analgesia, constipação, contrição pupilar. Sintomas mais graves podem ser percebidos com depressão respiratória, hipotensão, perda de reflexos, apneia, sedação e coma (BALTIERI et al., 2004).

## **Manejo da intoxicação por opioides/opiáceos**

Situações nas quais não há gravidade, não serão necessários tratamentos específicos. Dar maior atenção aos opioides de meia-vida longa. Manter paciente em observação de 24 a 48 horas.

O [Quadro 11.30](#) apresenta as condutas em situações de intoxicação por opioides.

---

### **Quadro 11.30**

---

#### **Manejos e cuidados na intoxicação por opioides/opiáceos**

---

- Estabelecer suporte ventilatório adequado
- Corrigir hipotensão
- Manejo de edema pulmonar
- Verificação de temperatura corpórea, se febre, investigar quadros infecciosos como pneumonia de aspiração, celulite, meningite, endocardite, hepatite e HIV
- Coma e depressão respiratória – Uso do naloxona 0,8 mg IV. Repetir o

dobro da dose caso não haja resposta em 15 minutos. Sem resposta fazer 3,2 mg/IV aguardando mais 15 minutos.

- Revisar o diagnóstico de intoxicação de opioides caso não responda a essas dosagens (com sinais como agitação, midriase, melhora do nível de consciência e do padrão respiratório)
  - Pacientes dependentes de opioides tentar doses mais baixas de naloxona, usar doses mais baixas para evitar abstinência grave.
  - Convulsões provocadas pelo uso de meperidina são revertidas com naloxona
-

## **Síndrome de abstinência de opioides/opiáceos**

Ocorre após 6 a 24 horas do último uso, seja por parada do consumo ou por redução importante da quantidade consumida. A diferença de tempo para o início do quadro está relacionada com o tempo de ação do opioide utilizado. Por exemplo, a heroína tem ação curta, e a metadona possui ação longa. Os sintomas mais comumente vistos são fissura pela substância, lacrimejamentos, bocejos, espirros, coriza, dores e câimbras musculares, náuseas e vômitos, câimbras abdominais, diarreia, midriase, piloereção, calafrios, taquicardia, hipertensão e sono agitado.

## **Manejo da síndrome de abstinência de opioides/opiáceos**

O tratamento é feito através da substituição do opioide que era abusado por um opioide agonista de longa duração como a metadona. Esta vem sendo utilizada no tratamento da dependência de heroína desde a década de 1960. Doses iniciais podem ser dadas de 4 em 4 horas avaliando a evolução do paciente; temos boas respostas com doses de 10 mg. Para a manutenção, doses entre 20 a 30 mg/dia apresenta bons resultados; porém, doses maiores como 60 a 75mg/dia aumentam ainda mais a chance de adesão e reduzem a possibilidade de recaídas ([CORDEIRO, 2010](#)). Para os quadros de taquicardia e hipertensão, o uso da clonidina pode ser de grande importância no alívio desses sintomas **autonômicos**. Iniciar com dose de 0,2 mg via oral a cada quatro horas, com uma dose máxima de 1,2 mg/dia ([JORGE, 2007](#)).

## O acolhimento de usuários de álcool e outras drogas na emergência

Infelizmente, o atendimento de usuários de SPA em prontos-socorros pode sofrer com a má qualidade do serviço prestado, não sendo raro relatos de descaso dos profissionais envolvidos, resultando em cuidados pouco eficazes e sem continuidade (LIMA et al., 2010). Esse tipo de evento pode estar relacionado com uma série de fatores: pacientes relatam barreiras que os afastam dos serviços como o estigma e o preconceito (relacionados com antigos modelos de tratamento que tinham características punitivas ou de reclusão). Já a equipe tem a sensação de que esses pacientes não respondem às intervenções, falta de tempo, formação acadêmica insuficiente para o correto manejo desses casos, ou mesmo teriam receio de incomodar o paciente ao abordar o tema (PELEGRINI et al., 2016). Alguns profissionais demonstram insatisfação ao terem que atender usuários de SPA, outros acreditam que o transtorno relacionado com o consumo da substância ocorre por vontade do próprio, e outros ainda temem serem agredidos ao abordarem essa clientela.

Em estudo realizado em hospital geral 60% dos médicos entrevistados disseram não serem habilitados para realizar um adequado manejo de pacientes dependentes de álcool, deixando clara a necessidade de melhor formação para atender este público (ALVARENGA et al., 2015). Estudo em Unidade de Pronto Atendimento evidenciou que o preconceito influencia negativamente o tratamento do paciente e que a possibilidade de educação permanente seria uma forma de melhorar a compreensão da dependência química resultando em melhor qualidade de atendimento (QUEIROZ et al., 2016).

O conceito de acolhimento no atendimento de saúde diz respeito à responsabilização de um atendimento voltado para a humanização do cuidado com escuta qualificada, oferecendo aos usuários respostas adequadas e encaminhamento para assistência contínua (PELEGRINI et al., 2016). Eventos ligados à emergência podem ser de grande valia para a construção de mudanças de comportamento

por parte desses pacientes. Cabe também à equipe do pronto-socorro proporcionar um ambiente de respeito ao paciente possibilitando a este um momento de reflexão, informação e cuidados que tornem a alta da emergência o primeiro passo para uma mudança de comportamento, seja por maiores cuidados com sua saúde ou mesmo pela busca de tratamento ambulatorial.

## Questões para estudo

- Quais os principais quadros apresentados em situação de emergência envolvendo o álcool?
- Qual a importância de um bom acolhimento de pacientes com quadros de emergência envolvendo SPAs em pronto-socorro?
- Quais os procedimentos que devem ser feitos durante a avaliação de pacientes com quadros envolvendo intoxicações por SPAs?

## Referências

- Amaral RAD, Malbergier A, Andrade AGD. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(suppl 2):S104–S111.
- AMB. Associação Médica Brasileira (2012) Campana, A.A.M., Zaleski, M., Ramos, S.P., Duailibi, S.M., Stein, A.T., Zago-Gomes, M.P., Marques, A.C.P.R., Ribeiro, M., Laranjeira, R.R., Andrada, N.C. (orgs.) Abuso e Dependência de Álcool. Projeto Diretrizes.
- Aoki PS. Emergências Relacionadas ao Álcool. In: Cordeiro DC, Baldaçara L, eds. *Emergências Psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- Batista IR, dos Reis MA. Farmacologia das Substâncias Psicoativas – Como funciona? In: Diehl A, Cordeiro DCC, Laranjeira R, eds. *Tratamentos farmacológicos para Dependência Química – da evidência científica à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Baltieri et al. (2004) Baltieri, D. A. et al. (2004) Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. vol.26, n.4, pp.259-269. ISSN 1516-4446.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000400011>.
- Borges G, Mondragón L, Medina-Moura ME, Orozco R, Zambrano J, Cherpitel C. A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for nonfatal injury. *Alcohol Alcoholism*. 2005;40(4):257–262.
- Brasil A. Brasil Escola. Disponível em:  
[https://www.sciencedaily.com/terms/psychoactive\\_drug.htm](https://www.sciencedaily.com/terms/psychoactive_drug.htm). Acesso em 21 abril 2017.
- Brasil B. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em:  
[http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conhecer\\_mais](http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conhecer_mais). Acesso em 21 abril 2017.
- Brasil C. Senado Federal. Disponível em:  
<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-previa-quase-50-a-mais-de-recursos-para-uso-pelo-senad.aspx>. Acesso em 21 abril 2017.
- Brasil D. Senado Federal. Disponível em:  
<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/reforma-psiquiatrica-eliminou-90-mil-leitos-em-hospitais.aspx>. Acesso em 21 abril 2017.
- Brasil E. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10621565/artigo-148-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>. Acesso em 18 abril 2017.

CREMESP (1996) Pareceres. Disponível em:

[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmfsp/pareceres/1996/32941\\_199](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmfsp/pareceres/1996/32941_199)  
Acesso em 16 abril 2017.

Brust, J.C.M. (2014) Acute withdrawal: diagnosis and treatment. In: Sullivan, E.V., Pfefferbaum, A. Alcohol and the Nervous System, p. 123-125.

Capistrano FC, Ferreira ACZ, Kalinke LP, Maftum MA, Mathias TADF, Silva TLD. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Cogitare enferm.* 2015;20(1):111–119.

Coelho A, Andrade V, Volpe FM, Diniz LSS, da Silva EM, de Freitas Cunha C. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* 2014;19(8).

Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *The Lancet.* 2015;387:988–998: 10022.

Costin, B.N., Miles, M.F. (2014) Molecular and Neurologic responses to chronic alcohol use. In: Sullivan, E.V., Pfefferbaum, A. Alcohol and the Nervous System, p. 123-125.

de Oliveira Vilaça C, de Freitas MRG, do Nascimento OJM, Orsini M, Leite MAA. Convulsões relacionadas ao alcoolismo: atualização. *Revista Brasileira de Neurologia.* 2016;51(2).

Diehl A. Tratamento farmacológico da intoxicação por álcool. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, eds. *Tratamentos farmacológicos para a dependência química, da evidência científica à prática clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2010: (2010).

Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Álcool. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, eds. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.* Porto Alegre: Artmed; 2011.

Fogaça, Jennifer Rocha Vargas. “O que são drogas?”; Brasil Escola. Disponível em <<https://brasilescola.uol.com.br/o-que-e/quimica/o-que-sao-drogas.htm>>. Acesso em 26 de maio de 2018.

Garcia, L.P., Freitas, L.R.S., Gawryszewski, V.P., Duarte, E.C. (2015) Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n5/v38n5a10.pdf>.

Gonçalves, R.E.M., Ponce, J.C., Leyton, V. (2015) Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça,* 20.1: 9-14.

- Hawkins SB, Bucklin M, Muzyk AJ. Quetiapine for the treatment of delirium. *Journal of Hospital Medicine*. 2013;8(4):215–220.
- Hassan A, Bhatia SC and Bhatia SK. (2017) Inhalant use disorder. In Bhatia SC , Petty F, Gabel T. Substance and Non Substance Related Addiction Disorders: Diagnosis and Treatment.
- Hochgraf PB. Diagnóstico e tratamento de dependência de álcool no gênero feminino. *Tratado de saúde mental da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2012.
- Jorge R. Emergências relacionadas ao uso e abuso de drogas. In: Cordeiro DCC, Baldaçara L, eds. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- Latt N, Dore G. Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders. *Internal Medicine Journal*. 2014;44(9):911–915.
- Lima DD, et al. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(3):167–172: jul. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a01v59n3.pdf>>. Acesso em 13 dezembro 2015.
- Muzyk AJ, Leung JG, Nelson S, Embury ER, Jones SR. The role of diazepam loading for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in hospitalized patients. *The American Journal on Addictions*. 2013;22(2):113–118.
- Santos JAT, de Oliveira MLF. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico [Public policies on alcohol and other drugs: a brief historical rescue]. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*. 2013;4(1):82–89.
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A.; Ruiz, P. (2017) Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Schabelman E, Kuo D. Glucose before thiamine for Wernicke encephalopathy: a literature review. *J Emerg Med*. 2012;42:488–494.
- Sadock, Benjamin J., Virginia A. Sadock, and Pedro Ruiz. (2017) Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos. 11a edição.
- Woodruff SI, Shillington AM. Sociodemographic and drug use severity differences between medical marijuana users and non-medical users visiting the emergency department. *The American Journal on Addictions*. 2016;25(5):385–391.
- Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AGD. Drogas de abuso e gravidez. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008;35(suppl 1):44–47.

## **Cocaína.**

- de Castro RA, Ruas RN, Abreu RC, Rocha RB, de Figueiredo Ferreira R, Lasmar RC, Xavier AJD. Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(2):253–259.
- Fiocruz. (2013) Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Disponível em: [http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto\\_epidemio](http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemio)
- Martins-Costa SH, Vettorazzi J, Cecin GKG, de Azevedo JMDR, Stumpf CC, Ramos JGL. Crack: a nova epidemia obstétrica. *Clinical & Biomedical Research*. 2013;33(1).
- Silva LR, Fernandino LS, Gomes PA, Xavier AJD. O paciente usuário de crack-diagnóstico e terapêutica na urgência. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(2).

## **Maconha.**

- Allsop DJ, Copeland J, Lintzeris N, Dunlop AJ, Montebello M, Sadler C, Booth J. Nabiximols as an agonist replacement therapy during cannabis withdrawal: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(3):281–291.
- Asbridge M, Mann R, Cusimano MD, Trayling C, Roerecke M, Tallon JM, Rehm J. Cannabis and traffic collision risk: findings from a case-crossover study of injured drivers presenting to emergency departments. *International Journal of Public Health*. 2014;59(2):395–404.
- Bui QM, Simpson S, Nordstrom K. Psychiatric and medical management of marijuana intoxication in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2015;16(3):414.
- Dines AM, Wood DM, Galicia M, Yates CM, Heyerdahl F, Hovda KE. Euro-DEN Research Group Presentations to the emergency department following cannabis use – a multi-centre case series from ten European countries. *Journal of Medical Toxicology*. 2015;11(4):415–421.
- Global Drug Survey. Disponível em: <https://www.globaldrugsurvey.com/the-global-drug-survey-2015-findings/>.
- Haney M, Cooper ZD, Bedi G, Vosburg SK, Comer SD, Foltin RW. Nabilone decreases marijuana withdrawal and a laboratory measure of marijuana relapse. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38(8):1557–1565.
- Kim HS, Hall KE, Genco EK, Van Dyke M, Barker E, Monte AA. Marijuana tourism and emergency department visits in Colorado. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(8):797–798.

Zuardi AW, Crippa JAS. Maconha. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, eds. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011.

## **Alucinógenos.**

Alper KR. Ibogaine: A review. *Alkaloids Chem Biol*. 2001;56:1–38.

Hassan A, Bhatia SC. Hallucinogen-LSD Use disorder. In: Bhatia SC, Petty F, Gabel T, eds. *Substance and Non Substance Related Addiction Disorders: Diagnosis and Treatment*. Bentham Science Publishers; 2017: (2017).

Schenberg EE, Comis MAC, Chaves BR, Silveira DX. Treating drug dependence with the aid of ibogaine: A retrospective study. *J Psychopharm*. 2014;28(11):993–1000.

## **Anfetaminas.**

ANVISA (2018). Disponível em:

[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10081592015&pIdAnexo=2952955)  
pNuTransacao=10081592015&pIdAnexo=2952955. Acesso em 26 de maio de 2018.

Chew Ng RA, Samuel MC, Lo T, Bernstein KT, Aynalem G, Klausner JD, Bolan G. Sex, drugs (methamphetamines), and the Internet: increasing syphilis among men who have sex with men in California, 2004-2008. *American Journal of Public Health*. 2013;103(8):1450–1456.

Cordeiro DC. Tratamento farmacológico da intoxicação por anfetaminas e metanfetaminas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, eds. *Tratamentos farmacológicos para a dependência química, da evidencia científica à pratica clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Lemos T, Fonseca VAS. Anfetaminas e metanfetaminas. In: Diehl A, Cordeiro D, Laranjeira R, eds. *Dependência química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011.

## **Inalantes.**

Azevedo AJPD, Araújo AAD, Ferreira MAF. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(1):83–90.

Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, et al. *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino*

*nas 27 capitais brasileiras.* São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2010.

Hassan A, Bhatia SC, Bhatia SK. Inhalant use disorder. In: Bhatia SC, Petty F, Gabel T, eds. *Substance and Non Substance Related Addiction Disorders: Diagnosis and Treatment*. Bentham Science Publishers; 2017.

Marsolek MR, White NC, Litovitz TL. Inhalant abuse: monitoring trends by using poison control data. *Pediatrics*. 2010;125(5):906–913.

Ossiander EM. Volatile substance misuse deaths in Washington State, 2003–2012. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2015;41(1):30–34.

de Souza AR, Panizza H, Magalhães JG. Uso abusivo de inalantes. *Saúde, Ética & Justiça*. 2016;21(1):3–11.

## **Benzodiazepínicos.**

Alvarenga KM, Brandão LB, Tostes JG. Avaliação das atitudes e conhecimentos dos médicos na abordagem de usuários de álcool e outras drogas. *Revista Ciências em Saúde*. 2015;5(3):8–17.

Gaudreault P, Guay J, Thivierge RL, Verdy I. Benzodiazepine poisoning. *Drug Safety*. 1991;6(4):247–265.

Kaufmann CN, Spira AP, Alexander C, Rutkow L, Mojtabai R. Emergency department visits involving benzodiazepines and non-benzodiazepine receptor agonists. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2017.

Pellegrini SB, Friestino JKO, Freitas DCDCV. O acolhimento ao paciente alcoolista nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2016;5(1).

Queiroz LA, Büchele F, Barreto MS. A atenção prestada aos usuários de substâncias psicoativas em Unidades de Pronto Atendimento por enfermeiros e médicos. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*. 2016;6(3):062–075.

Shih HI, Lin MC, Lin CC, Hsu HC, Lee HL, Chi CH, Kao CH. Benzodiazepine therapy in psychiatric outpatients is associated with deliberate self-poisoning events at emergency departments – a population-based nested case – control study. *Psychopharmacology*. 2013;229(4):665–671.

Vozoris NT, Fischer HD, Wang X, Stephenson AL, Gershon AS, Gruneir A, Rochon PA. Benzodiazepine drug use and adverse respiratory outcomes among older adults with COPD. *The European Respiratory Journal*. 2014;44(2):332–340.

---

## CAPÍTULO 12

# *Delirium*

---

*Samanta Ortegosa Calfat*

*Elie Leal de Barros Calfat*

## **Pontos principais**

---

- O *delirium* é uma alteração comportamental aguda de origem orgânica.
  - Seu reconhecimento é uma emergência uma vez que o tratamento é basicamente encontrar a causa e revertê-la.
  - Um conjunto de medidas não medicamentosas e medicamentosas pode prevenir e *reduzir* o impacto do *delirium*.
  - Medicações podem ser utilizadas, porém é necessário evitar o uso de medicações com potencial anticolinérgico.
-

## Introdução

Os transtornos mentais orgânicos são as manifestações psíquicas ou o agravamento comportamental secundários a alguma doença clínica, ou seja, têm em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. São altamente prevalentes em populações de risco e com o avançar da idade.

Vale ressaltar que o antigo conceito de patologias orgânicas e funcionais na 5<sup>a</sup> edição do DSM (DSM-V) caiu em desuso, uma vez que mesmo as doenças ditas funcionais também têm base orgânica. No DSM-V este grupo da CID-10 está distribuído nos capítulos segundo o predomínio de sintomas, por exemplo, *delirium* no capítulo sobre transtornos neurocognitivos, assim como outros transtornos cognitivos segundo condição médica; psicose secundária à condição médica no capítulo sobre esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, entre outros.

Neste capítulo serão abordados os temas do *delirium*. O tema abordagem das alterações comportamentais nas demências será discutido no capítulo sobre emergências psiquiátricas em idosos. Os demais temas serão abordados em capítulos específicos.

## Conceito

O *delirium* é um estado sindrômico, não uma doença.

Conceptualmente, síndrome é um conjunto de sinais e sintomas comuns a várias patologias, neste caso ocorre o mesmo.

Alterações de comportamento evidenciadas em paciente em *delirium* muitas vezes tendem a ser consideradas o principal e resultam em encaminhamentos errados para os especialistas e, desta forma, retardam o tratamento com prejuízo do prognóstico do paciente.

Ainda que potencialmente fatal deve ser considerado um quadro reversível.

Por definição, o *delirium* ocorre em decorrência de doenças agudas ou agravamentos de doenças já existentes. O tratamento da causa de base é fundamental. O *delirium* é uma importante e frequente complicação de doenças sistêmicas, neurológicas e/ou cirúrgicas.

Tem uma sinonímia bastante extensa: confusão mental, estado confusional agudo, síndrome cerebral aguda, encefalopatia metabólica, psicose tóxica, insuficiência cerebral aguda, encefalite etc.

O principal sintoma do *delirium* é o comprometimento do nível de consciência, geralmente em associação com alterações cognitivas do paciente. Seu início é súbito e de curso flutuante, uma vez tratada à causa de base tende a remitir rapidamente, podendo durar até duas semanas.

## Epidemiologia

O *delirium* é um transtorno mental comum; quanto maior a idade, maior será sua prevalência, acompanhado por outros fatores de risco.

Na população de pacientes idosos e com idade avançada, 10% a 45% podem cursar com *delirium*. Na população geral de idosos (maiores de 60 anos) sua incidência é de 5% a 15%.

Em levantamentos feitos, temos a seguir a epidemiologia de pacientes que terão quadro clínico compatível com o *delirium*:

- 10% a 15% dos pacientes em enfermarias de cirurgia geral
- 30% de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca aberta
- 15% a 25% dos pacientes em enfermarias de clínica médica
- 30% dos pacientes em unidades de tratamento intensivo
- 40% a 50% dos pacientes em recuperação de fratura de quadril
- 30% a 40% dos pacientes com AIDS, quando hospitalizados
- 70% a 87% daqueles pacientes internados em unidades de terapia intensiva
- 83% daqueles pacientes em cuidados paliativos
- 60% dos pacientes em casas de repouso ou pós-operatórios em geral
- 21% daqueles internados por queimaduras graves

Para o médico que atua em serviços de emergência, as estimativas sugerem que 10% a 15% dos pacientes idosos admitidos em serviços de emergência (hospital geral) estão em *delirium*.

A presença de *delirium* é sinal de mau prognóstico, uma vez que é indicativa de fragilidade do sistema nervoso central. A taxa de mortalidade em três meses é de 23% a 33% e em um ano é de 50%.

---

### Quadro 12.1

#### Características demográficas do *delirium*

---

Idade	Maior que 65 anos

<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Estados clínicos</b>	Portadores de demência, <i>delirium</i> prévio, deprimidos, desnutrição, desidratação
<b>Estados funcionais</b>	Dependentes, imobilizados, baixo nível de atividade
<b>Prejuízos sensoriais</b>	Visão e audição
<b>Uso de medicamentos</b>	Polimedicados, medicações anticolinérgicas e abuso de álcool
<b>Comorbidades</b>	Doenças terminais, insuficiências renal ou hepática, desequilíbrios metabólicos etc.

## Importância

Esta síndrome é muito comumente encontrada em enfermarias de hospitais gerais e unidades de tratamento intensivo. Ainda é uma condição clínica sub-reconhecida e subdiagnosticada. Apenas 30% a 60% dos pacientes com *delirium* são identificados corretamente, e isso está relacionado com o aumento de morbidade e mortalidade.

Não é raro que psiquiatras sejam solicitados por equipes de clínicos, cirurgiões e intensivistas para realizar interconsultas em hospitais gerais. Tais solicitações têm a finalidade de obter avaliações de pacientes que, de forma súbita, apresentaram alteração do comportamento, já que o clínico que assiste o paciente acredita se tratar de um transtorno psiquiátrico. Desta forma, na prática médica, tem sido comum que o diagnóstico de *delirium* seja primeiramente feito por psiquiatras.

Seria importante que os médicos, não psiquiatras, tivessem maior familiaridade com o quadro clínico do *delirium*, juntamente de uma revisão sistemática dos sinais e sintomas em seus pacientes, para uma detecção precoce e rápido manejo.

---

### Quadro 12.2

#### **Qual é a importância de diagnosticar o *delirium*?**

---

1. Pela necessidade de definir a causa e tratá-la o quanto antes
  2. Requer rápida identificação melhora o prognóstico
  3. Para evitar complicações do *delirium* (auto ou heteroagressões etc)
  4. Para reduzir permanência hospitalar
  5. Para a diminuição das taxas de mortalidade
  6. Para a redução de custos, por diminuição da permanência e das complicações
-

## Etiologia

O substrato orgânico para a gênese do quadro de *delirium* são as injúrias ao SNC, com hipometabolismo cerebral e desregulação em sistemas que têm a acetilcolina como principal neurotransmissor. A área neuroanatômica mais envolvida é a formação reticular.

## Diagnóstico

Veja no [Quadro 12.3](#) os principais sinais e sintomas que norteiam o diagnóstico do *delirium*.

---

### Quadro 12.3

#### **Diagnóstico do *delirium* — apresentação clínica mais comum**

---

##### **Início agudo**

Ocorre abruptamente, geralmente em horas ou dias

Uma informação precisa sobre o início e curso é necessária

##### **Curso flutuante**

Dificuldade em focar, manter ou mudar o foco da atenção

Dificuldade em manter uma conversa ou seguir comandos

##### **Pensamento desorganizado**

Discurso desorganizado ou incoerente

Conversa sem sentido ou incoerente ou fluxo de ideias sem lógica

Delírios são comuns

##### **Alteração do nível de consciência**

Rebaixamento do nível de consciência com reduzida clareza da consciência  
do, ambiente

##### **Prejuízo cognitivo**

Comprometimento cognitivo em vários elementos, incluindo desorientação,  
diminuição da memória e prejuízo da linguagem

##### **Alterações do senso de percepção**

Ilusões ou alucinações

##### **Alterações da psicomotoricidade**

Hiperatividade

Agitação e hipervigilância

Hipoatividade

Letargia, com diminuição da atividade motora

### **Alteração do ciclo sono-vigília**

Geralmente sonolência diurna, com insônia noturna, sono fragmentado ou inversão completa do ciclo

### **Distúrbios emocionais**

Muito comuns

Sintomas intermitentes de labilidade emocional, medo, ansiedade, depressão, apatia, raiva ou euforia

---

## **Quadro 12.4**

### **Fatores predisponentes para o *delirium***

---

#### **Características demográficas**

Idade igual ou acima de 65 anos

Sexo masculino

#### **Prejuízo cognitivo**

Demência

Comprometimento cognitivo

História prévia de *delirium*

Depressão

#### **Estado funcional**

Dependência funcional

Imobilidade

Baixo nível de atividade

História prévia de quedas

#### **Comprometimento sensorial**

Prejuízo visual

Prejuízo auditivo

**Diminuição da ingestão de alimentos**

Desidratação

Desnutrição

**Substâncias**

Tratamento com múltiplas drogas psicoativas

Uso de múltiplas medicações

Abuso de álcool e outras drogas

**Condições clínicas preexistentes**

Doença grave

Múltiplas comorbidades

Doença renal e hepática crônica

História de doença cerebrovascular

Doença neurológica

Distúrbios metabólicos

Traumas ou fraturas

Doença terminal

Infecções crônicas como HIV e hepatite

---

---

**Quadro 12.5**

---

**Fatores precipitantes para o *delirium***

---

**Drogas**

Sedativos e hipnóticos

Narcóticos

Drogas anticolinérgicas

Tratamento com múltiplas drogas

Intoxicação ou abstinência ao álcool

## **Doenças neurológicas primárias**

AVC

Sangramento intracraniano

Meningite ou encefalite

## **Doenças agudas**

Infecções

Complicações iatrogênicas

Doença grave aguda

Hipóxia

Choque

Febre ou hipotermia

Anemia

Desidratação

Estado nutricional prejudicado

Baixo nível sérico de albumina

Distúrbios metabólicos

## **Cirurgias**

Ortopédica

Cardíaca

Uso prolongado de bypass cardiopulmonar

Outras

## **Ambiente**

Admissão em unidade de terapia intensiva

Restrição física

Uso de sonda urinária

Múltiplos procedimentos

Dor

Estresse emocional

## Privação prolongada ao sono

---

## **Principais alterações ao exame psíquico de pacientes com quadro de *delirium***

### **1. Comprometimento do nível de consciência**

A avaliação do estado de consciência nem sempre é fácil, embora a identificação dos polos extremos da consciência seja relativamente simples, aqui é importante verificar se o paciente está sonolento em demasia e se esta alteração é súbita e se tem oscilações ao longo do dia. Normalmente o período de maior agitação é o noturno.

Por esse motivo o nível de consciência é medido de forma indireta, por meio da manutenção da atenção e da sua tenacidade.

Os pacientes em *delirium* têm dificuldade para focar, manter ou mobilizar a atenção.

Os pacientes hipoativos podem ser erroneamente definidos como deprimidos, catatônicos ou demenciados.

Característica importante é a flutuação deste comprometimento ao longo do dia, períodos relativamente lúcidos se alternam com os sintomáticos. Os sintomas costumam ser mais intensos no início da noite (efeito *sundowning*).

Pode ser precedido em alguns dias por ansiedade, sonolência, insônia, alucinações transitórias, pesadelos e inquietação. O aparecimento desses sintomas deve nos levar a monitorar o paciente.

### **2. Orientação**

A temporal geralmente está alterada, mesmo nos casos leves. A espacial e a capacidade de reconhecer outras pessoas podem estar prejudicadas em casos severos. A autopsíquica raramente se altera.

### **3. Pensamento**

Discurso vago, incoerente e capacidade de compreensão da linguagem. Podem apresentar delírios não sistematizados, em geral paranoides e transitórios. Podem ter alterações de linguagem, transitórias, como disgrafia e disnomia.

## **4. Senso-percepção**

As alucinações são comuns, com maior frequência visual e auditiva, e até mesmo ilusões patológicas.

## **5. Humor**

Instabilidade emocional, irritabilidade, medo, ansiedade, depressão, apatia, euforia, podendo se alternar ao longo do mesmo dia.

## **6. Memória**

A capacidade de reter, evocar informações pode estar prejudicada, embora a memória remota possa estar preservada.

## **7. Ciclo sono-vigília**

O sono quase sempre é curto e fragmentado, em geral há uma sonolência de dia e uma exacerbação dos sintomas e insônia à noite.

## **8. Sintomas neurológicos**

Não é raro terem sintomas neurológicos associados, como falta de coordenação, incontinência urinária, tremor, disfasia e sintomas focais.

## **Manuais de diagnóstico**

Tanto a CID-10, como o DSM V encontram concordância nos principais critérios diagnósticos, como vemos a seguir.

### **CID-10**

- (a) comprometimento de consciência e atenção
- (b) perturbação global da cognição
- (c) perturbações psicomotoras
- (d) perturbação do ciclo sono-vigília
- (e) perturbação emocional

### **DSM V**

- A. Perturbação da atenção.
- B. A perturbação se desenvolve ao longo de um período breve de tempo, horas a dias.
- C. Pode haver perturbações adicionais da cognição.
- D. As perturbações não são bem explicadas por outros transtornos.
- E. Há evidências através de exames físico e laboratorial de que a perturbação seja causa direta de uma condição médica.

No DSM V ainda encontramos especificadores e subtipos que também devem ser descritos:

## **Especificadores de tempo**

- A. Agudo – duração de horas a dias.
- B. Persistente – duração de semanas a meses.

## **Subtipos**

- A. Hiperativo – com aumento da atividade psicomotora.
- B. Hipoativo – com diminuição da atividade psicomotora.
- C. Misto – pode oscilar entre os dois descritos acima rapidamente.

## **Tipos de *delirium* mais comumente vistos em serviços de emergência**

### **1. *Delirium Tremens***

É a forma grave da síndrome de abstinência do álcool. Apresenta *delirium*, tremores e hiperatividade autonômica (febre, taquicardia, sudorese, rubor facial, oscilações de pressão arterial). É uma urgência médica: 5% a 15% dos pacientes evoluem a óbito quando não tratados adequadamente.

### **2. *Delirium* induzido por lítio**

O início pode ter letargia, fasciculações musculares, tartamudez por dias ou semanas. Quando já há *delirium* consiste em uma intoxicação moderada ou grave, e o paciente necessita de monitorização cardíaca (pelo risco de arritmias, redução de pressão sanguínea e distúrbios de condução), manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, monitorização de função renal e estimulação de diurese, podendo vir a ser necessário a hemodiálise, dosagem sérica do lítio, controle dos sintomas neurológicos (*delirium*, convulsões, estupor e coma). As intoxicações moderada (litemia = 2 mEq/l) e a grave (litemia maior que 2,5 mEq/l) consistem em urgências clínicas.

### **3. *Delirium* anticolinérgico**

Drogas anticolinérgicas em idosos são causas frequentes de *delirium*, elas fazem o bloqueio colinérgico em gânglios da base.

Exames laboratoriais para a triagem e diagnóstico da causa base de *delirium*:

1. Função hepática, renal, glicemia e eletrólitos
2. Função tireoidiana
3. Sorologia para sífilis
4. Sorologia para HIV
5. Hemograma completo
6. Urina 1

7. Eletrocardiograma
8. Eletroencéfalograma
9. Raios X de tórax
10. Multiteste para drogas na urina

*Observação:* O achado de certeza do diagnóstico de *delirium* é a diminuição difusa da atividade cerebral ao EEG.

Quando indicado:

1. Culturas de sangue, urina e liquor
2. Concentração de B12 e ácido fólico
3. Tomografia ou ressonância magnética de crânio
4. Puncão lombar, exame de liquor

## **Diagnóstico diferencial**

Deve ser feito o quanto antes, o maior risco é retardar o tratamento e desta forma piorar o prognóstico do paciente. Dentro da Psiquiatria, os principais diagnósticos diferenciais são:

### **1. Demência x *Delirium***

- a. Início insidioso na demência.
- b. Não há rebaixamento do nível de consciência.
- c. Não há flutuações ao longo do dia.

Obs.: pode haver sobreposição de quadros.

### **2. Psicose x *Delirium***

- a. Início insidioso, sem flutuação do nível de consciência.
- b. Em estados catatônicos o EEG pode ajudar.

## **Manejo**

Para uma resolução rápida do quadro de *delirium*, o principal é a identificação da causa de base; sem isto, a sintomatologia pode se prolongar e quanto mais prolongada, pior será o prognóstico para o paciente.

Deve ser tratado como uma urgência médica, necessitando, portanto, de permanência em hospital geral para: monitorização (balanço hidroeletrolítico, pressão sanguínea, temperatura, glicemia) e suporte clínico de emergência à disposição. Outros cuidados específicos variam com o fator etiológico.

---

### **Quadro 12.6**

#### **Medidas gerais para abordagem e prevenção do *delirium***

---

Fornecer orientação regular

Afixação de relógios e calendários

Higiene do sono: ambiente iluminado e com maior estímulos durante o dia,  
baixa luminosidade e sonoridade à noite

Redução da privação sensorial

Alimentação e hidratação

Tratamento da dor

Redução do número de medicações

Suspensão de anticolinérgicos

Mobilidade

---

Está associado ao aumento das taxas de mortalidade e declínio da capacidade funcional, além do risco aumentado de desenvolver quadros demenciais.

As principais condições que irão exigir o tratamento medicamentoso são a insônia (inversão do ciclo sono-vigília), sintomatologia psicótica e agitação psicomotora.

O tratamento das alterações comportamentais decorrentes do

*delirium* podem ser divididos em dois grandes grupos: (1) medidas gerais e ambientais e (2) medidas comportamentais.

---

### Quadro 12.7

#### Medicações e doses mais usadas para controle das alterações comportamentais decorrentes do *delirium*

---

Medicação	Dose usual para <i>delirium</i>	Cuidados
<b>Haloperidol</b>	2 a 6 mg/ dia	Alargamento QT, SEP
<b>Risperidona</b>	0,25 a 3 mg/dia	Alargamento QT, SEP
<b>Lorazepam</b>	0,5 a 2 mg/dia	Depressão respiratória, agitação paradoxal

*Obs.:* SEP = sintomas extrapiramidais.

O haloperidol por via parenteral é normalmente administrado intramuscular, a via intravenosa deve ser evitada. As medicações anticolinérgicas, como clorpromazina e a prometazina devem ser evitadas, pois podem agravar o quadro de confusão mental.

Se o uso de benzodiazepínicos estiver indicado, sempre optar pelos de meia-vida curta.

## Considerações finais

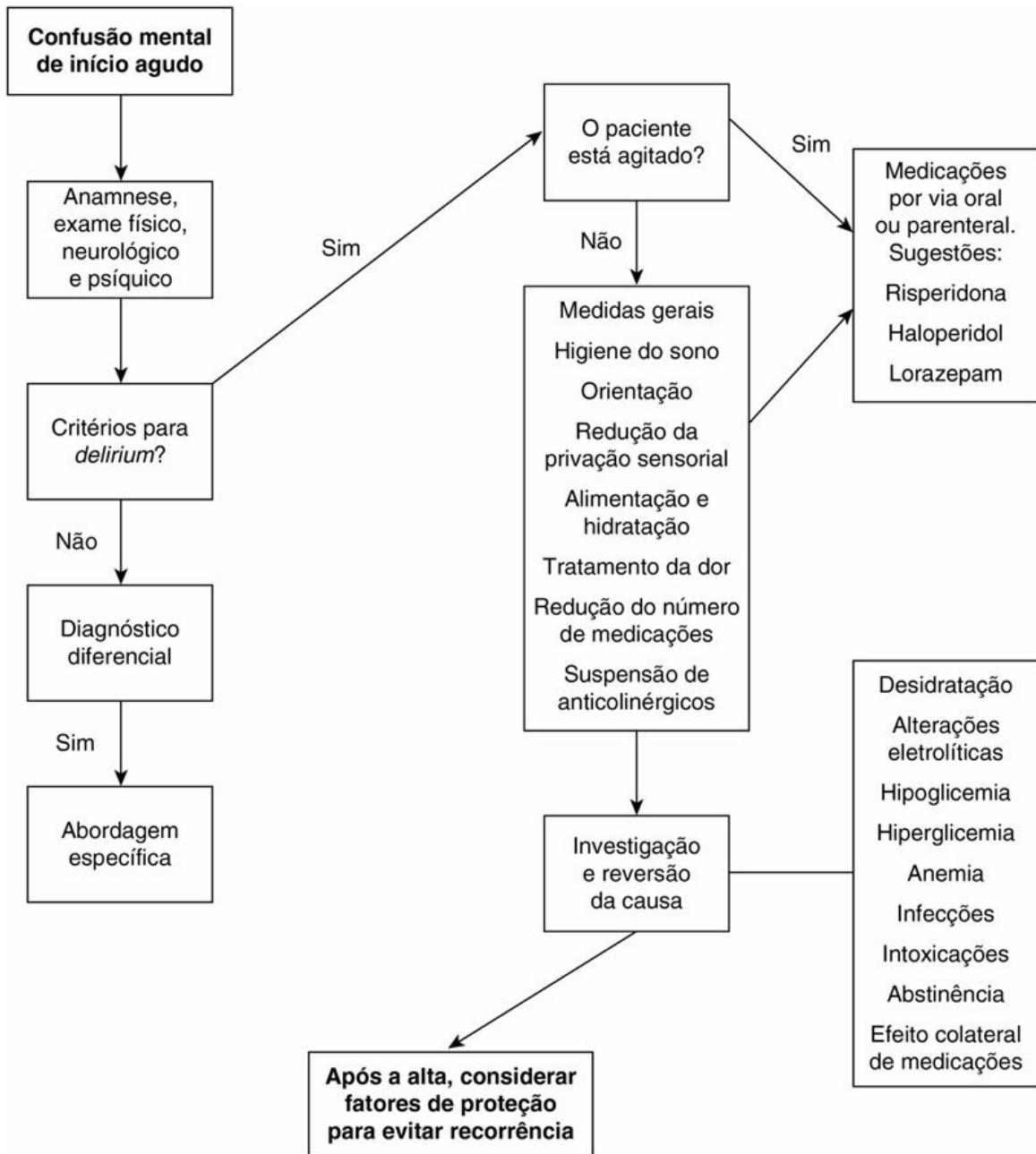
O diagnóstico de *delirium*, conceitualmente, é confuso; a maior familiaridade com os sinais e sintomas mais comuns favorecem o rápido reconhecimento e manejo adequado do quadro.

O *delirium* é associado a uma alta taxa de mortalidade e de declínio cognitivo. Sua existência é indicativa de vulnerabilidade do Sistema Nervoso Central e quebra de homeostase de sistemas regulados pela acetilcolina.

Quanto maior for a duração do quadro, mais tempo levará para o restabelecimento das funções cognitivas. A normalização pode demorar de dias a semanas e dependerá do tratamento da causa base.

## Questões para estudo

- O que se entende por transtornos mentais orgânicos?
- O que se entende por *delirium*?
- Quais os sinais e sintomas de *delirium*?
- Qual a importância do pronto reconhecimento?
- Quais as medicações preferencialmente utilizadas?



**FLUXOGRAMA 12.1**

## Referências

- Australian Government Department of Health and Ageing on behalf of AHMAC. (2011) Delirium Pathways. Commonwealth of Australia. Disponível em:  
<https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/FA0452A2>
- Cordeiro D, Baldaçara L. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. Intensive care unit delirium. a review of diagnosis, prevention, and treatment. *Anesthesiology*. 2016;125(6):1229–1241.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence. (2010) Delirium: prevention, diagnosis and management. Disponível em:  
<http://www.nice.org.uk>.
- Potter J, George J. On behalf of a multidisciplinary Guideline Development Group convened by the British Geriatrics Society in conjunction with the Royal College of Physicians. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. *Clinical Medicine*. 2006;6(3.).
- Rivosecchi RM, Smithburger PL, Svec S, Campbell S, Kane-Gill SL. Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review. *Critical Care Nurse*. 2015;35(1):39–52.
- Sepulveda E, Franco JG, Trzepacz PT, Gaviria AM, Meagher DJ, Palma J, Viñuelas E, Grau I, Vilella E, Pablo J. Delirium diagnosis defined by cluster analysis of symptoms versus diagnosis by DSM and ICD criteria: diagnostic accuracy study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(167):1–14.
- Tahir TA. Delirium. *Medicine*. 2012;40(12):658–661.
- Trzepacz, P., Breitbart, C.W., Franklin, J., Levenson, J., Martini, R., Wang, P. (2010) Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Disponível em:  
[https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/gui](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/gui)

---

## CAPÍTULO 13

# **Emergências nos transtornos psicóticos**

---

*Brazílio de Carvallho Tasso*

*Cristiano de Souza Noto*

## **Pontos Principais**

---

- Apesar de relativamente raros os transtornos psicóticos são bem comuns em prontos-socorros.
  - Transtornos psicóticos possuem diversas causas (muitas não são psiquiátricas).
  - A esquizofrenia é o tipo mais comum de transtorno psicótico não afetivo.
  - Devemos dar atenção especial ao primeiro episódio psicótico.
  - Atenção dada à família e ao paciente na emergência pode ser um fator importante na aderência ao tratamento ambulatorial.
-

## Introdução

A psicose é caracterizada por uma alteração do funcionamento mental, na qual o indivíduo está incapacitado de lidar com a realidade devido a alterações significativas dos pensamentos e da resposta afetiva, com prejuízo da comunicação e da interação com outras pessoas. Os sintomas clássicos são alucinações, delírios e ilusões. Os tipos mais comuns desses sintomas estão no [Quadro 13.1](#). Existem várias causas para o surgimento dessa sintomatologia, de problemas clínicos (como deficiência de vitaminas, transtornos neurodegenerativos, doenças infecciosas, doenças vasculares, quadros de intoxicações por substâncias tóxicas, efeitos de medicamentos, ações diretas de substâncias psicoativas ou em casos de síndrome de abstinência) aos transtornos psiquiátricos (como os transtornos psicóticos afetivos relacionados com os transtornos de humor como vistos no transtorno bipolar ou na depressão e os não afetivos, que estariam presentes nos quadros de esquizofrenia e outros transtornos do espectro da esquizofrenia) ([SADOCK et al., 2016](#)).

---

### Quadro 13.1

#### Sintomas psicóticos clássicos

Sintomas clássicos dos quadros psicóticos	Tipos
<b>Delírios</b>	<b>Delírios</b>
Falsa crença obtida a partir da percepção incorreta sobre a realidade externa. Essa crença não é compartilhada por outros membros da mesma cultura e é mantida firmemente apesar de provas e evidências que a contrariam	<ul style="list-style-type: none"><li>• bizarros</li><li>• de controle</li><li>• de grandeza</li><li>• de perseguição</li><li>• de pobreza</li><li>• somáticos</li><li>• de referência</li></ul>
<b>Alucinações</b>	<b>Alucinações</b>
Falsas percepções dos sentidos. Ocorre na ausência de estímulo relevante ao tipo de modalidade sensorial	<ul style="list-style-type: none"><li>• auditivas</li><li>• gustativas</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• somáticas</li> <li>• olfativas</li> <li>• visuais</li> <li>• gustativas</li> </ul>
<b>Ilusões</b>	<b>Ilusões</b>
Falsas interpretações de estímulos externos ou reais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As mesmas vistas nas alucinações, mas com a presença real de um estímulo</li> </ul>

Este capítulo se refere aos quadros psicóticos que excluem transtornos orgânicos ou transtornos psicóticos afetivos, por tanto, serão descritos transtornos psicóticos não afetivos, e a relação destes com o serviço de emergência. Os transtornos psicóticos não afetivos incluem esquizofrenia, transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante e transtorno esquizoafetivo. Pacientes com esses transtornos apresentarão alterações perceptuais ou da elaboração do pensamento (delírios e alucinações, entendidos conjuntamente como síndrome positiva) juntamente com alterações cognitivas, da forma do pensamento e da afetividade (alogias, paralogias, embotamento afetivo, agrupadas sob o nome conjunto de síndrome negativa).

Normalmente são doenças caracterizadas por um curso crônico, com uma prevalência de aproximadamente 1% da população mundial. Pode evoluir de forma processual, contínua, ou então por surtos de agudização dos sintomas, que quase sempre concorrem com remissão parcial. Pacientes portadores de esquizofrenia têm maior morbidade e mortalidade do que a população geral, possuem alta probabilidade de apresentarem queda em seu funcionamento global com o tempo, e tendem a sofrer repetidas internações e atendimentos de emergência. Apesar de não serem tão prevalentes, os transtornos psicóticos são responsáveis por cerca de 45% dos atendimentos psiquiátricos de emergência ([MARI & LEITÃO, 2000](#)).

## Diagnóstico

Para a American Psychiatric Association (APA) em situações de emergência sete objetivos devem estar contidos na avaliação do paciente. Entre esses objetivos está a realização de diagnóstico provisório do transtorno mental responsável pelo quadro emergencial em questão, devendo também identificar possíveis quadros de doenças clínicas ou de uso de substâncias psicoativas (como álcool e outras drogas) que possam ser causadoras da sintomatologia mental apresentada pelo paciente na situação emergencial. Os demais objetivos da avaliação de emergência estão no [Quadro 13.2](#) ([APA, 2006](#)). A esquizofrenia e os demais transtornos semelhantes podem produzir sintomatologia psicótica idêntica entre si e entre os demais transtornos psicóticos. Para a realização do diagnóstico desses transtornos é necessário que haja dados relevantes a respeito de tempo de início, evolução do quadro, sintomas apresentados e a exclusão de transtornos orgânicos e de transtornos de humor que possam explicar os sintomas vistos. Em situações de emergência, a alta demanda de atendimentos, limitando o tempo de entrevista, associado a outras condições como falta de informações precisas, não possibilidade de seguimento para observação do quadro clínico, além de uma clientela em que boa parte estará apresentando risco de auto ou heteroagressividade, contribui com o aumento nas dificuldades de um correto diagnóstico ([DEL-BEN et al., 2010](#)).

---

### Quadro 13.2

#### Objetivos e abordagens específicas da avaliação de emergência segundo a APA

---

- 1 – Avaliar e aumentar a segurança do paciente e das outras pessoas
- 2 – Estabelecer um diagnóstico (ou diagnósticos) provisório(s) do(s) transtorno(s) mental(is), responsável(is) pela emergência em questão, inclusive a identificação de uma ou mais doenças clínicas ou de uso de drogas consideradas causadoras ou contribuintes para a condição mental do paciente

- 3 – Identificar familiares ou outros envolvidos que possam fornecer dados que ajudem na verificação da precisão da história relatada pelo paciente.  
Avaliar a capacidade desses familiares em cuidar desse paciente e das suas necessidades
  - 4 – Identificar os profissionais de saúde envolvidos que possam revelar informações que auxiliem na avaliação
  - 5 – Identificar fatores ambientais, culturais e sociais relevantes para as decisões imediatas relacionadas com o tratamento
  - 6 – Determinar a capacidade e disposição do paciente para cooperar com uma avaliação mais aprofundada e com o tratamento, riscos do paciente causar danos a si e a outros e a necessidade de tratamento involuntário e precauções necessárias
  - 7 – Desenvolver plano de acompanhamento, incluindo tratamento imediato, e encaminhamento, determinando se este necessita de tratamento hospitalar ou outro ambiente controlado ou mesmo qual o tratamento cabível caso não seja internado
- 

A imprecisão relacionada com a precocidade de um diagnóstico psiquiátrico pode acarretar iatrogenias que vão desde a escolha medicamentosa até mesmo a evolução do manejo do caso. Por exemplo, diagnosticar esquizofrenia em vez de um transtorno psicótico devido ao consumo de substâncias. É importante lembrar que os sintomas psicóticos podem ser idênticos para ambos. No primeiro caso, um transtorno psiquiátrico de evolução crônica, necessitando de medicação por toda a vida e com perdas significativas em seu prognóstico; no segundo um quadro que pode ser agudo, de resolução breve, que talvez necessite de tratamento medicamentoso por tempo determinado e que, minimamente, necessitará de cuidados para evitar novas situações semelhantes (por exemplo, o encaminhamento para um serviço ambulatorial especializado em álcool e outras drogas ou a obtenção da abstinência da substância que causou a psicose) (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007). A cautela deve ser ainda maior quando o paciente não possuir quadro psicótico anterior.

A Classificação Internacional de Doenças, em sua 10<sup>a</sup> edição (CID-10), agrupa as psicoses não afetivas, não orgânicas e não induzidas

por substâncias exógenas ([Quadro 13.3](#)).

---

### Quadro 13.3

#### Classificação das psicoses pela CID-10

---

Código	Diagnóstico
<i>F20</i>	Esquizofrenia
<i>F21</i>	Transtorno Esquizotípico
<i>F22</i>	Transtornos Delirantes Persistentes
<i>F23</i>	Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios
<i>F24</i>	Transtorno Psicótico Induzido
<i>F25</i>	Transtorno Esquizoafetivo
<i>F28</i>	Outros Transtornos Psicóticos
<i>F29</i>	Psicoses Não Especificadas

Como dito anteriormente, os transtornos discutidos neste capítulo podem produzir sintomatologia psicótica idêntica e, às vezes, o tempo é um elemento importante no diagnóstico diferencial. Sintomas que podem ser importantes para diagnosticar um transtorno psicótico agudo e transitório, se persistem por mais de 30 dias, poderão ser os mesmos sintomas utilizados para o diagnóstico de esquizofrenia (SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. 2017) e, em pronto-socorro, tempo (para acompanhar a evolução de um transtorno) é um elemento raro pelas próprias características desse tipo de serviço (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007).

Dentre os transtornos psicóticos, o mais comum é a esquizofrenia. Trata-se de um conjunto de quadros psicóticos com grande variação clínica, e diferentes tipos de evolução natural e desfecho final. De um modo geral, os sintomas costumam despertar no final da adolescência ou início da vida adulta, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10), a esquizofrenia pode ser diagnosticada com a presença, por pelo menos 1 mês, de um dos sintomas pertencentes de **A** a **D** ou pelo menos dois sintomas de **E** a **I**.

- A. Eco, inserção, bloqueio ou irradiação do pensamento.
- B. Delírios de controle, influências ou passividade, claramente relacionados com movimentos do corpo, membros ou pensamentos, ações ou sensações específicas e percepção delirante.
- C. Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo.
- D. Delírios persistentes de qualquer modalidade, quando são culturalmente inapropriadas e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas.
- E. Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios superficiais ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por ideias sobre valoradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente.
- F. Intercepções ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoente, irrelevante ou neologismos.
- G. Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor.
- H. Sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social; deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroléptica.
- I. Uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, uma falta de atitude ensimesmada e retraimento social.

A CID-10 admite algumas formas clássicas da doença, que diferem

entre si quanto aos sintomas e tipo de evolução:

- Esquizofrenia paranoide: forma mais comum. Predomínio de sintomas paranoides, tais como delírios e alucinações. O surgimento da síndrome negativa, quando ocorre, costuma ser mais tardio e sua intensidade menor do que nas outras formas.
- Esquizofrenia hebefrênica: habitualmente se inicia na adolescência, e cursa com alterações afetivas graves, incidindo sobre o comportamento do paciente, que se torna pueril, grosseiro e desorganizado. A instalação da síndrome negativa ocorre de maneira rápida e devastadora.
- Esquizofrenia catatônica: predomínio de sintomas psicomotores (hipocinesia, hipercinesia, paracinesia, paramimia, flexibilidade cérea etc), da linguagem, e da consciência (estupor).
- Esquizofrenia simples: forma em que ocorre a instalação de uma síndrome negativa desde o início do quadro, evoluindo de forma processual, sem surtos evidentes.
- Esquizofrenia residual: trata-se na verdade de uma das possíveis evoluções finais das demais formas, onde há deterioração grave de toda a vida psíquica.

Essas diferenciações são de grande importância para a escolha do melhor tratamento ou para as estimativas do prognóstico, porém em situações de emergências o mais relevante é entender o que está levando o paciente ao pronto-socorro para reverter o quadro o mais brevemente possível.

Ter um quadro psicótico não implica diagnóstico de esquizofrenia, porém como esta tem caráter incapacitante (para muitos) e crônico, todos os cuidados devem ser tomados para que não ocorra início tardio de intervenções terapêuticas. A esquizofrenia é um transtorno em que mais da metade dos pacientes ao longo da evolução da doença terá piora dos sintomas com inatividade, falta de objetivos, pobreza, falta de moradia, surgimento de transtornos de humor, tentativas de suicídio e repetidas internações. Em geral, o padrão da doença, após

os 5 primeiros anos, determina o curso do paciente ([SADOCK et al., 2016](#)). Tratamentos tardios estão relacionados com os piores desfechos, vistos no [Quadro 13.4](#).

---

## **Quadro 13.4**

### **Possíveis consequências de tratamentos tardios dos transtornos psicóticos**

---

Aumento do risco para:

- Quadros depressivos
- Suicídio
- Abuso de álcool e outras drogas
- Exposição a atos violentos
- Internações
- Interferência no desenvolvimento psicológico e social
- Enfraquecimento das relações interpessoais
- Estresse e sofrimento para a família

Além de:

- Perda de autoestima e autoconfiança
  - Recuperação mais demorada e menos completa
  - Maiores custos para o tratamento
- 

O primeiro episódio psicótico (PEP) pode ser muito traumático para o paciente tanto quanto para os familiares e é um evento que envolve diversas causas, possui diferentes desfechos ([MOCHCOVITCH et al. 2012](#)) e que vem tendo como prioridade a evitação de intervenções tardias ([BHUI et al., 2014](#)). Tal atraso no tratamento está associado a fatores sociodemográficos, socioeconômicos, clínicos e possibilidade de acesso a serviços de saúde mental ([OLIVEIRA et al., 2010](#)).

A maioria dos casos de PEP tem seu primeiro contato com serviço de saúde mental através do pronto-socorro. Na cidade de São Paulo, cerca de 70% das pessoas que tiveram PEP procuraram os serviços de emergência como local de acesso ao tratamento ([MENEZES et al., 2007](#)). [Malla et al. \(2014\)](#) avaliaram dados de serviços de saúde que receberam treinamento intensivo para reconhecimento e intervenção rápida para casos de PEP, a fim de encaminhar para um

serviço que oferecia intervenção breve para PEP. Apesar das diversas opções de acesso à saúde (como os ambulatórios), muitas pessoas continuaram procurando os hospitais para receber encaminhamento para esse serviço de intervenção breve ([MALLA et al., 2014](#)). O que para nós comprova a importância da avaliação desses casos nas emergências. O [Quadro 13.5](#) apresenta os principais fatores associados ao atraso no tratamento das psicoses ([MCGORRY PD et al., 2008](#)).

---

### **Quadro 13.5**

#### **Motivos do atraso das intervenções nos quadros psicóticos**

---

<b>Dificuldade no reconhecimento da psicose</b>	Não reconhecimento na atenção primária Não reconhecimento por família e amigos Início lento, isolamento e persecutoriedade
<b>Relutância em procurar ajuda</b>	Estigma, falta de conhecimento, medo
<b>Serviços inacessíveis ou que não respondem</b>	Baseados em centros psiquiátricos Lista de espera em centros sobrecarregados Serviços que não tratam precocemente
<b>Grupos de alto risco</b>	Pessoas em situação de rua Abuso de substâncias Transtorno de personalidade Deficiência mental

Na cidade de São Paulo a incidência de episódios psicóticos, independentemente de suas causas (como condições médicas gerais, neurológicas, psiquiátricas e intoxicações, entre outras) é em torno de 15,8 para cada 100 mil pessoas por ano ([MENEZES et al., 2007](#)) e nessa mesma cidade o tempo médio para o primeiro contato com o serviço de saúde após o surgimento dos sintomas é em torno de 4 semanas; porém, em alguns casos isso pode demorar anos. É importante lembrar que a maior cidade do Brasil não serve como parâmetro para

tantas outras cidades deste país. A busca por tratamento ocorre com maior velocidade nos casos de psicoses afetivas e aqueles que não moram com familiares, que possuem funcionamento social empobrecido e com psicoses não afetivas demoram mais tempo para procurar auxílio (OLIVEIRA et al., 2010).

O PEP geralmente é precedido por sintomas prodrômicos, observados em uma série de mudanças heterogêneas, como alterações inespecíficas do pensamento, humor, comportamento e no funcionamento global (DEL-BEN et al., 2010), resultando em variada sintomatologia: irritabilidade, dificuldade de atenção e concentração, ansiedade, insônia e isolamento social, principalmente. Perceber tais eventos é um grande desafio, porém com enorme utilidade devido ao aumento de chances de prevenir, amenizar ou mesmo atrasar o surgimento do quadro psicótico (ABP, 2012).

Em serviços de saúde mental existe uma tendência a manter o diagnóstico realizado no momento da admissão (BLANSJAAR & BRUNA, 1990). Por isso é importante lembrar da importância da realização inicial de um diagnóstico sindrômico. A utilização de diagnóstico de transtorno psicótico não orgânico não especificado (F29 CID-10), obviamente descartadas as causas orgânicas, auxilia na manutenção da atenção psiquiátrica necessária dentro do pronto-socorro, sem provocar com isto limitações para um futuro diagnóstico (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007).

Mesmo em situações em que maiores informações e dados são colhidos a respeito do paciente, diagnósticos como transtorno psicótico breve e transtorno esquizofreniforme são preferencialmente utilizados antes do diagnóstico de esquizofrenia, que somente deve ocorrer após o período mínimo de 6 meses de seguimento. Os diagnósticos psiquiátricos mais comumente associados ao PEP são a esquizofrenia (dentro dos transtornos psicóticos não afetivos) e o transtorno afetivo bipolar (nos transtornos psicóticos afetivos) (ABP, 2012), ambos diagnósticos de doenças mentais crônicas. Nas situações de emergência manter o paciente entre 24 a 72 horas de observação e utilizar escalas padronizadas em pacientes com PEP pode aumentar a chance de diagnósticos mais corretos (DEL- BEN et al., 2010).

## Fisiopatologia e fatores de risco

Atualmente, uma das hipóteses mais plausíveis para o entendimento dessas enfermidades é o modelo de estresse-diátese. Tal hipótese postula que indivíduos portadores de esquizofrenia possuiriam características genéticas que levariam a alterações neurodesenvolvimentais, resultando em uma maior vulnerabilidade. Neste contexto, fatores ambientais e psicossociais agiriam eclodindo a psicose (NUECHTERLEIN & DAWSON, 1984). Estudos de epigenética que evidenciam mecanismos de interação gene-ambiente reforçam tal modelo (RUTTEN & MILL, 2009; RAPOPORT et al., 2005). Estudos epidemiológicos já identificaram uma série de fatores de risco que podem ser investigados especialmente em pacientes com os já referidos sintomas prodrômicos; essa associação de fatores de risco e sintomas prodrômicos pode ser sinalizadora de indivíduos com maiores chances de evoluir com piora (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007). Os fatores de risco estão resumidos no [Quadro 13.6](#).

---

### Quadro 13.6

#### Fatores de risco associados a quadros psicóticos

---

Fatores de risco para PEP <sup>7-11</sup>	
<b>Genética</b>	História familiar Genes associados à regulação de dopamina
<b>Pré-natal</b>	Infecções na gestação Complicações obstétricas Idade paterna avançada
<b>Transtorno de personalidade</b>	Esquizoide Esquizotípica Paranoide
<b>Desenvolvimento</b>	Retardo no DNPM Baixo rendimento escolar

	Déficit cognitivo
<b>Ambiental</b>	Isolamento social Dificuldade no desempenho do papel sexual
<b>Fatores ambientais</b>	Vida urbana Migração Uso de drogas (maconha)

Alterações em diversas vias de neurotransmissores foram identificadas na esquizofrenia. Está bem estabelecida uma disfunção na transmissão dopaminérgica em alguns dos principais tratos dopaminérgicos do cérebro. Considera-se que o aumento da transmissão de dopamina em partes específicas do trato mesolímbico seria correlato neuroquímico dos sintomas positivos, por exemplo. Todas as medicações antipsicóticas agem bloqueando receptores de dopamina. O bloqueio dopaminérgico em vias nas quais a transmissão de dopamina está excessiva conduz à redução dos sintomas. Entretanto, a mesma medicação atuando em outras regiões cerebrais pode levar ao surgimento de sintomas indesejáveis, como aumento de prolactina e sintomas extrapiramidais.

## Diagnóstico diferencial

Devem ser candidatos a receberem diagnóstico de psicoses secundárias às condições médicas gerais ou neurológicas todos os pacientes em atendimento clínico de saúde intensiva, como aqueles internados em UTI, bem como pessoas com mais de 40 anos que apresentam quadro psicótico de início repentino e sem histórico na família de transtornos mentais (ABP, 2012).

Não é tarefa simples a diferenciação entre uma psicose primária e um quadro secundário a uma condição médica geral. O diagnóstico psiquiátrico deve ser um diagnóstico de exclusão e, portanto, uma anamnese detalhada deve ser realizada no serviço de emergência. Exame físico, exame neurológico e exames laboratoriais, como hemograma, eletrólitos, marcadores de função hepática e renal, hormônios tireoidianos, glicemia e sorologias devem ser solicitados rotineiramente (GARDEN, 2005). A realização de exames de imagem deve ser considerada em casos sugestivos de comprometimento neurológico, como início súbito, alucinações visuais ou rebaixamento do nível de consciência (MANJUNATHA & SADDICHHA, 2007).

A primeira opção dentre os exames de imagem é a ressonância magnética, a tomografia computadorizada de crânio deverá ser utilizada em suspeitas de traumatismo crânio-encefálico ou quando a ressonância estiver indisponível (DEL-BEN et al., 2010). O [Quadro 13.7](#) resume as principais condições médicas gerais que podem cursar com sintomas psicóticos.

---

### Quadro 13.7

#### Principais condições médicas gerais que podem cursar com sintomas psicóticos

Condições médicas gerais	Exemplos
Intoxicações por substâncias psicoativas	Anfetaminas, alucinógenos, cocaína/crack, Álcool (intoxicação e na síndrome de abstinência)

	Barbitúricos e benzodiazepínicos (na síndrome de abstinência)
<b>Doenças endocrino-metabólicas</b>	
<b>Alterações metabólicas</b>	Hiper ou hipotireoidismo Doença de Cushing Hipóxia, hipoglicemia, deficiência de vitamina B12
<b>Doenças autoimunes</b>	Lúpus eritematoso sistêmico
<i>Delirium</i>	Devido ao uso de drogas psicoativas Devido a condições clínicas diversas
<b>Doenças infecciosas</b>	AIDS, neurosífilis
<b>Doenças neurológicas</b>	Quadros demenciais (Alzheimer, vascular) Epilepsias (em especial do lobo temporal) Doença de Parkinson Coreia de Huntington
<b>Alterações do Sistema Nervoso Central</b>	Tumores cerebrais TCE
<b>Intoxicação exógena</b>	Monóxido de carbono, chumbo, manganês, mercúrio etc.
<b>Intoxicações medicamentosas</b>	Metildopa, propranolol, accutane

Os transtornos psicóticos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas podem ocorrer durante ou imediatamente após o consumo. De modo geral tais quadros desaparecem após 1 mês da parada do consumo.

## Diagnósticos diferenciais psiquiátricos

Sintomas psicóticos podem estar presentes em diferentes transtornos psiquiátricos. A correta compreensão do quadro é de suma importância, uma vez que implica significativas mudanças na abordagem terapêutica. Para tanto, é necessária uma descrição clínica e psicopatológica detalhada com dados sobre o início e a evolução dos sintomas, alterações de comportamento prévias, presença de sintomas de humor, episódios de agitação e agressividade, alterações de funcionamento social e escolares, histórico de uso/abuso de drogas, antecedentes clínicos e familiares. Os principais transtornos psiquiátricos que podem cursar com sintomas psicóticos, assim como os transtornos psicóticos não afetivos, estão no [Quadro 13.8](#).

---

### Quadro 13.8

#### Diagnósticos psiquiátricos com possíveis sintomas psicóticos

---

- Transtornos do humor: transtorno afetivo bipolar, depressão grave
  - Transtorno factício
  - Transtornos autistas
  - Transtorno obsessivo compulsivo
  - Transtornos de personalidade esquizoide, esquizotípica, borderline e paranoide
- 

Algumas considerações sobre as características apresentadas por sintomas psicóticos em outros transtornos psiquiátricos podem ser feitas, mas de todo modo não existem sinais patognomônicos que possam ser utilizados com precisão para realizar diagnósticos diferenciais precisos em situações de emergência. Nos transtornos de humor, por exemplo, os delírios costumam ser congruentes com o humor; em quadros de depressão grave os delírios são de doenças incuráveis, culpa e punições merecidas; já nos episódios de mania costumam ser delírios de grandeza. Os quadros psicóticos nos transtornos de personalidade costumam ter sintomas mais leves. (SADOK et al., 2017)

## **Manejo na emergência**

No contexto das emergências psiquiátricas são frequentes situações de agitação psicomotora, violência e de intenso sofrimento. Em geral, familiares procuram os prontos-socorros na fase aguda do quadro, quando os pacientes já se apresentam delirantes, agitados, agressivos ou com comportamento desorganizado.

Devido à ruptura da realidade, o paciente pode estar apresentando irritabilidade, o que aumenta a chance de risco para eventos violentos. Cerca de 30% a 42% dos pacientes psicóticos atendidos em situações de emergência estão agressivos. A maneira como o paciente se porta ao dar entrada no pronto-socorro (com gritos, xingamentos, agressões e jogando objetos) ou como foi levado ao serviço pode servir como informação prévia da situação (p. ex., chegar levado pela polícia, resgate, ambulância pode sinalizar falta de colaboração com familiares ou situações de agressividade pré-hospitalar). Procedimentos a respeito dos cuidados com paciente agitado e agressivo, bem como sobre a anamnese de emergência estão em outros capítulos deste livro (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007).

Diante desta situação, é importante realizar uma avaliação criteriosa, compreendendo os riscos envolvidos, propondo a terapêutica mais adequada para a situação. A admissão em leito de emergência deve ser recomendada em casos de agitação psicomotora intensa, risco de agressividade, risco de suicídio, ou quando não houver continência familiar para a manutenção do tratamento ambulatorial. Outros fatores que podem contribuir para a escolha da observação em pronto-socorro: falta de adesão a tratamentos prévios, comportamento desorganizado ou inadequado, Incapacidade para cuidados básicos (como alimentação, abrigo, vestuário), condições clínicas associadas à doença psiquiátrica que necessitem de atenção imediata (incluindo os transtornos associados ao consumo de álcool ou outras drogas), não existência de rede de apoio formada por familiares e/ou amigos, não disponibilidade de tempo dessa rede de apoio para auxiliar o paciente domiciliarmente, pouco entendimento por parte dos familiares a respeito da gravidade do quadro,

impossibilidade ambulatorial de estabilizar o quadro ([CORDEIRO, 2007](#)). O suicídio é uma importante causa de morte em pacientes psicóticos, sendo que antecedentes de autoagressão e uso de drogas são os principais fatores de risco. Os motivos que levam um paciente a cometer o suicídio são variáveis, incluindo sintomas depressivos e sintomas psicóticos, por exemplo, obedecendo a uma voz de comando.

Nem todos os episódios psicóticos que chegam aos serviços de emergência realmente necessitam de intervenções mais urgentes, porém é extremamente importante que o profissional do pronto-socorro tenha habilidade de prever a possibilidade de piora de um quadro psicótico aparentemente não indicado para observação. Busca de orientações ou de receitas de antipsicóticos são comumente observadas nesses locais e devem ser avaliadas caso a caso. Devemos nos recusar a fornecer receita de antipsicótico para paciente que perdeu plano de saúde e está sem acompanhamento ambulatorial? Devemos tornar o pronto-socorro um local sobrecarregado, que realiza tratamento ambulatorial para pacientes que não procuram serviços extra-hospitalares? O município onde trabalho possui rede de saúde mental com serviço ambulatorial que consegue suprir a demanda dos casos sem fila de espera longa ? Todos esses questionamentos (alguns de caráter ético) devem ser realizados pelo profissional de urgência nessas situações.

## Tratamento

O tratamento imediato visa aliviar o sofrimento e a angústia tanto do paciente quanto de seus familiares, em especial nos casos de PEP, a equipe do pronto-socorro deve estar sensível o bastante e com conhecimento suficiente para suprir as necessidades desses familiares. Pacientes tranquilos, colaborativos, que não estejam representando riscos para si ou outras pessoas, acompanhados de seus familiares ou pessoas responsáveis, podem receber atendimento no serviço de emergência e serem liberados para casa com encaminhamento para tratamento ambulatorial ([CORDEIRO, 2007](#)).

Apesar do que já foi dito até aqui a respeito da avaliação do paciente psicótico, na prática, a urgência pode resultar em ações dos profissionais possuindo apenas um curto e fragmentado entendimento do quadro psiquiátrico, com o diagnóstico feito de forma puramente especulativa associado à avaliação física apenas superficial. Na maioria das vezes, a necessidade de garantir a segurança do paciente, da equipe e dos demais envolvidos torna a tranquilização farmacológica rápida algo imprescindível ([HUF et al., 2009](#)).

O tratamento medicamentoso visa a resolução ou a redução dos sintomas psicóticos com a utilização de medicamentos antipsicóticos. Estes são classificados em primeira geração (APG) ou típicos; e segunda geração (ASG) ou atípicos. Ambos apresentam eficácia similar, diferindo principalmente no perfil de efeitos colaterais. Enquanto os APG produzem com maior frequência sintomas extrapiramidais (SEP), como rigidez, tremores e bradicinesia, os ASG estão associados a maior ganho de peso e risco de síndrome metabólica. Quadros iniciais de psicose devem receber doses reduzidas de antipsicóticos, uma vez que apresentam maior sensibilidade, tanto para o efeito terapêutico, como para efeitos colaterais das medicações. Algumas diretrizes internacionais chegam a recomendar a preferência pelo uso de ASG nos quadros iniciais em função de uma maior tolerabilidade.

A escolha do antipsicótico a ser utilizado deve ser individualizada,

levando em consideração particularidades do indivíduo e o momento em que ele está vivendo. Devem ser consideradas características como adesão ao tratamento, risco de suicídio, agressividade, uso de drogas, sintomas de humor e o histórico com outros medicamentos.

Para pacientes que estejam cooperantes e aceitem medicação via oral, os seguintes agentes farmacológicos podem ser utilizados, conforme apresentado no [Quadro 13.9](#).

---

### Quadro 13.9

---

#### Medidas medicamentosas para paciente psicótico em pronto socorro

---

- Haloperidol 2,5 a 5 mg
  - Clorpromazina de 25 a 100 mg
  - Ziprasidona 40 a 80 mg
  - Aripirazol 10-15 mg
  - Risperidona 2 a 6 mg
  - Paliperidona 3 a 6 mg
  - Olanzapina 5 a 10 mg
  - Quetiapina 25-200 mg
  - Diazepam 10 mg ou clonazepam 2 mg (apenas na entrada, posteriormente requer uso de antipsicótico)
  - Haloperidol 2,5 a 5 mg + Diazepam 10 mg
  - Risperidona 2 mg + Lorazepam 2 mg
- 

Para pacientes agitados é preferida a utilização de antipsicóticos injetáveis que proporcionam ação mais rápida. Entre os medicamentos mais utilizados e estudados para este propósito está o haloperidol. Na literatura, para pacientes em situação de crise, doses de até 45 mg (a ampola possui 5 mg) em 24 horas serão aceitáveis. Existem críticas com relação ao uso isolado desse medicamento; se por um lado ele é útil quando se deseja tranquilização sem sedação, por outro, pode provocar o surgimento de efeitos extrapiramidais com a distonia aguda. A utilização de haloperidol associado à prometazina 25 mg a 50 mg reduz as chances de surgimento desse efeito principalmente para evitar o sofrimento ainda maior desse paciente. Tal associação medicamentosa é consistentemente utilizada no Brasil com custos baixos ([CORDEIRO, 2007](#)).

Huf et al. (2009) realizaram avaliação em pacientes com agitação secundária a psicose utilizando três modalidades terapêuticas em comparação ao haloperidol associado à prometazina todas se mostraram eficazes, porém fizeram ressalvas (Quadro 13.10).

---

### Quadro 13.10

#### Outras possibilidades medicamentosas de uso intramuscular comparadas à associação haloperidol + prometazina

---

<b>Mizadolam</b>	Ação mais rápida Risco de depressão respiratória Não possui ação antipsicótica
<b>Haloperidol</b>	Maiores períodos de agressividades Efeitos extrapiramidais

\*Outras opções parenterais: Ziprasidona por via intramuscular e acetato de zuclopentixol por via intramuscular.

A associação de haloperidol com prometazina é a melhor opção para o manejo farmacológico desses pacientes, porém isto não descarta a necessidade de monitoramento. Entre os possíveis efeitos adversos desta combinação são: prolongamento do intervalo QT podendo resultar em maior risco de arritmias ventriculares e morte súbita (OLIVEIRA et al., 2015). Mesmo com vantagens descritas para essa associação é necessário lembrar que internacionalmente países desenvolvidos não possuem esta prática em suas condutas e esta é realizada por poucos países (como Índia e Brasil) (HUF et al., 2009). Recentemente nas diretrizes para agitação psicomotora do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto a prometazina não foi incluída como possível agente farmacoterápico (DEL-BEN et al., 2017).

Após 30 minutos da primeira avaliação uma nova deve ser realizada, com repetição da conduta medicamentosa adotada, caso haja necessidade. Essas avaliações devem ser realizadas também com o intuito de perceber efeitos colaterais da medicação utilizada (DEL-

[BEN et al., 2017](#)), além de possíveis informações adicionais do paciente (que podem surgir no decorrer da melhora dos sintomas psicóticos) e com isto reformulação constante a respeito do *setting* de tratamento. Pacientes que apresentem melhoras significativas devem sempre ter a possibilidade de internações psiquiátrica trocada pelo tratamento ambulatorial em serviço na comunidade ([CORDEIRO, 2007](#))

Cuidados especiais com PEP devem ser tomados. Pacientes que nunca utilizaram antipsicóticos podem ser mais sensíveis a estes. Devemos, sempre que possível, iniciar com doses baixas que podem ser tão eficazes quanto as doses tradicionais. Doses efetivas de haloperidol estão em torno de 5 a 15 mg/dia e risperidona em torno de 4 a 8 mg/dia, por tanto em caso de PEP podemos tentar metade dessas doses.

Com a melhora do quadro de agitação o paciente pode receber administração de medicação via oral o que facilitará a transição dos cuidados de emergência para um possível tratamento domiciliar. A não resposta às intervenções, piora dos sintomas psicóticos ou surgimento de outros fenômenos que aumentem a gravidade do quadro podem ser transferidos do serviço de emergência para local que possua tratamento hospitalar em enfermaria psiquiátrica ou serviço semelhante ([CORDEIRO, 2007](#)).

A catatonia é um quadro relacionado com a esquizofrenia que pode ser levada ao atendimento de emergência. Os sinais da catatonia incluem inibição psicomotora (catalepsia ou estupor), agitação excessiva, extremo negativismo ou mutismo, movimentos peculiares, estereotipados, maneirismos ou caretas, e, por fim, ecolalia ou ecopraxia. O tratamento de escolha são os benzodiazepínicos, sendo o lorazepam o mais utilizado, muitas vezes em doses altas (até 16 mg/dia) ([ROSEBUSH & MAZUREK, 2010](#)). A eletroconvulsoterapia (ECT) também é bastante utilizada, e com bons resultados.

A maioria dos pacientes com sintomas psicóticos apresenta melhora dos seus sintomas dentro do seu primeiro ano de tratamento, inclusive pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Isto faz com que muitos parem o tratamento. Sabe-se que os riscos de recaída são cerca

de 3% para pacientes que adequadamente fazem o tratamento com antipsicóticos. Porém, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso é muito alta, cerca de 77% dos pacientes com psicoses não afetivas que interrompem a medicação tem recidiva dos sintomas psicóticos após 1 ano. Se a parada dos medicamentos for por 2 anos esse percentual vai para 90% (ZYPURSKY et al., 2014).

A adesão aumenta com a introdução de antipsicóticos de ação prolongada de administração injetável como o haloperidol (decanoato), pipotiazina (palmidato) ou zuclopentixol (decanoato). São medicações que necessitarão de suplementação oral até que seus níveis plasmáticos terapêuticos sejam alcançados, o que pode durar de 3 a 6 meses e, exatamente por causa disso, são medicamentos que devem ser apenas utilizados em situações que possibilitem um acompanhamento duradouro e próximo do caso, o que não é possível em pronto-socorro (CORDEIRO, 2017).

No momento da alta do pronto-socorro é muito importante que familiares tenham recebido o mínimo de informações e orientações a respeito do quadro psicótico. Quando precocemente acolhidos, familiares podem aceitar melhor o transtorno psicótico, reconhecer mais precocemente sinais de piora, além de auxiliar os pacientes a melhorar sua percepção sobre a doença (CABRAL & CHAVES, 2005). Também tanto pacientes quanto familiares devem receber informações (que podem ser orais e por escrito) a respeito dos efeitos esperados para cada medicação e possíveis efeitos colaterais destas. Isto tudo pode contribuir para melhorar a adesão ao tratamento (CORDEIRO, 2007)

## **Emergências relacionadas com antipsicóticos**

### **Sintomas extrapiramidais**

Os sintomas extrapiramidais (SEP), como tremor de repouso, rigidez muscular e acinesia, são mais frequentes no tratamento com APG. Em casos extremos, pode ocorrer *dystonia aguda*, que são espasmos musculares prolongados, dolorosos, que ocorrem normalmente no início do tratamento (TANDON & JIBSON, 2002). No Brasil é muito utilizado o biperideno, uma medicação antiparkinsoniana, com apresentação oral (2 a 8 mg/dia) e intramuscular (5 mg/ml). Sugere-se a aplicação IM seguida de manutenção com dose oral nos dias subsequentes. A dose e o tipo de antipsicótico devem ser reavaliados.

### **Acatisia**

É uma situação muito desconfortável, descrita como uma sensação subjetiva de inquietude, em que o indivíduo não consegue se manter parado. Pode ser utilizado betabloqueador (propranolol 60 a 120 mg/dia) ou benzodiazepínicos (clonazepam ou lorazepam) (TANDON & JIBSON, 2002). Apesar de também ser bastante utilizado, o biperideno tem uma resposta inferior às outras medicações citadas.

### **Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM)**

A SNM é uma síndrome grave, apesar de relativamente rara. Ocorre em menos de 1% dos pacientes em uso de antipsicóticos e está relacionada com uso de medicamentos de alta potência, injeções intramusculares repetidas e altas doses (STRAWN et al., 2007). É caracterizada por hipertermia, rigidez muscular, disfunção autonômica e alteração da consciência. Exames laboratoriais apontam aumento da creatinoquinase (CK) e leucocitose. A conduta é a monitorização do paciente, com suspensão imediata do antipsicótico. Podem ser utilizados agonistas dopaminérgicos, como a bromocriptina (2,5 a 10 mg ao dia) ou relaxantes musculares, como o dantrolene (1 a 3 mg/dia) (STRAWN et al., 2007).

## **Alterações hematológicas**

São um fenômeno raro, que ocorrem em cerca de 0,8% dos pacientes em uso de clozapina. Normalmente ocorrem nas primeiras 18 semanas, devendo-se por isso realizar hemogramas regulares. Em casos extremos, principalmente com baixos níveis de neutrófilos, a medicação pode ter de ser interrompida.

## **Convulsão**

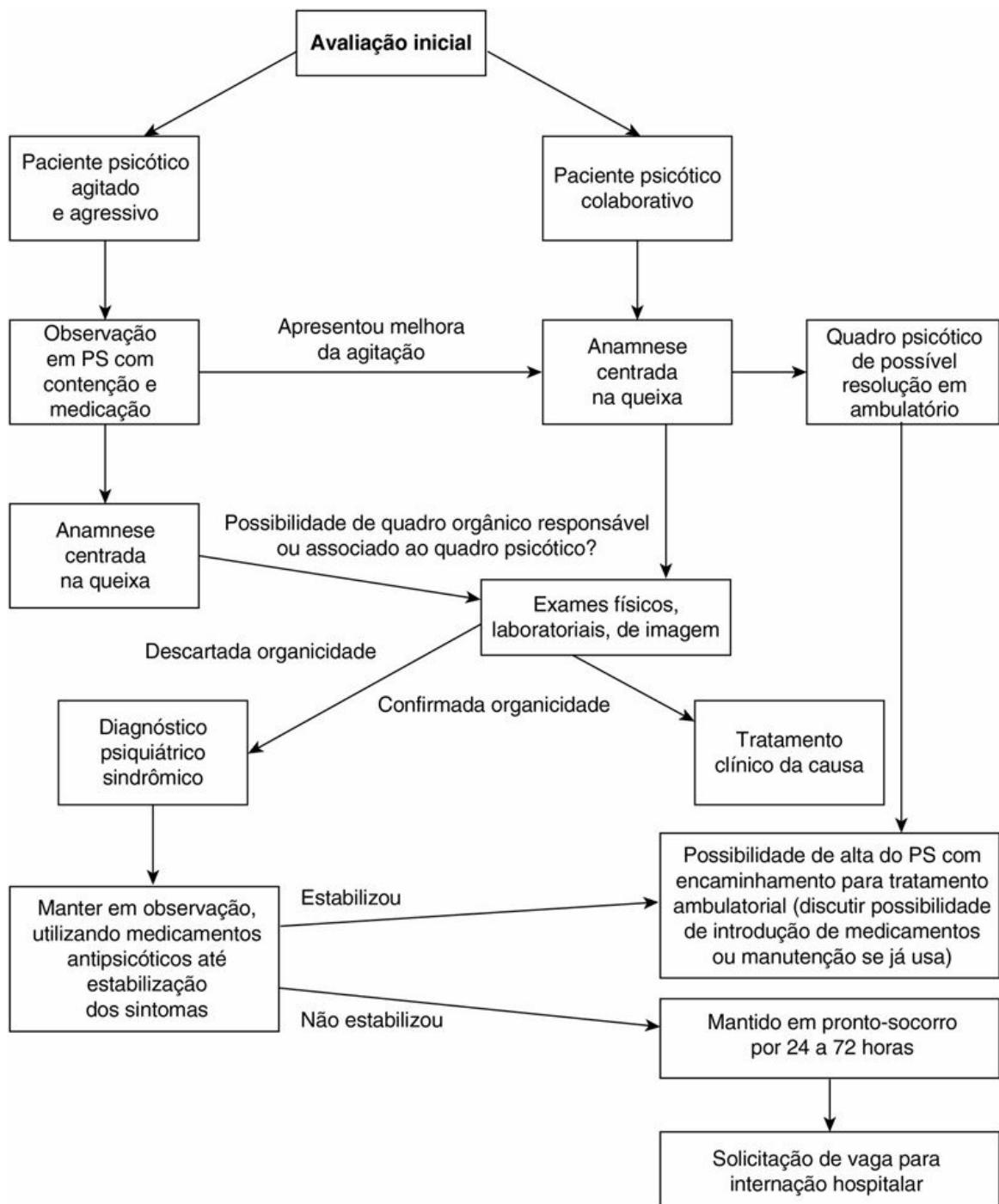
Alguns antipsicóticos podem reduzir o limiar convulsivo, provocando crises convulsivas. O principal deles é a clozapina, sendo que seu efeito é dose dependente, ocorrendo geralmente em doses superiores a 600 mg/dia. Caso ocorram convulsões, é indicado a redução da dose de clozapina ou a associação de valproato de sódio ([IQBAL et al., 2003](#)).

## **Considerações sobre transtornos psicóticos em pronto-socorro**

Transtornos psicóticos normalmente são doenças crônicas, que acompanham o indivíduo ao longo de muitos anos. No Brasil, com a insuficiência dos serviços extra-hospitalares em prover adequada assistência aos casos agudos, é comum os serviços de emergências psiquiátricas lidarem com situações relacionadas com a doença ou o uso de medições. Desta forma, é essencial que profissionais de saúde mental estejam familiarizados com tais situações e saibam manejá-las adequadamente.

### **Questões para estudo**

- Por que em situações de emergência é preferível realizar diagnóstico sindrômico de um quadro psicótico?
- Quais os principais diagnósticos diferenciais dos transtornos psicóticos não afetivos?
- Por que devemos dar menores doses de antipsicóticos para primeiro surto psicótico?
- Quais as vantagens da associação haloperidol + prometazina?



**FLUXOGRAMA 13.1** Abordagem das emergências por episódio psicótico

## Referências

- APA- American Psychiatric Association *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio*. Porto Alegre: Artmed; 2006: (2006).
- Bhui K, Ullrich S, Coid JW. Which pathways to psychiatric care lead to earlier treatment and a shorter duration of first-episode psychosis? *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):72.
- Bjorkenstam C, Bjorkenstam E, Hjern A, Boden R, Reutfors J. Suicide in first episode psychosis: a nationwide cohort study. *Schizophrenia Research*. 2014;157(1-3):1-7.
- Blansjaar BA, Bruna T. DSM III in outreach emergency psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*. 1990;36(4):308-314.
- Cabral RRF, Chaves AC. *Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 2005.
- Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(1):12-24.
- Cordeiro DC. Transtornos psicóticos. In: Cordeiro DC, Baldaçara L, eds. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- Correll CU, Yu X, Xiang Y, Kane JM, Masand P. Biological treatment of acute agitation or aggression with schizophrenia or bipolar disorder in the inpatient setting. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2017;29(2):92-107.
- Craig TJ, Ye Q, Bromet EJ. Mortality among first-admission patients with psychosis. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47(4):246-251.
- Del-Ben CM, Rufino ACTBF, Azevedo-Marques JMD, Menezes PR. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(suppl 2):S78-S86.
- Del-Ben CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, de Moraes Faleiros MC, de Oliveira GEC, Guapo VG, de Azevedo Marques JM. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*. 2017;50(Supl 1):98-112.
- Eaton WW, Mortensen PB, Frydenberg M. Obstetric factors, urbanization and psychosis. *Schizophrenia Research*. 2000;43(2):117-123.
- Garden G. Physical examination in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11(2):142-149.
- Huf G, Coutinho ESF, Adams CE. Haloperidol mais prometazina para

- pacientes agitados – uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009;31(3).
- Iqbal MM, Rahman A, Husain Z, Mahmud SZ, Ryan WG, Feldman JM. Clozapine: a clinical review of adverse effects and management. *Ann Clin Psychiatry*. 2003;15(1):33–48.
- Khandanpour N, Hoggard N, Connolly DJ. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. *Clinical Radiology*. 2013;68(3):245–250.
- Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2<sup>nd</sup> ed. *The American Journal of Psychiatry*. 2004;161(2 Suppl):1–56.
- Malla A, Jordan G, Joober R, Schmitz N, Norman R, Brown T, Rochford J. A controlled evaluation of a targeted early case detection intervention for reducing delay in treatment of first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(11):1711–1718.
- Manjunatha N, Saddichha S. Brain imaging in psychiatry--a study of 435 psychiatric in-patients at a university clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115(6):492.
- Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R, Selten J-P, van Os J. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychological Medicine*. 1998;28(04):871–879.
- Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:15–17.
- McCorry, P.D., Edwards, J. (2002) Estratégias para assistência precoce. In: Intervenção precoce nas psicoses.(London: Martin Dunitz.).
- McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67–76.
- Menezes PR, Scazufca M, Busatto G, Coutinho LM, McGuire PK, Murray RM. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007;51:s102–s106.
- Mochcovitch, MD., Baczyński, TP., Chagas, MHC., Papelbaum, M., Silva, AG., Hallak, JEC., Quevedo, J., Chaves, C., Lucca, G., Baczyński, TP., Riegel, RE., Halpern, R., Lopes, AMCS., Nardi, AE., Andrada, NC. (2012) Primeiro Episódio Psicótico (PEP): diagnóstico e diagnóstico diferencial. In: AMB, ABP e SBP. Projeto Diretrizes.
- Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*. 1984;10(2):300–312.
- Oliveira AM, Menezes PR, Busatto GF, McGuire PK, Murray RM, Scazufca M.

- Family context and duration of untreated psychosis (DUP): results from the São Paulo study. *Schizophrenia Research*. 2010;119(1):124–130.
- Oliveira LP, de Azevedo Zago KS, Aguiar SB. Potenciais interações medicamentosas em um serviço de urgência psiquiátrica de um hospital geral: análise das primeiras vinte e quatro horas. SMAD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2015;11(4):190–198.
- RANZCP. (2009) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Disponível em:  
[https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG\\_C.pdf.aspx](https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG_C.pdf.aspx).
- Rapoport JL, Addington AM, Frangou S, Psych M. The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. *Molecular Psychiatry*. 2005;10(5):434–449.
- Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull*. 2010;36(2):239–242.
- Rutten BP, Mill J. Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35(6):1045–1056.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
- Sipos A, Rasmussen F, Harrison G, Tynelius P, Lewis G, Leon DA, Gunnell D. Paternal age and schizophrenia: a population based cohort study. *BMJ*. 2004;329(7474):1070.
- Strawn JR, Keck Jr PE, Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):870–876.
- Tandon R, Jibson MD. Extrapyramidal side effects of antipsychotic treatment: scope of problem and impact on outcome. *Ann Clin Psychiatry*. 2002;14(2):123–129.
- Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts” what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*. 2008;102(1–3):1–18.
- van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature*. 2010;468(7321):203–212.
- Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophrenia research*. 2014;152(2):408–414.

---

## CAPÍTULO 14

# **Transtornos de humor em situação de emergência**

---

*Manuela Telles Vargas Leal*

*Daniel Cruz Cordeiro*

*Amanda Cristina Galvão de Almeida*

*Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa*

## **Pontos principais**

---

- Transtornos de humor são frequentes em serviços de emergência.
- Quadros depressivos envolvem riscos das mais diversas gravidades, desde a diminuição do apetite com consequente desnutrição até tentativas de suicídio.
- Episódios de mania são responsáveis por exposição social e comportamentos que podem pôr em risco a saúde ou mesmo a vida do paciente.
- Os cuidados com esses pacientes em pronto-socorro vão muito além da realização do diagnóstico e a introdução de medicamentos.

[REDACTED]

## Introdução

Os transtornos depressivos unipolares e o transtorno bipolar (TB) são classicamente reconhecidos como transtornos do humor e até a 4<sup>a</sup> edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ([APA, 2002](#)) eles eram descritos em um capítulo único. Contudo, em 2013, com a publicação da sua 5<sup>a</sup> edição (DSM-5, [APA 2013](#)), essas patologias foram colocadas em capítulos distintos ([APA, 2014](#)). Tratando-se de um livro sobre emergências em psiquiatria, o objetivo deste capítulo é abordar quadros que demandem atendimentos emergenciais, relativos à depressão e às fases maníacas do TB.

## Depressão

Em média, 5% dos pacientes atendidos em emergências médicas gerais buscam avaliação e tratamento para problemas psiquiátricos ([HAZLETT et al., 2004](#)). Dentro deste contexto, a depressão possui papel de destaque, tanto pela alta prevalência dentre os transtornos mentais, quanto por sua gravidade e risco. A depressão está frequentemente associada à incapacitação funcional ([MOUSSAVI et al., 2007](#)) e ao comprometimento da saúde física ([KELLS et al., 1989](#)). A prevalência ao longo da vida do transtorno depressivo recorrente (TDR) alcança 16% dos indivíduos, sendo as mulheres acometidas duas vezes mais que os homens. Os sintomas da depressão segundo a Classificação Internacional das Doenças, o CID-10, encontram-se no [Quadro 14.1](#) ([OMS, 1992](#)).

---

### Quadro 14.1

#### Sintomas de depressão (CID-10)

---

Obrigatórios: Humor depressivo

- Perda de interesse e prazer
- Diminuição de energia/aumento de fatigabilidade

E pelo menos 4 dos sintomas a seguir:

- Sono perturbado
- Diminuição do apetite
- Atenção e concentração reduzidas
- Redução de autoestima e autoconfiança
- Ideias de culpa e inutilidade
- Visões pessimistas e desoladas do futuro

Ideias ou atos autolesivos ou mesmo suicídio

---

Os efeitos verificados na vida dos pacientes com depressão envolvem limitação das suas atividades e comprometimento do bem-estar, além de demandarem mais os serviços de saúde ([APA, 2014](#)). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é, na atualidade, a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma muito importante para a carga global de doenças.

Seu diagnóstico adequado é complexo e a indicação do tratamento, principalmente quando realizado em emergências, local onde frequentemente ocorre o primeiro atendimento médico dos pacientes, é difícil ([WHO, 2017](#)).

Em pacientes com doença médica geral crônica, a depressão está associada ao aumento dos sintomas físicos, má adesão ao tratamento e consequentemente piora do prognóstico ([MOUSSAVI et al., 2007](#)).

## Diagnóstico de depressão

Em nossa sociedade a palavra depressão vem sendo associada (e utilizada) como sinônimo ou como consequência de muitos eventos do dia a dia, sendo entendida e usada erroneamente. **Fonseca et al. (2008)** avaliaram estudantes universitários que associavam a palavra depressão a ideias de angústia e desânimo presentes nas adversidades do dia a dia (FONSECA et al., 2008). Não é raro, na prática diária, psiquiatras ouvirem pessoas relatarem tristeza ou desânimo relacionados com eventos de vida, como desemprego ou fim de um relacionamento. Vivemos uma redefinição do que é normal, a tristeza passou de um estado emocional para uma condição de doença. Há uma confusão entre a capacidade do indivíduo avaliar se está estressado ou triste em resposta a algo em sua vida ou se de fato adoeceu (PEREZ, 2014). Mesmo no meio médico esse evento vem sendo notado através de manifestações, como por exemplo, a utilização de antidepressivos como se fossem inibidores de apetite ([CARLINI et al., 2009](#)) ou a utilização do termo “sintomas depressivos” como sinônimo de depressão dentro de artigos científicos voltados para a área de saúde. Depressão como sinônimo de transtorno psiquiátrico deve ser entendida como a soma dos sintomas vistos no [Quadro 14.1](#) que devem estar presentes por pelo menos 2 semanas e causam mudanças no funcionamento anterior desse indivíduo. As depressões não são todas iguais, pelo contrário, podem ter características distintas que serão importantes até mesmo para definir sua gravidade. No [Quadro 14.2](#) estão os diferentes tipos de depressão ([OMS, 1992](#))

---

## Quadro 14.2

### Classificação dos quadros de depressão (CID-10)

---

Código	Diagnóstico
<b>F32 Episódio depressivo</b>	
F32.0	Episódio depressivo leve
F32.1	Episódio depressivo moderado
F32.2	Episódio depressivo grave
F32.3	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
F32.8	Outros episódios depressivos
F32.9	Episódio depressivo, não especificado
<b>F33 Transtorno depressivo recorrente</b>	
F33.0	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, sem sintomas psicóticos
F32.3	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, com sintomas psicóticos
F33.8	Outros transtornos depressivos recorrentes
F33.9	Transtorno depressivo recorrente

## Depressão nas emergências

Pode-se dizer que a incidência de depressão nas emergências cursa com grande morbimortalidade, atingindo em média 15% a 20% de pacientes que procuram essas unidades. Em um ambiente de emergência psiquiátrica, é importante realizar o diagnóstico adequado de depressão e distingui-la de outras condições que podem mimetizar os sintomas de uma depressão primária, tais como o comportamento do adoecer (MOUSSAVI et al., 2007; EVANS et al., 2005). No

**Quadro 14.3** são apresentadas características do paciente com depressão, úteis para a realização do diagnóstico. O profissional avaliador deve estar atento aos sinais e sintomas expressados verbalmente pelo paciente, seus familiares/acompanhantes e também perceber tudo aquilo que não é dito.

---

### **Quadro 14.3**

#### **Sinais e sintomas presentes no exame psíquico do paciente com depressão.**

<b>Alterações</b>	<b>Características</b>
<b>Aparência (pode variar conforme a gravidade, com a presença de um cuidador)</b>	Redução do autocuidado Cansaço, preocupação, desespero, aflição, emagrecimento
<b>Humor e afeto</b>	Humor depressivo Afeto expresso de acordo com a gravidade Leves: piora pela manhã ou no final da tarde Mais acentuados: angústia, medo, desânimo, insegurança, sensação de vazio, apatia
<b>Percepção e conteúdo dos pensamentos</b>	Indecisão, ruína, culpa, doença, pecado, autorrecrimiação, menos valia, inutilidade, vontade de desaparecer, pensamentos de morte, ideação suicida Se delírios: culpa, pobreza, desastres, doenças incuráveis Se alucinações: vozes que acusam ou difamam, odores desagradáveis (carne em decomposição, sujeira)
<b>Psicomotricidade e comportamento</b>	Lentificação (para mover-se, para falar), tom de voz baixo e monótono Pode provocar no entrevistador: sensação de tédio, sono Sintomas ansiosos presentes: inquietos e agitados

### **Insight e controle de impulsos**

Percebem seus problemas de forma intensa.  
Pessimismo, 10% a 15% cometem suicídio  
Se psicose, a falta de *insight* aumenta ainda mais a falta de controle de impulsos

Em estudo avaliando 2.386 atendimentos psiquiátricos em pronto-socorro na cidade de São Paulo, 393 apresentavam diagnóstico de transtorno depressivo e destes, 63 foram atendidos por tentativa de suicídio (BENITEZ et al., 2005). Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão é a mais fortemente associada às tentativas de suicídio e ao suicídio, principalmente a depressão bipolar. O suicídio é uma causa significativa de mortalidade em todo o mundo, bem como um problema importante de saúde pública. Porém, nem sempre estaremos frente a situações de gravidade como estas. Por serem porta de entrada os prontos-socorros são um dos principais locais de busca de auxílio. Em muitas situações o paciente não necessita de intervenções imediatas e imprescindíveis, ou seja, não se caracteriza uma emergência psiquiátrica (DE BARROS CALFAT et al., 2008). Por causa desse fenômeno existem diversos motivos para pacientes com quadro de depressão procurarem o serviço, desde a busca pelo primeiro contato com serviço de psiquiatria para iniciar tratamento, ser encaminhado para serviço ambulatorial, solicitar receitas de medicamentos que já vêm utilizando, ou mesmo para referir piora dos sintomas após período de melhora. Mesmo esses motivos não caracterizando uma emergência psiquiátrica, devemos seguir o bom senso e a ética no momento desses atendimentos. Protocolos rígidos podem ser substituídos por atendimentos nos quais se avalia cada pessoa de forma individual, decidindo qual a melhor conduta a ser estabelecida (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007).

## **Diagnóstico diferencial da depressão**

Uma série de apresentações patológicas pode resultar em sinais e sintomas semelhantes aos vistos na depressão. Pacientes com sintomas depressivos não necessariamente apresentam-se com depressão conforme visto no [Quadro 14.4](#), principais diagnósticos diferenciais das depressões. É importante que mesmo pacientes com

sintomas depressivos leves a moderados que sejam apenas avaliados em pronto-socorro entendam que podem estar com outros diagnósticos e, por isso, necessitarão de continuidade ambulatorial na investigação do quadro que apresentam. A introdução deliberada de antidepressivos para pessoas indevidamente avaliadas a respeito de outras patologias não apenas pode resultar na piora dos sintomas depressivos, como também pode atrasar o tratamento da causa de base, inclusive provocando evolução desta (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007).

#### **Quadro 14.4**

#### **Diagnósticos diferenciais da depressão e alguns exemplos relacionados**

Diagnóstico diferencial da depressão	Exemplos
<b>Quadros médicos diversos</b>	Deficiências vitamínicas, hipervitaminose A, anemia, uremia, pacientes em hemodiálise
<b>Efeitos colaterais medicamentosos</b>	Antineoplásicos, corticosteroides, neuroléoticos, sulfametoxazol, sedativos/hipnóticos, propranolol, levodopa, cimetidina, contraceptivos orais
<b>Doenças endocrinológicas</b>	Hipo e hipertireoidismo, alterações hormonais na mulher (no pós-parto, da síndrome pré-menstrual), hipopituitarismo, hiper cortisolismo, diabetes melito, doença de Cushing, doença de Addison
<b>Doenças neurológicas</b>	Doença de Parkinson, epilepsias, doenças cerebrovasculares, esclerose múltipla, apneia do sono, tumores, coreia de Huntington, hidrocefalia, enxaquecas, traumatismo
<b>Doenças infecciosas</b>	Neurossífilis, mononucleose, encefalite, AIDS, tuberculose, mononucleose, pneumonias virais e bacterianas
<b>Neoplasias</b>	Carcinomatose, neoplasias abdominais (em especial

	as do pâncreas)
<b>Transtornos psiquiátricos</b>	Transtorno bipolar, transtorno de ajustamento, transtorno de ansiedade, esquizofrenia, transtornos esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno de personalidade (especialmente tipo borderline), anorexia e bulimia
<b>Substâncias psicoativas</b>	Álcool, cocaína/crack, solventes, inalantes, heroína

## Manejo da depressão em pronto-socorro

Casos de menor complexidade como depressões leves a moderadas podem receber diagnóstico sindrômico no serviço de emergência e encaminhamento para tratamento ambulatorial. Em psiquiatria, o diagnóstico sindrômico deve ser sempre a primeira escolha em situações em que tempo limitado para avaliar (aqui se inclui até mesmo a investigação com exames complementares e de imagem) ou acompanhar o caso esteja presente. Pacientes mais graves devem ser orientados a permanecerem em avaliação em pronto-socorro. Alguns fatores podem ser decisivos nessa tomada de decisão:

- Agitação ou diminuição importante de psicomotricidade
- Ideação suicida
- Presença de sintomatologia psicótica
- Pessimismo importante levando o paciente a desistir do tratamento ambulatorial
- Manutenção da falta de apetite com importante perda de peso
- Complicações clínicas (especialmente em idosos)
- Comorbidades associadas ao quadro depressivo (p. ex., abuso de substâncias)
- Efeitos adversos dos medicamentos antidepressivos, incluindo intoxicação
- Falta de continência familiar (em pacientes apresentando quaisquer um dos aspectos anteriores)

Após a decisão por deixar o paciente em observação em pronto-socorro, as medidas a serem tomadas devem estar voltadas tanto para reduzir ou tratar a sintomatologia que determinou a permanência do paciente no PS, quanto para dar continuidade na avaliação do quadro. Avaliação clínica, com exame físico, laboratorial e de imagem para descartar as possíveis patologias clínicas listadas (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007).

1. Tratar possíveis quadros clínicos associados ou responsáveis pela depressão.
2. Pacientes com redução importante de psicomotricidade que possam estar emagrecidos, pacientes sem apetite, recebem dieta pastosa hipercalórica assistida.
3. Pacientes em agitação psicomotora/sintomas psicóticos recebem mesma conduta vista neste livro para quadros de agitação (incluindo a possibilidade de contenção e medicação antipsicótica).
4. Pacientes que apresentaram piora dos sintomas após um período de uso de antidepressivos em tratamento ambulatorial podem receber os mesmos medicamentos anteriormente utilizados.
5. Ideação suicida pode ser manejada com os mesmos critérios vistos no capítulo sobre ideação suicida.

Vale ressaltar que é muito importante também saber se o paciente possui suporte social definido como uma estrutura de apoio quantitativa e qualitativa, que permita que ele siga as recomendações em ambiente ambulatorial de forma segura, até que se recupere adequadamente. Neste sentido, o Centro de Estudos em Transtornos de Humor do Hospital das Clínicas da UFBA desenvolveu um estudo sobre nível de apoio social em pacientes com TB com e sem TS prévias, avaliados em eutimia, comparando-os a controles saudáveis, no qual foi identificado um suporte deficiente em pacientes suicidas e não suicidas, o que denota o grau de vulnerabilidade desses pacientes, carentes da função protetora do suporte social no curso do TB11. Portanto, com o objetivo de atingir um melhor prognóstico, é

fundamental estimular a família a oferecer o adequado apoio ao paciente, promover a adesão ao tratamento e manter a vigilância dos sintomas.

## **Transtorno bipolar**

O transtorno bipolar (TB) é uma doença crônica e cíclica caracterizada por períodos de elevação do humor – mania – ou depressão. Esse transtorno tem duas formas clássicas, o TB tipo I e o tipo II. O TB tipo I é definido por episódios de mania com ou sem episódios depressivos prévios, já o tipo II é caracterizado por episódios de depressão e hipomania. Portanto, a principal distinção entre os dois subtipos é a gravidade da apresentação dos sintomas do polo positivo: a mania pode causar vários prejuízos funcionais, sintomas psicóticos e ser necessária a hospitalização; já a hipomania não é grave o suficiente para causar tamanho prejuízo funcional ou social e haver a necessidade de internamento ([APA, 2014](#)). Episódios de maior gravidade são aqueles nos quais o paciente apresenta ideação suicida, ideação homicida, agressividade, quadro psicótico (com delírios ou alucinações) e um julgamento empobrecido que o coloque em situações em que pode ser prejudicado ([STOVALL & SOLOMON, 2015](#)).

Veja no [Quadro 14.5](#) a classificação dos episódios maníacos e do transtorno afetivo bipolar segundo a CID-10.

---

### **Quadro 14.5**

---

#### **Classificação dos episódios maníacos e do transtorno afetivo bipolar segundo a CID-10**

---

F30 Episódio maníaco

F30.0 – Hipomania

F30.1 – Mania sem sintomas psicóticos

F30.2 – Mania com sintomas psicóticos

F30.8 – Outros episódios maníacos

F30.9 – Episódio maníaco não especificado

F31 Transtorno Afetivo Bipolar

F31.0 – Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual hipomaníaco

F31.1 – Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

- 
- F31.2 – Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
  - F31.3 – Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
  - F31.4 – Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
  - F31.5 – Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
  - F31.6 – Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual misto
  - F31.7 – Transtorno Afetivo Bipolar, atualmente em remissão
  - F31.8 – Outros Transtornos Afetivos Bipolares
  - F31.9 – Transtorno Afetivo Bipolar, não especificado
- 

Os episódios maníacos são caracterizados por excesso de energia e maior ativação, comportamento impulsivo, abuso de substâncias, fluxo de ideias excessivo e, por vezes, pode ser acompanhado de sintomas psicóticos. Muitos indivíduos em uma crise de mania podem cursar com ausência de crítica, levando a prejuízos financeiros, ocupacionais e sociais. Quando a segurança dos pacientes ou de outros está em risco, a hospitalização pode ser um desfecho inevitável ([APA, 2014](#); [GOODWIN & JAMISON, 2007](#); [HOLLOMAN & ZELLER, 2012](#)).

## Diagnóstico

Em situações de emergência a apresentação de uma pessoa agitada, falante, irritada ou mesmo agressiva pode ser causada por várias situações (de doenças clínicas, a quadros de intoxicação por substâncias psicoativas até transtornos psiquiátricos). Como já foi dito anteriormente é primordial que seja feito um diagnóstico sindrômico, no qual o alvo seja o manejo mais rápido e preciso para a sintomatologia que causou a ida do paciente ao pronto-socorro. Devemos descartar doenças clínicas e possíveis intoxicações para focar em transtornos psiquiátricos que possam resultar nesse quadro. Um episódio de mania pode ser percebido com as características vistas no [Quadro 14.6](#) ([CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007](#)).

---

## Quadro 14.6

## Características do paciente em mania

Alterações	Características
<b>Aparência</b>	Podem estar com roupas extravagantes, cores fortes, acessórios exagerados ou bizarros, roupas que indiquem grau de erotização. Uso de maquiagem não compatível com o padrão habitual.
<b>Humor e afeto</b>	Humor eufórico, lábil. Afeto: excitável, irritável, desinibido, expansivo, alegria e entusiasmos empolgantes e excessivos. Pode ir de crises de choro, hostilidade até a alegria quase ao mesmo tempo.
<b>Percepção e conteúdo dos pensamentos</b>	Otimismo exagerado, pensamento acelerado, visto como taquilalia, mudanças bruscas de assunto, pressão de fala. Fuga de ideias e arborização. Se delírios: grandiosos, riqueza, poder, habilidades. Atenção voluntária diminuída e involuntária aumentada.
<b>Psicomotricidade e comportamento</b>	Aumento da energia e das atividades sem concluir as tarefas ou as faz com qualidade inferior. Perda de foco pode ser risco grave: direção, atividades de casa; como cozinhar.
<b>Insight e controle de impulsos</b>	Insight prejudicado. Infração de leis, atos irresponsáveis quanto ao dinheiro, uso de substâncias, atividades sexuais, trabalho, vida social, compromissos diversos.

Além da avaliação psiquiátrica é necessário, assim como foi descrito para a depressão no pronto-socorro, que sejam realizados exames físicos, laboratoriais e de imagem para se descartar outros quadros clínicos como causadores dessa apresentação. Um aspecto primordial neste momento é a solicitação, além dos demais exames laboratoriais, do BHCG para mulheres em mania e em idade fértil (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007). Como parte da sintomatologia essas

pacientes podem estar apresentando erotização e tendo atividade sexual desprotegida. O tratamento da mania ou da hipomania utiliza muitos medicamentos com potencial teratogenicidade e riscos pós-natais (STOVALL & SOLOMON, 2015).

## Episódio misto

Caracteriza-se por uma apresentação de sintomas que satisfazem critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior durante no mínimo uma semana. O quadro é percebido com labilidade emocional intensa, variando da euforia para a tristeza acompanhada dos demais sintomas para ambos os quadros e causando prejuízo acentuado do funcionamento social, ocupacional ou que exija hospitalização. Sintomas comuns são: agitação, insônia, mudanças de apetite, sintomas psicóticos e pensamentos de cunho suicida.

Ocorrem com mais frequência em pessoas jovens ou com mais de 60 anos e com diagnóstico de transtorno bipolar. Podem evoluir a partir de um episódio maníaco ou de um episódio depressivo maior (DSM-V).

## Diagnóstico diferencial

Pacientes que apresentam quadros de mania ou hipomania devem ser investigados quanto aos sintomas não serem devido a outras causas. O [Quadro 14.7](#) mostra as situações capazes de serem confundidas com esses quadros de humor. Mania secundária é o termo utilizado para identificar quadros resultantes de uma condição médica geral.

---

### Quadro 14.7

#### Diagnósticos diferenciais para episódios de mania

Diagnóstico diferencial da depressão	Exemplos
Efeitos colaterais medicamentosos	Anfetaminas, captopril, bromocriptina, alprazolam, isoniazida, hormônios tireoideanos,

	antidepressivos, morfina, codeína
<b>Doenças endocrinológicas</b>	Doença de Cushing, alterações hormonais no pós-parto, hipertireoidismo
<b>Doenças neurológicas</b>	Epilepsia, coreia de Huntington, atrofia cerebelar, trauma, acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla
<b>Doenças infecciosas</b>	Neurossífilis, AIDS, criptococose, encefalite
<b>Neoplasias</b>	Meningiomas, metástases talâmicas, gliomas
<b>Transtornos psiquiátricos</b>	Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, outros quadros psicóticos, psicose puerperal, transtorno de personalidade
<b>Substâncias psicoativas</b>	Álcool, cocaína/crack, ecstasy, alucinógenos, solventes, inalantes, opioides

## Diagnóstico diferencial para episódios mistos

O diagnóstico de episódio misto já pode causar certa dificuldade em ambiente de PS, visto que talvez familiares possam referir sintomas maníacos ou psicóticos como motivo de solicitação de ajuda. A utilização de medicamentos na emergência pode mascarar apresentações mais intensas dos sintomas tanto de mania quanto de depressão. Para realizar o diagnóstico também se faz necessário que se excluam causas médicas gerais, utilização de substâncias psicoativas, como cocaína, por exemplo. Tratamento para diagnóstico de depressão (como antidepressivos e eletroconvulsoterapia) podem propiciar o surgimento de sintomas mistos da utilização de antidepressivos. Episódios de depressão ou maníacos com humor disfórico podem ser de difícil diferenciação de episódios mistos. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade podem ser confundidos com episódios mistos pela atividade excessiva, comportamento impulsivo, julgamento comprometido e negação de problemas (DSM-V).

## Manejo da mania aguda no ambiente de emergência

O objetivo inicial do tratamento é a estabilização do humor, porém o manejo extra-hospitalar do episódio maníaco é difícil e requer internação em unidades de emergência ou internação em regime integral, em grande parte dos casos. A decisão do psiquiatra quanto a tal procedimento deve levar em conta pelo menos um dos critérios a seguir: comportamentos de autoagressão ou de heteroagressão; agressão à ordem pública; exposição social; ou incapacidade grave de autocuidados ([HOLLOMAN & ZELLER, 2012](#)).

Existem várias diretrizes para o manejo da agitação psicomotora, que é uma das grandes causas de internamento dos pacientes com TB ([PARKER et al., 2017](#)), sendo uma delas específica para agitação nessa população ([NICE, 2014](#)). Essas diretrizes são formadas por consensos de especialistas, mas ainda assim nota-se importante variação nos procedimentos em diferentes serviços. Um aspecto importante é que esses pacientes, nas fases agudas da mania, por apresentarem aumento da energia e irritabilidade acabam evoluindo para quadros graves de agitação psicomotora com comportamentos violentos que requerem observação cuidadosa e intervenção farmacológica, precisando, muitas vezes, de contenção mecânica. De fato, um estudo que avaliou dados de prontuário de internação hospitalar por um período de um ano, devido a comportamento violento, mostrou que a frequência maior de contenções mecânicas ocorria naqueles que tinham o diagnóstico de TB tipo I em estado de mania e naqueles com intoxicação por anfetaminas ([HADI et al., 2015](#)).

## **Abordagem não farmacológica**

É sempre bom lembrar que pacientes em mania ou hipomania estarão exageradamente otimistas e com *insight* prejudicado (não se percebem doentes muito menos necessitando de algum tipo de intervenção), grandiosos (podem querer discutir sobre a conduta de forma técnica) e com labilidade de humor que pode transformar uma consulta em que o profissional contava, inicialmente, com algum grau de colaboração em um episódio de intensa agitação psicomotora ([CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007](#)). Apesar de quadros de agitação serem comuns nas emergências existe ainda uma

inconsistência nas formas de abordagens que podem variar de acordo com cada instituição (PARKER et al., 2017). Muitas destas capacitam equipes de intervenção que são prontamente alertadas sobre a presença de um paciente agitado, mas grande parte das instituições costuma abordar esses quadros apenas com estratégias medicamentosas e contenção física. Visando consolidar a prática de medidas não coercivas, a American Association for Emergency Psychiatry (AAEP) criou o Projeto BETA (Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation), recrutando diversos clínicos e psiquiatras atuantes em emergências, com a ideia de que as diretrizes devem guiar a terapêutica em todas as frentes de intervenção que incluem medidas medicamentosas e comportamentais (HOLLOMAN & ZELLER, 2012).

Um modelo focado inicialmente em medidas não coercivas tem sido frequentemente abordado pelas diretrizes e envolve abordagem verbal, sempre que possível, estabelecendo uma relação de confiança e tranquilização. Os aspectos elementais deste último incluem:

1. Respeitar o espaço pessoal.
2. Evitar provocação.
3. Prover orientação e reassentamento.
4. Comunicação simples e concisa.
5. Escuta apurada e claro estabelecimento de limites  
(RICHMOND et al., 2012).

Tratando-se de pacientes em situações de emergência a contenção física é uma das possíveis abordagens não farmacológicas e deve ser realizada de forma rápida com equipe treinada e de acordo com as técnicas descritas neste livro, no capítulo sobre agitação.

## Abordagem farmacológica

Desde 2002, foram publicados 11 *guidelines* baseados em evidências a respeito do manejo do TB. Há uma uniformidade quanto a recomendação do uso de um estabilizador do humor (lítio ou valproato) e/ou um antipsicótico como tratamento de primeira linha

do episódio agudo de mania e todas, exceto a World Federation of Societies of Biological Psychiatry sugerem que medicações AD devem ser suspensas, reduzidas ou evitadas, como opção no tratamento do episódio agudo ([PARKER et al., 2017](#)). O objetivo da intervenção farmacológica é tranquilizar o paciente e permitir uma melhor avaliação do seu quadro, com cuidado para evitar a sedação excessiva, que pode ocasionar queda e aspiração, além de demandar maior monitorização e sobreregar da equipe. É também fundamental reduzir ou suspender qualquer substância com propriedades ativadoras (estimulantes, corticoides).

As medicações podem ser administradas por via oral, EV ou IM. O Projeto BETA recomenda que os pacientes devam ser envolvidos no processo de escolha da droga e via de administração. Devido ao grau de agitação, frequentemente a via oral não é uma boa opção. Alguns serviços preferem a EV, mas seu acesso pode ser bastante difícil em pacientes não colaborativos. Além disso, medicação EV pode acarretar riscos adicionais, tais como problemas cardíacos e respiratórios comumente não vistos com a via IM. Dessa forma, o uso de medicação EV é melhor empregado em ambientes onde um bom suporte de vida está prontamente disponível. Finalmente, a injeção IM é mais facilmente administrada em situações agudas, apesar de o início da sedação ser menos rápido e previsível comparado à via EV ([BALDAÇARA et al., 2011](#)).

A maioria dos médicos de emergências considera o estado de agitação psicomotora como um dos quadros mais clássicos de se tratar, sendo o haloperidol a alternativa mais comum na maioria das unidades de emergência no Brasil ([BALDAÇARA et al., 2011](#)). O tratamento se dá com a associação de drogas que incluem anticonvulsivantes e BZD. Porém, desde 2000, a literatura sustenta o uso dos antipsicóticos atípicos (AA) que têm sido cada vez mais utilizados no manejo agudo da mania ([ZELLER & CITROME, 2016](#)).

## **Antipsicóticos**

Os antipsicóticos típicos (AT), principalmente os de alta potência como o haloperidol, estão associados a menor ocorrência de sedação excessiva e um início mais rápido de ação antimaniaca comparado com os atípicos. O que limita o uso desses agentes é a alta taxa de SEPs e o risco de virada para depressão ([ZELLER & CITROME, 2016](#); [GRANDE & VIETA, 2015](#)). No Brasil, a combinação de haloperidol 5-10 mg mais prometazina 50 mg é a mais utilizada. Um inquérito nos serviços de emergência psiquiátrica, no Rio de Janeiro, indicou a combinação como a medicação favorita ([HUF et al., 2002](#)), e nesse sentido foram conduzidos estudos TREC (Tranquilização Rápida – Ensaio Clínico) em resposta à necessidade de boas evidências para uma intervenção amplamente utilizada, cuja conclusão foi que tal associação foi mais efetiva e bem tolerada que o uso isolado de haloperidol com redução da frequência de distonia aguda atribuída às propriedades da prometazina ([BALDAÇARA et al., 2011](#)).

As preparações IM de AA promovem menor frequência de SEPs comparados ao haloperidol com o mesmo tamanho de efeito na redução da agitação psicomotora. As injeções IM de olanzapina e aripiprazol são aprovadas pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da mania e atualmente mais recomendadas do que os AT nas diretrizes ([ZELLER & CITROME, 2016](#)), contudo, no Brasil, essas apresentações não estão disponíveis nos serviços de emergência. Recentemente, a loxapina, antipsicótico de primeira geração, foi reformulada para administração por via inalatória e sua eficácia e boa tolerância para o controle da agitação em pacientes com TB foi comprovada ([DE BERARDIS et al., 2017](#)), porém também não é disponibilizada no Brasil.

## **Benzodiazepínicos**

Se o aumento da dose inicial do mesmo antipsicótico for insuficiente para controlar o estado de agitação, a adição de um BZD é recomendada ([ZELLER & CITROME, 2016](#)). O midazolam IM se mostra efetivo na redução da agitação aguda e deve ser preferido

quando há necessidade de um controle mais imediato dos sintomas, mas a duração do seu efeito é curta, sendo a meia-vida de 90-150 minutos em indivíduos saudáveis. O diazepam não deve ser uma escolha quando somente a via IM é uma opção, porque sua lipossolubilidade pode resultar em absorção lenta (OLKKOLA & AHONEN, 2008). O lorazepam é o agente mais frequentemente utilizado no manejo da agitação e tem absorção completa por via IM, mas não está disponível nessa apresentação no Brasil (ZELLER & CITROME, 2016). Importante atentar que pela sua ação no SNC, essa classe tem também efeito depressor do sistema respiratório que é dose-dependente e de potencial para reduzir a PA (OLKKOLA & AHONEN, 2008). Além disso, não tem a capacidade de atuar sobre sintomas psicóticos, caso estejam presentes, sendo especificamente atuantes na redução temporária do estado de agitação (ZELLER & CITROME, 2016).

## Lítio e valproato de sódio

A associação mais frequente no TB é a adição de estabilizadores do humor como o lítio e o valproato a algum AA. Durante a fase maníaca, estudos mostraram a eficácia dessa associação (GRANDE & VIETA, 2015). A prescrição desses agentes deve ser guiada por resposta prévia e boa tolerância do paciente a esses fármacos (NICE, 2014).

---

### Quadro 14.8

---

#### Opções medicamentosas para o episódio de mania bipolar

---

##### Monoterapia

- Lítio
- Valproato
- Olanzapina
- Risperidona
- Quetiapina
- Aripiprazol
- Ziprasidona
- Paliperidona

Combinação: Lítio ou valproato associado a

- Risperidona
- Quetiapina
- Olanzapina
- Aripiprazol

Outras opções de segunda e terceira linha:

- Monoterapia com carbamazepina, haloperidol, clorpromazina, clozapina, oxcarbazepina
- Combinação de lítio ou valproato com haloperidol, lítio com carbamazepina

Casos graves, refratários, com comorbidades clínicas, gestantes com contraindicação para demais tratamentos: Eletronconvulsoterapia

Não recomendado:

- Monoterapia: gabapentina, topiramato, lamotrigina, verapamil,
- Terapêutica combinada: risperidona + carbamazepina, olanzapina + carbamazepina

---

*Fontes: CFM (2002); Cordioli et al. (2015); Muneer (2017); Yatham (2013).*

---

## **Quadro 14.9**

### **Opções medicamentosas para o episódio depressivo bipolar**

---

Monoterapia

- Lítio
- Lamotrigina
- Quetiapina

Combinação

- Lítio ou valproato associado ao inibidor seletivo da recaptação da serotonina
- Olanzapina associado ao inibidor seletivo da recaptação da serotonina
- Lítio associado ao valproato
- Lítio ou valproato associado à bupropiona
- Quetiapina associado a inibidor seletivo da recaptação de serotonina
- Lítio ou valoproato associado à lamotrigina

Casos graves, refratários, com comorbidades clínicas, gestantes com

contraindicação para demais tratamentos: Eletronconvulsoterapia  
Opção para casos refratários ou com efeitos colaterais pronunciados:  
estimulação magnética transcraniana (associado a estabilizadores do humor)

Não recomendado o uso de antidepressivo em monoterapia

---

Fontes: [CFM \(2002\)](#); [Cordioli et al. \(2015\)](#); [Muneer \(2017\)](#); [Yatham \(2013\)](#).

---

## **Quadro 14.10**

### **Opções medicamentosas para o episódio misto bipolar**

---

Monoterapia

- Valproato

Combinação

- Valproato ou lítio com olanzapina ou risperidona ou quetiapina ou ziprasidona ou aripiprazol

Alternativo: Carbamazepina ou oxcarbazepina. Resultados nos estudos controversos.

Casos graves, refratários, com comorbidades clínicas, gestantes com contraindicação para demais tratamentos: Eletronconvulsoterapia

Não recomendado o uso de antidepressivo em monoterapia

---

Fontes: [CFM \(2002\)](#); [Cordioli et al. \(2015\)](#); [Muneer \(2017\)](#); [Yatham \(2013\)](#).

---

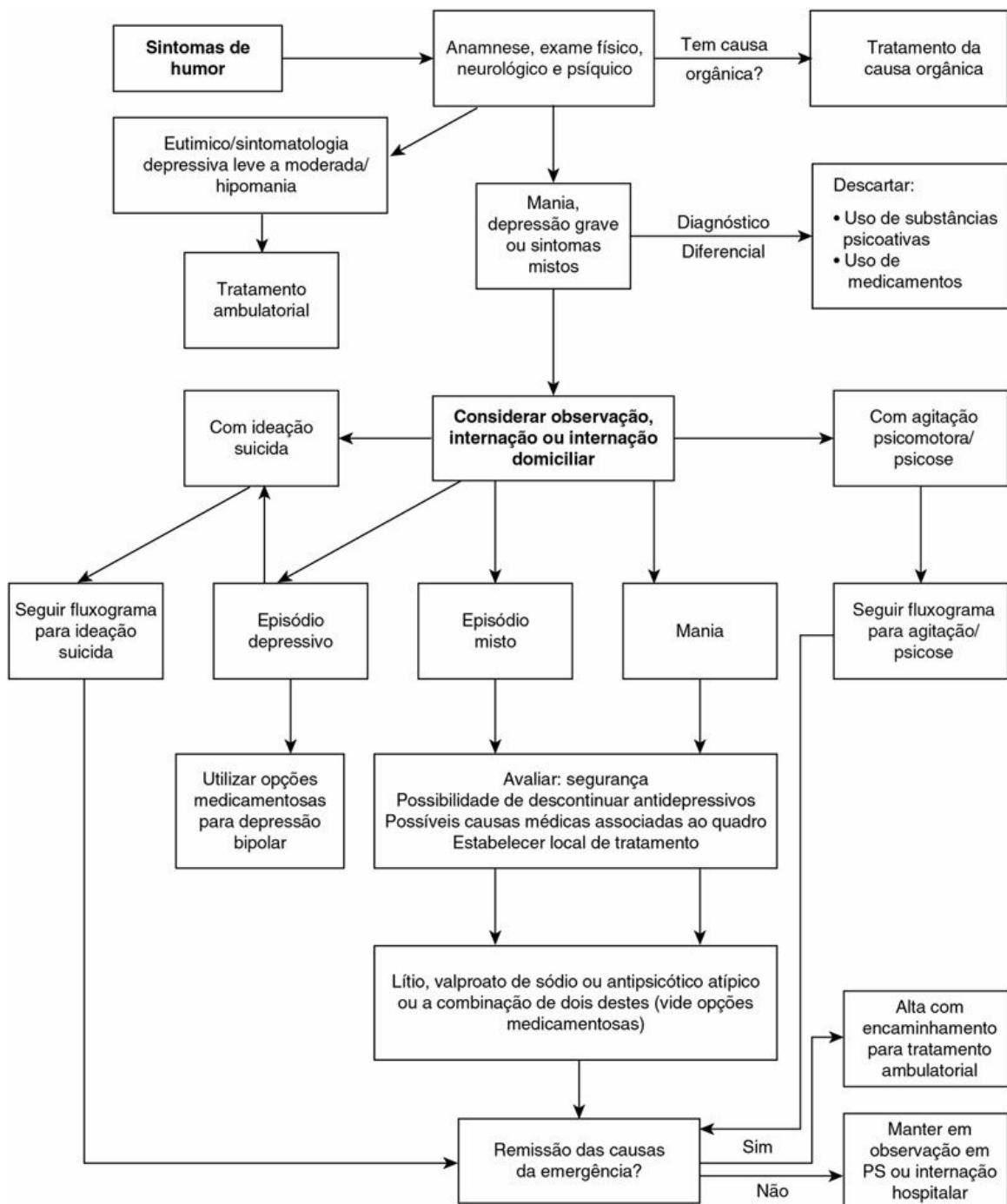
## Considerações finais

Tanto para pacientes com depressão quanto para pacientes em mania em observação em pronto-socorro, devem estar claros os motivos dessa intervenção, para que o manejo seja voltado para a queixa e dessa forma abrevie o tempo de admissão. Pacientes que permaneçam mais tempo apresentando sintomas que impeçam a alta devem ser transferidos para unidades que ofereçam leitos de internação psiquiátrica.

Pacientes que recebem alta devem ser reencaminhados aos serviços ambulatoriais de origem ou se não há tratamento psiquiátrico prévio, encaminhados para serviços ambulatoriais regionalizados ou outros aos quais o paciente possa ter acesso. Familiares devem ser instruídos acerca do quadro e sobre a necessidade de manutenção da medicação proposta. As associações de pacientes e familiares de portadores de transtornos do humor podem ser uma boa opção para essa população. No Brasil, a Associação Brasileira de Familiares, Amigos, e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA) atua sem fins lucrativos por meio de diversas intervenções para aumentar o conhecimento e com isso as chances de aderência ao tratamento específico (CORDEIRO, D.C. & BALDAÇARA, L. 2007).

## Questões para estudo

- Por que devemos ter cautela no diagnóstico de transtornos de humor realizados em situação de emergência?
- Em quais situações pacientes com depressão devem ser admitidos em pronto-socorro?
- Ter um episódio de mania justifica o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar? Por quê?



**FLUXOGRAMA 14.1** Abordagem dos transtornos do humor na emergência.

## Referências

- Ables AZ, Nagubilli R. Prevention, recognition, and management of serotonin syndrome. *American Family Physician*. 2010;81(9):1139–1142.
- APA – Associação Psiquiátrica Americana. (2002) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4<sup>a</sup> ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.
- APA – Associação Psiquiátrica Americana. (2014) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5<sup>a</sup> ed. (DSM-5). Porto Alegre: Artmed.
- Baldaçara L, et al. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Rev Bras Psiquiatria*. 2011;33(1).
- Barbey JT, Roose SP. SSRI safety in overdose. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(15):42–48.
- Benites F, Zung S, Suozzo AC, Lastoria Jr VAP, Golin V, Sprovieri SRS. Transtorno depressivo em serviço de emergência clínica: fatores de risco para internação psiquiátrica. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2004;50(2):46–49.
- Bertolote JM, Mello-Santos CD, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32:S87–S95.
- Carlini EA, Noto AR, Nappo SA, Sanchez ZVDM, Franco VLDS, Silva LCF, Alves DDC. Fluoxetina: indícios de uso inadequado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. (2002) Resolução CFM nº 1.640/2002.
- Cordeiro, D.C. & Baldaçara, L. (2007) Emergências Psiquiátricas. São Paulo: Roca. 1a edição.
- Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- de Barros Calfat, E.L. (2007) Apresentação do pronto-socorro de atenção integrada à saúde mental da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. In: Cordeiro, D.C. Baldaçara, L. Emergências Psiquiátricas. São Paulo: Roca.
- de Barros Calfat, E.L., de Araújo, R.D.C.F., Jorge, R.T.D.S., Romano, F., de Paula, P.A., Lopes, G.M. (2008) Emergência psiquiátrica e regionalização do

- SUS na cidade de São Paulo. Uma diretriz ainda distante. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 53(3):93-7.
- de Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, Iasevoli F, Tomasetti C, de Bartolomeis A, Marini S. The role of inhaled loxapine in the treatment of acute agitation in patients with psychiatric disorders: a clinical review. *International Journal of Molecular Sciences*. 2017;18(2):349.
- Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58(3):175–189.
- Finberg JPM, Rabey JM. Inhibitors of MAO-A and MAO-B in Psychiatry and Neurology. *Frontiers in Pharmacology*. 2016;7(340).
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Grande I, Vieta E. Pharmacotherapy of acute mania: monotherapy or combination therapy with mood stabilizers and antipsychotics? *CNS Drugs*. 2015;29(3):221–227.
- Hadi F, Khosravi T, Shariat SV, Nadoushan AH. Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:296.
- Harvey BH, Slabbert FN. New insights on the antidepressant discontinuation syndrome. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2014;29(6):503–516.
- Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2004;11(2):193.
- Higa EMS, et al. Intoxicações agudas. In: Higa EMS, ed. *Guia de medicina de urgência*. Barueri: Manole; 2013.
- Hirsch, M., Birbaum, R.J. (2017) Discontinuing antidepressant medications in adults. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/discontinuing-antidepressant-medications-in-adults>. Acesso em 07 abril 2017.
- Holloman Jr GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):1–2.
- Huf G, Coutinho EDSF, Fagundes HM, Oliveira ES, Lopez Jr R, Gewandszajder M, Adams C. Current practices in managing acutely disturbed patients at three hospitals in Rio de Janeiro-Brazil: a prevalence study. *BMC Psychiatry*. 2002;2(1):4.
- Junior DFM, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa A. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological

- study. *BMC Public Health*. 2016;16(1):990.
- Katus LE, Frucht SJ. Management of serotonin syndrome and neuroleptic malignant syndrome. *Current Treatment Options in Neurology*. 2016;18(9):39.
- Kells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262(7):914–919.
- Kelly CA, Dhaun N, Laing WJ, Strachan FE, Good AM, Bateman DN. Comparative toxicity of citalopram and the newer antidepressants after overdose. *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology*. 2004;42(1):67–71.
- Kerr GW, McGuffie AC, Wilkie S. Tricyclic antidepressant overdose: a review. *Emerg Med J*. 2001;18:236–241.
- Kim J, Lee K-S, Kim DJ, Hong SC, Choi KH, Oh Y, et al. Characteristic risk factors associated with planned versus impulsive suicide attempters. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*. 2015;13(3):308–315.
- Miranda-Scipa AMA, Nery FF, Calil HM. Inibidores seletivos de recaptação de serotonina. In: Sena EP, ed. *Irismar: psicofarmacologia clínica*. Rio de Janeiro: MedBook; 2011: p. 183-191.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851–858.
- Muneer A. Mixed states in bipolar disorder: etiology, pathogenesis and treatment. *Chonnam Medical Journal*. 2017;53(1):1–13. doi: 10.4068/cmj.2017.53.1.1.
- Nelson LS, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor poisoning: An evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clin Toxicol Phila*. 2007;45(4):315–332.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence. (2014) Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>. Acesso em 27 março 2017.
- Olkkola KT, Ahonen J. Midazolam and other benzodiazepines. *Handb Exp Pharmacol*. 2008;182:335–360.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (1992) Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento – Descrições clínicas e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed.
- Parker GB, Graham RK, Tavella G. Is there consensus across international evidence-based guidelines for the management of bipolar disorder? *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica*. 2017;135:1–12.
- Peregrino A, et al. Antidepressivos heterocíclicos e inibidores da monoaminoxidase. In: Sena EP, ed. *Irismar: psicofarmacologia clínica*. Rio de Janeiro: MedBook; 2011: p. 171-182.
- Perez CP, Passos J. O excesso de medicação em uma sociedade que precisa ser feliz. *ComCiência*. 2014;(161):0–10.
- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):17–25.
- Salhanick, S.D. (2017) Tricyclic antidepressant poisoning. Up To Date. 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/tricyclic-antidepressant-poisoning>. Acesso em 07 abril 2017.
- Schatzberg AF, Nemeroff CB. The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology. *American Psychiatric Pub*. 2009.
- Spanemberg L. Depressão e sintomas depressivos: confusão conceitual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(3):258.
- Stahl SM. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
- Stovall, J., Keck, P., Solomon, D. (2015) Bipolar disorder in adults: Pharmacotherapy for acute mania and hypomania. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-choosing-pharmacotherapy-for-acute-mania-and-hypomania>.
- Studart P, Galvão-de Almeida A, Bezerra-Filho S, Caribé A, Afonso NR, Daltro C, Miranda-Scippa A. Is history of suicidal behavior related to social support and quality of life in outpatients with bipolar I disorder? *Psychiatry Research*. 2016;246:796–802.
- Viramontes TS, Truong H, Linnebur SA. Antidepressant-induced hyponatremia in older adults. *The Consultant Pharmacist®*. 2016;31(3):139–150.
- WHO – World Health Organization. (2017) Depression and other common mental disorders: global health estimates. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 7 abril 2017.
- Yatham LN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders*. 2013;15:1–44.

Zeller SL, Citrome L. Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting. *West J Emerg Med.* 2016;17(2):165–172.

---

## CAPÍTULO 15

# **Transtornos ansiosos nas emergências**

---

*Pedro Shiozawa*

*Quirino Cordeiro*

*Aida Cristina Suozzo*

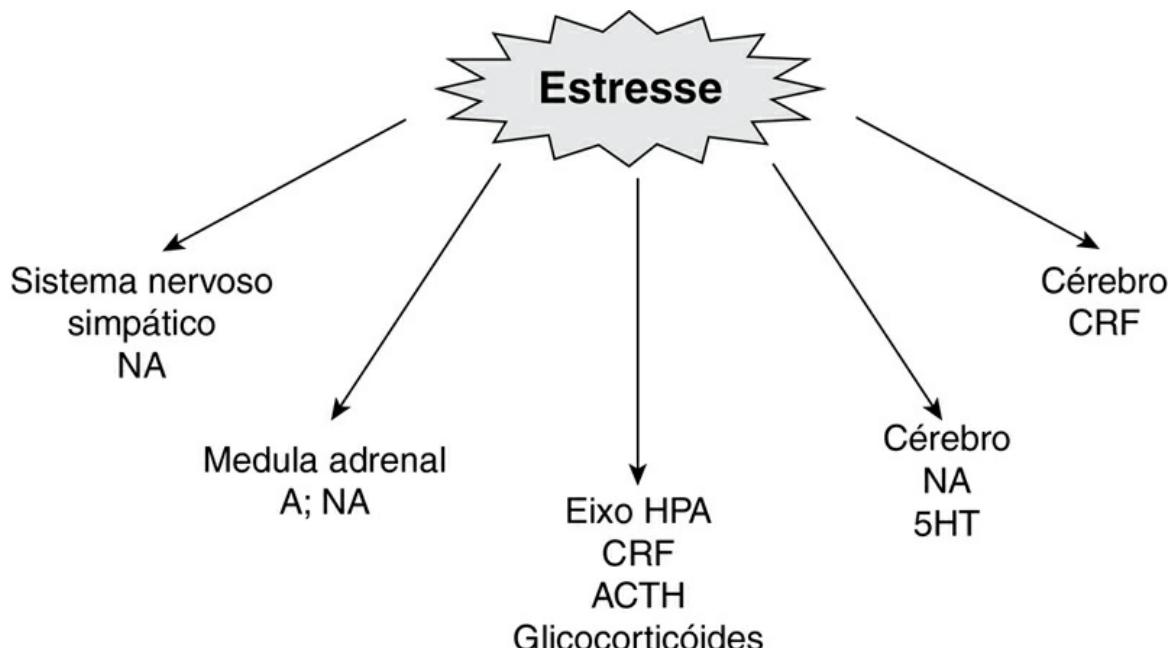
## **Pontos principais**

---

- Ansiedade é uma resposta fisiológica adaptativa à vida.
  - A resposta fisiológica ao estresse é universal, há ativação dos sistemas simpático, adrenocortical e do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal.
  - Estudos disponíveis na população brasileira reforçam a ideia de que os transtornos ansiosos estejam entre os mais prevalentes e potencialmente mais incapacitantes do ponto de vista da saúde pública.
  - Em serviços de emergência, as causas clínicas de ansiedade sempre devem ser consideradas.
-

## Introdução, conceito e epidemiologia

Ansiedade é um estado emocional marcado pela experiência subjetiva de medo ou outra emoção relacionada, como: terror, horror, alarme, pânico. A emoção é desagradável, estando implícita a sensação de um perigo iminente. Trata-se de uma resposta fisiológica adaptativa à vida e aos seus perigos; no entanto, pode causar sofrimento e ser desadaptativa quando da ausência de um risco real ou quando é desproporcional ao estímulo que a desencadeia ([ANDRADE et al., 1998](#)). Do ponto de vista fisiológico, a ansiedade tem como objetivo manter o indivíduo alerta para que tenha um desempenho máximo sobre uma situação estressante de perigo. Essa resposta fisiológica ao estresse é universal na qual são ativados os sistemas simpático, adrenocortical e o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA) ([Figura 15.1](#)) que gera ampla gama de sintomas físicos. As principais manifestações de ansiedade, ou seja, os sintomas ansiosos, podem ser divididas em psíquicas (mentais) e físicas (somáticas) ([BOTEAGA, 2012](#)).



**FIGURA 15.1** Ansiedade como fruto da ativação de diferentes sistemas fisiológicos frente ao estresse.

*Manifestações psíquicas:* medo, angústia, preocupação, tensão, apreensão, sensação de desconforto, insônia, insegurança, irritabilidade, nervosismo.

*Manifestações físicas:* sensação de falta de ar, tensão muscular, dificuldade para engolir taquicardia, sudorese fria, palidez cutânea, náusea, boca seca, tontura, tremores, formigamento, dor no peito, piloeração, midríase, contratura muscular.

Atualmente a ansiedade patológica não é considerada um fenômeno único, pois cada tipo de transtorno ansioso parece estar ligado a diferentes mecanismos fisiopatológicos. Essa variedade de conceitos reflete-se nas classificações diagnósticas recentes, como o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM – Diagnostic Statistical Manual) da Associação Psiquiátrica Americana, e a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde. Os tipos de transtornos de ansiedade listados nesses sistemas de classificação incluem: transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e fobias específicas. Essa multiplicidade de diagnósticos pode levar a uma taxa de comorbidade maior, mas isso não significa, necessariamente, que um paciente que apresente mais de um tipo de sintoma seja considerado mais grave ou que tenha um prognóstico pior ([APA, 2013](#); [KAPLAN & SADOCK, 2017](#)).

Os transtornos ansiosos são diagnósticos psiquiátricos com alta prevalência na população geral ([ANSSEAU et al., 2004](#)). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo todo, cerca de 264 milhões de pessoas sofrem com transtornos de ansiedade, uma média de 3,6%. O número representa uma alta de 15% em comparação a 2005. O Brasil lidera o ranking na América Latina e no mundo, com 9,3% da população com algum tipo de transtorno de ansiedade. A taxa é três vezes superior à média mundial. Os índices brasileiros também superam de uma forma substancial as taxas identificadas nos demais países da região. ([ANDRADE et al., 2013](#)).

Estudos disponíveis na população brasileira reforçam a ideia de que os transtornos ansiosos estejam entre os mais prevalentes e potencialmente mais incapacitantes do ponto de vista da saúde

pública. Um recente estudo epidemiológico, com uma amostra de 1.464 indivíduos da cidade de São Paulo, encontrou ao menos um diagnóstico psiquiátrico ao longo da vida em 44,8% da amostra, com prevalência de 28,1% de transtornos ansiosos na população. Dentro dos transtornos ansiosos, destacaram-se as fobias (8,4%), seguidas pelo transtorno de ansiedade generalizada (4,2%) e transtorno de pânico (1,6%) ([ANDRADE et al., 2008](#)).

## **Relevância clínica**

Os transtornos ansiosos estão presentes em 20% dos atendimentos na rede básica de saúde, porém 50% a 75% não são diagnosticados de maneira apropriada ([ANSSEAU et al., 2004](#)). Por serem diagnósticos altamente prevalentes, médicos, principalmente aqueles que trabalham em serviços de emergência e/ou pronto atendimento, devem estar habilitados a identificar e tratar, a fim de reduzir os danos aos pacientes e gastos com saúde pública. Vários estudos têm apresentado resultados apontando alto impacto na rotina diária dos pacientes, com intenso sofrimento pessoal, associado a um custo anual nos Estados Unidos de US\$ 42,3 bilhões por ano ([GREENBERG et al., 1999](#)).

Os principais transtornos ansiosos estão sintetizados no [Quadro 15.1](#) ([APA, 2013](#)).

---

### **Quadro 15.1**

---

#### **Principais transtornos ansiosos**

---

Fobia específica

Transtorno de ansiedade social

Transtorno de pânico

Agorafobia

Transtorno de ansiedade generalizada

Transtorno de ansiedade induzida por substância/medicamento

Transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral

---

## **Apresentação clínica dos transtornos ansiosos**

### **Ataques de pânico e transtorno de pânico**

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos, que se iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. Esses ataques acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade. Os sintomas principais físicos associados aos ataques são: taquicardia, sudorese, falta de ar, tremores, desconforto torácico, tontura, calafrios, parestesias, medo de perder o controle e medo de morrer, entre outros ([MEURET et al., 2017](#); [APA, 2013](#); [SADOCK et. al 2017](#)).

O transtorno do pânico pode vir acompanhado de agorafobia, que é o medo de estar sozinho em locais públicos, onde uma rápida saída é difícil caso ocorra um ataque de pânico. Alguns pacientes desenvolvem ansiedade antecipatória e esquiva fóbica em consequência a repetidos ataques de ansiedade. Eles passam a se preocupar demais com a possibilidade de novos episódios, que acabam evitando todas as possibilidades de possíveis situações e/ou locais que possam desencadear as crises. É muito comum o paciente ficar restrito em seu domicílio com pavor de sair de casa sem uma companhia ([MEURET et al., 2017](#); [APA, 2013](#); [SADOCK et. al 2017](#)).

### **Transtorno de ansiedade generalizada**

No transtorno de ansiedade generalizada as manifestações de ansiedade oscilam ao longo do tempo, porém não ocorrem na forma de ataques, nem se relacionam com situações específicas. Estão presentes na maioria dos dias e por longos períodos, de muitos meses ou anos. O sintoma principal é a expectativa apreensiva ou preocupação exagerada, de caráter mórbido. A pessoa está a maior parte do tempo preocupada em excesso. Além disso, sofre de sintomas como inquietude, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade,

tensão muscular, insônia e sudorese. O início do transtorno de ansiedade generalizada é insidioso e precoce. Em geral, os pacientes informam que sempre foram “nervosos”, “tensos”. A evolução ocorre no sentido da cronicidade (MIGUEL et al., 2011; APA, 2013; SADOCK et. al 2017).

## Fobias

É um medo irracional e persistente de um objeto, atividade ou situação (*estímulo fóbico*) específica, as quais determinam um desejo de evitar tais situações ou objetos temidos. O medo é exagerado em proporção ao real perigo da situação ou objeto, causando um importante sofrimento no indivíduo. As fobias específicas mais frequentemente encontradas são de sangue, injeção, ferimentos, animais peçonhentos, tempestade, altura e doenças (MIGUEL et al., 2011; APA, 2013; SADOCK et. al 2017).

## Transtorno de ansiedade social

No transtorno de ansiedade social (fobia social), os sintomas de ansiedade ocorrem em situações nas quais a pessoa é observada pelos outros. Situações típicas compreendem: escrever, assinar, comer e fazer uma apresentação na presença dos outros (SADOCK et. al 2017). Indivíduos com fobia social, independentemente da faixa etária, têm maior risco de apresentar outros diagnósticos psiquiátricos, como transtorno de ansiedade generalizada, depressão, fobia específica e dependência de substâncias psicoativas como álcool e tranquilizantes (MANNING et al., 2017). Além disso, muitos indivíduos apresentam características do transtorno evitativo de personalidade, um padrão duradouro de esquiva do contato interpessoal, considerado por alguns autores a forma mais grave da fobia, com maior tempo de doença, de número e variedade de situações sociais temidas (MANNING et al., 2017; MIGUEL et al., 2011; APA, 2013).

## Transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral

Esse transtorno caracteriza-se por sintomas ansiosos como consequência patofisiológica direta de uma condição médica geral. Sua manifestação varia conforme a patologia. Diversas doenças podem provocar sintomas de ansiedade, tais como hipo e hipertireoidismo, deficiência de vitamina B<sub>12</sub>, feocromocitoma, arritmias cardíacas, hipoglicemia. A investigação de alguma patologia deve ser feita sempre na presença de sintomas de ansiedade.

Os sintomas desse transtorno podem ser idênticos aos transtornos primários de ansiedade, sendo os sintomas de ataques de pânico os mais comuns. Podemos citar como exemplos as seguintes doenças clínicas relacionadas com ataques de pânico: miocardiopatias, dor crônica, cirrose biliar primária e epilepsia. Em pacientes com síndrome de Sjögren e doença de Graves são comuns os sintomas de ansiedade generalizada. Os sintomas fóbicos embora raros, podem aparecer em pacientes com Parkinson. Já o transtorno obsessivo-compulsivo está relacionado com coreia de Sydenham e esclerose múltipla. O tratamento da doença de base leva à melhora dos sintomas de ansiedade. Se o tratamento da doença clínica não ocasionar melhora dos sintomas, deve-se procurar fazer o tratamento do transtorno de ansiedade primário específico ([MEURET et. al, 2017](#) ; [MIGUEL et. al 2011](#) ; [BOTEZA, 2012](#) ; [APA 2013](#) ; [SADOCK et. Al 2017](#)).

A seguir, as causas clínicas de sintomatologia ansiosa que devem ser consideradas principalmente em serviços de emergências ([BOTEZA, 2012](#)):

- Cardiovasculares: anginas, infarto agudo do miocárdio, arritmias, anemias, hipertensão arterial, síncope, choque cardiovascular.
- Respiratórias: pneumonia, DPOC, edema e embolia pulmonar, asma, pneumotórax, hipóxia.
- Endócrinas e metabólicas: hipoglicemia, hiperglicemia, hiper e hipotireoidismo, hipocalcemia, hipocalemia, insulinoma, feocromocitoma, síndrome carcinoide, síndrome de Addison, síndrome de Cushing.

- Neurológicas: encefalopatias, tremor essencial, tumores intracranianos, crises convulsivas, tonturas, AVC, enxaqueca, hemorragia subaracnóidea.
- Infecciosas: tuberculose, malária, hepatite viral, mononucleose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

## **Transtorno de ansiedade induzido por substâncias**

O transtorno de ansiedade induzido por substâncias é caracterizado por sintomas ansiosos causados pelo efeito patofisiológico direto de drogas de abuso, medicamentos ou toxinas. As substâncias, de uma maneira em geral, podem levar a qualquer tipo de transtorno ansioso. As drogas de abuso que frequentemente provocam manifestações de ansiedade são: álcool, anfetaminas, cafeína, maconha, cocaína, crack, alucinógenos, inalantes e fenciclidina. Os medicamentos associados à ansiedade são: anestésicos, analgésicos, broncodilatadores, anticolinérgicos, corticosteroides; e no caso das toxinas temos; gasolina, tinta, inseticiadas organofosforados, gases asfixiantes. As características clínicas dependem da substância utilizada, podendo estar associada a déficits cognitivos e de atenção, que cessam com a interrupção do uso da droga. O diagnóstico diferencial deve ser feito com transtornos de ansiedade primários ou relacionados com condição médica geral, transtornos do humor e transtornos de personalidade. Um diagnóstico de transtorno ansioso induzido por substâncias deve ser realizado quando da não intoxicação ou abstinência da substância envolvida. O prognóstico depende da retirada da droga; os efeitos da ansiedade costumam ser reversíveis. Se após a retirada da droga os sintomas de ansiedade persistirem, pode-se indicar tratamento específico para o tipo de transtorno apresentado pelo paciente (MIGUEL, et. al 2011; APA, 2013; SADOCK, et.al 2017).

## **Manejo – recomendações gerais**

Nas emergências, os quadros de ansiedade costumam se apresentar como ataques de pânico (em vivência ou em remissão) e quadros com características dissociativas e/ou conversivas, associadas temporalmente a eventos estressores claros. Muitas vezes, os indivíduos atendidos em emergências psiquiátricas são acompanhantes de outros pacientes que estavam sendo atendidos naquele serviço, que não conseguem suportar as tensões das expectativas sobre o diagnóstico e evolução do paciente a quem estavam servindo de acompanhantes. É muito comum que os pacientes se apresentem com um quadro dissociativo/conversivo com contrações involuntárias de todo o corpo, como se estivessem “descerebrando”. Esse quadro pode ser compreendido como uma reação associada em parte à alcalose respiratória derivada pela reação respiratória de alta frequência e superficial, muito comum em pacientes com transtorno do pânico. Esses quadros podem ser revertidos com reasseguramento e uso de benzodiazepínicos, da mesma forma que os pacientes com ataques de pânico.

Um aspecto muito importante na abordagem dos pacientes com ansiedade nas emergências é a pronta avaliação e diagnóstico, com uma orientação clara, direta e comprehensível para o paciente e familiares/acompanhantes. Com muita frequência aquela reação tão intensa e assustadora se assemelha a quadros clínicos graves, como infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral; de forma que se a equipe médica não esclarecer o diagnóstico, fica a impressão de descaso ou incompetência técnica, ampliando a insegurança e induzindo a busca de novas abordagens médicas no futuro (“*doctor shopping*”). Grande alívio pode ser obtido com a simples orientação de que o diagnóstico poderia ser possivelmente uma “síndrome do pânico”, que o que ele teve foi intenso, porém sem risco à vida, e que o transtorno do pânico ou outro transtorno de ansiedade que se configure na avaliação é tratável, evitando passar a impressão que aquele quadro assustador seja “apenas uma ansiedade ou um problema psicológico”. Episódios agudos de ansiedade podem gerar

grande sofrimento e insegurança, e uma boa orientação objetiva pode aliviar sobremaneira todo esse sofrimento.

A tomada de decisão compartilhada melhora a concordância e os desfechos clínicos, e deverá ter lugar durante o processo de diagnóstico e em todas as fases do atendimento. Deve-se conversar sobre os prováveis perfis de efeitos colaterais dos medicamentos. Preocupações comuns sobre tomar medicação, como o medo de ficar dependente, devem ser abordadas. Psicoterapia e psicofarmacologia combinados podem ter vantagens sobre qualquer uma das modalidades isoladas em casos moderados e graves.

## **Manejo na emergência**

Inicialmente é importante lembrar que os transtornos ansiosos serão manejados na emergência apenas para controle das crises e esclarecimento, sendo que, o tratamento definitivo deve ser instituído ambulatorialmente. Não se recomenda iniciar tratamento com antidepressivos na emergência, visto que tal conduta requer reavaliação periódica do paciente dentro de uma aliança terapêutica estabelecida a longo prazo.

Na abordagem inicial, deve-se mostrar postura calma e ter atitude de reassseguramento. Realizar anamnese, exame físico geral e avaliação do estado mental.

Durante a entrevista caracterizar a sintomatologia ansiosa com as seguintes informações, se possível, dentre elas: início da apresentação dos sintomas, intensidade, duração, fatores que desencadeiam e/ou que piorem a sintomatologia, presença de doenças clínicas e psiquiátricas, uso de substâncias e/ou medicamentos, grau de impacto no funcionamento social/ocupacional no cotidiano do paciente e fatores relacionados com o ambiente. Estas irão auxiliar no diagnóstico diferencial, lembrando que as causas clínicas de ansiedade sempre devem ser consideradas principalmente em serviços de emergência. No exame físico do paciente, considerar o estado geral do mesmo; aferir a temperatura corporal e pressão arterial, nível de glicemia; ausculta pulmonar e cardíaca; palpação abdominal, sinais de edema e perfusão periférica; identificar sinais de desidratação. Em relação ao exame psíquico do paciente ansioso, pode-se observar aceleração do discurso, parecendo uma hipomania. O discurso pode ainda ser lacônico. O humor pode ser ansioso ou deprimido. Exames laboratoriais devem ser realizados para confirmar ou excluir patologias clínicas. Eletrólitos, hemograma, glicemia, função renal e hepática e eletrocardiograma (conforme quadro clínico). A investigação deverá prosseguir com exames complementares como toxicológico na urina e/ou sangue, tomografia, função tireoidiana, sorologias e eletroencefalograma ([\(Meuret, 2017; Sadock, et. Al 2017; Botega, 2012\)](#).

## Tratamento inicial na emergência

O tratamento inicial no serviço de emergência visa (1) esclarecer o diagnóstico, (2) manejar os sintomas agudamente e (3) orientar o seguimento específico.

Na fase aguda, o esclarecimento, orientação e medidas não medicamentosas são consideradas de primeira escolha. Para casos de ansiedade secundária está recomendado inicialmente a correção do agente causal, como, por exemplo, em casos de ansiedade causada por medicamentos ou doença clínica não compensada. Algumas técnicas psicoterápicas podem auxiliar, sendo as cognitivas-comportamentais as mais usadas. Porém, requerem treinamento da equipe.

Os benzodiazepínicos são os psicofármacos mais utilizados para a tranquilização dos pacientes, sendo o tratamento de escolha na emergência para os transtornos ansiosos. Promovem alívio rápido dos sintomas, com poucos efeitos colaterais. São fármacos considerados seguros, porém, são necessários alguns cuidados em relação à idade do paciente (idosos e crianças), doenças clínicas associadas (hepatopatias, cardiopatias, insuficiência renal, doenças pulmonares), gestantes e durante o aleitamento materno. Os benzodiazepínicos podem causar lentificação psicomotora, prejuízo de memória, além de reação paradoxal ((Sadock, et. al 2017; Teng & Demetrio, 2006; Cordioli, 2015; [Botega, 2012](#)).

## Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos têm sido a opção terapêutica medicamentosa mais utilizada no tratamento agudo dos sintomas ansiosos. A [Tabela 15.1](#) apresenta o perfil de ação diferenciado dos benzodiazepínicos quanto a dose, número de tomadas, início de ação e meia-vida. Apesar de alívio rápido, também apresentam diversos efeitos colaterais que devem ser levados em consideração: sedação, sonolência, quedas, efeito paradoxal, depressão respiratória, depressão da função cardíaca e dependência. Seu uso regular a longo prazo não é recomendado ([TENG & DEMETRIO, 2006](#); [CORDIOLI et al., 2015](#)).

**Tabela 15.1****Benzodiazepínicos utilizados em sintomas ansiosos**

Medicação	Apresentação	Início ação/meia-vida	Dose	Número doses/dia	Dose máxima h
<b>Alprazolam</b>	0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg (cps)	0,7 a 2,1 h/6 a 20 h	0,25-2 mg	1 a 3	10 mg
<b>Bromazepam</b>	2,5 mg/ml (sol), 3 mg e 6 mg (cps)	1 a 2 h/8 a 19 h	1-6 mg	1 a 3	18 mg
<b>Clobazam</b>	10 mg e 20 mg (cps)	30 min/18 h a 50 h	5-20 mg	1	60 mg
<b>Clonazepam</b>	2,5 mg/ml (sol), 0,25 mg, 0,5 mg, 2 mg (cps)	1 a 3 h/20 a 40 h	0,25-2 mg	1 a 3	20 mg (não recomend)
<b>Cloxazolam</b>	1 mg, 2 mg e 4 mg	1 a 3 h/20 a 90 h	1-6 mg	1 a 3	16 mg
<b>Diazepam</b>	5 mg e 10 mg (cps)	30 a 90 min/20 a 90 h	5-10 mg	1 - 4	40 mg
<b>Lorazepam</b>	1 a 2 mg (cp)	2 h/8 a 16h	0,5-2 mg	1 a 2	10 mg

Quadros agudos de ansiedade, mesmo sob estresse bem definido e compreensível, podem gerar reações muito intensas de agitação psicomotora, com agressividade e violência direcionada para uma

pessoa ou situação específicas ou sem alvo definido. Algumas vezes, a agitação pode ser tão intensa que pode ser necessária contenção mecânica e medicamentos injetáveis para agitação psicomotora (haloperidol IM, midazolam IM). Nesses quadros, a resolução costuma ser rápida, com a dissipação do quadro com a diminuição dos efeitos agudos dos tratamentos farmacológicos (TENG & DEMETRIO, 2006; CORDIOLI et al., 2015).

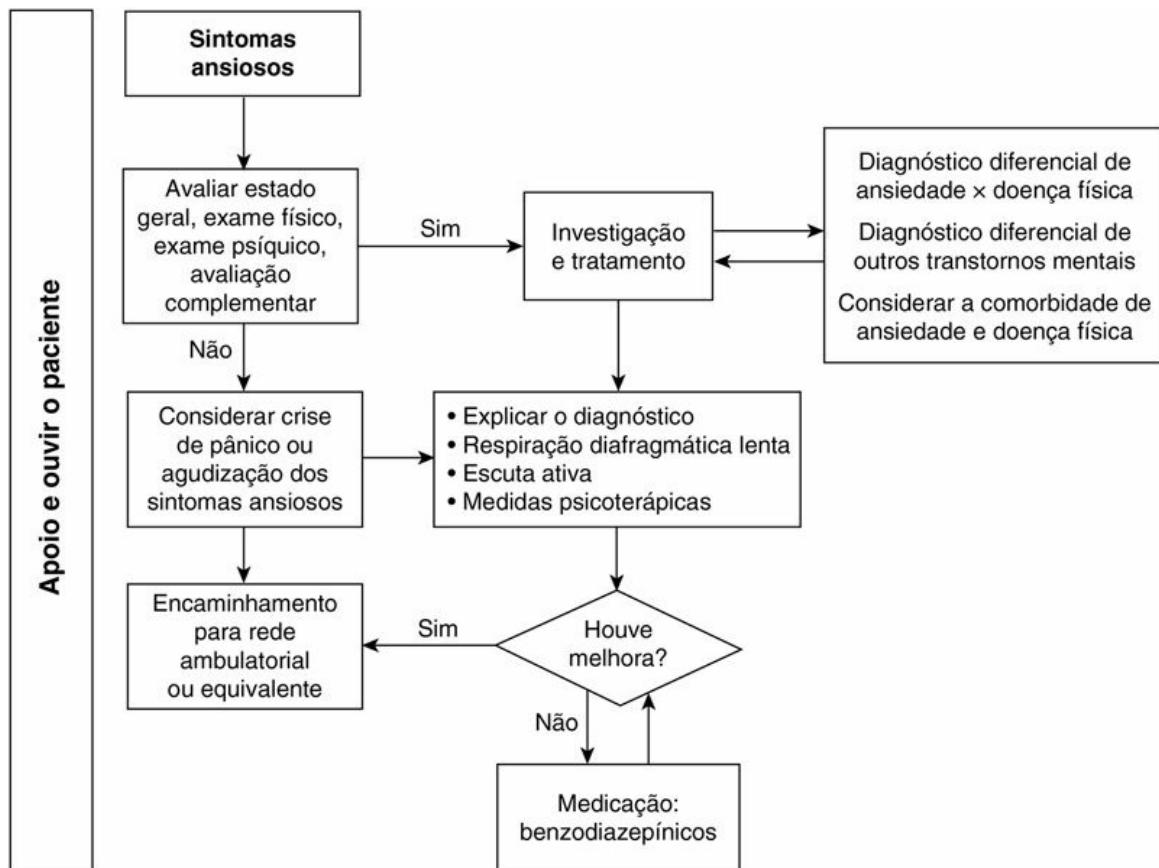
A maioria dos casos de episódios agudos de ansiedade abordados em uma emergência psiquiátrica precisam ser encaminhados para uma equipe de saúde mental para implementar ao menos uma abordagem psicoterápica e, se necessário, de acordo com os diagnósticos clínicos, uma proposta terapêutica psiquiátrica com medicamentos, principalmente antidepressivos com ação preferencial em serotonina, ou medicamentos gabaérgicos como os benzodiazepínicos, ácido valproico/divalproato de sódio, gabapentina ou pregabalina (TENG & DEMETRIO, 2006; CORDIOLI et al., 2015; KOEN & STEIN, 2011).

Em relação ao tratamento de manutenção, há os antidepressivos de vários perfis de ação. Cada paciente deve ser avaliado com critério para estabelecer as comorbidades psiquiátricas, a fim de eleger o antidepressivo que melhor trate apropriadamente os transtornos. Os antidepressivos apresentam alguns efeitos colaterais, principalmente cardiovasculares; demoram em média 15 dias para início de sua ação. A psicoterapia cognitivo-comportamental deve ser recomendada a todos os pacientes com transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico com evitação fóbica. Alguns pacientes recorrem com frequência aos serviços de emergência, mesmo em tratamento de manutenção. Nesse caso, deve-se avaliar a terapia farmacológica de manutenção que o paciente está utilizando apenas para excluir efeitos colaterais emergências das medicações (KOEN & STEIN, 2011).

## Questões para estudo

- O que é ansiedade?
- Quais condições clínicas podem apresentar sintomas ansiosos?

- Quais os sinais ou sintomas que sugerem a presença de um transtorno ansioso?
- Quais os passos fundamentais para a abordagem da ansiedade na emergência?



**FLUXOGRAMA 15.1**

## Referências

- Andrade LH, Baptista MC, Alonso J, Petrukhova M, Bruffaerts R, Kessler RC, et al. Days out-of-role due to common physical and mental health problems: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Clinics (São Paulo, Brazil)*. 2013;68(11):1392–1399.
- Ansseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, van den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*. 2004;78(1):49–55.
- APA – American Psychiatry Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC.
- APA – American Psychiatry Association. (2014) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. 5th ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Botega, N.J. (2012) Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Pharmacy and Therapeutics*. 2013;38(1):30–57.
- Cordioli, A.V. et al. (2015) Psicofármacos: consulta rápida. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, et al. The economic burden os anxiety Disorders in the 1990s. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60(7):427–435.
- Koen N, Stein DJ. Pharmacotherapy of anxiety disorders: a critical review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011;13(4):423–437.
- Manning RP, Dickson JM, Palmier-Claus J, Cunliffe A, Taylor PJ. A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of Affective Disorders*. 2017;211:44–59.
- Metzler DH, Mahoney D, Freedy JR. Anxiety disorders in primary care. *Primary Care*. 2016;43(2):245–261.
- Meuret AE, Kroll J, Rritz T. Panic disorder comorbidity with medical conditions and treatment implications. *Annual Review of Clinical Psychologic*. 2017;13:209–240.
- Miguel, E.C., Gentil, V., Gattaz, W.F. (2011) Clínica psiquiátrica. Barueri: Manole.

- Royal College of Psychiatrists. (2017) Nice Mental Health Guideliness.  
Disponível em:  
<http://www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/publications/niceguidelines.aspx>
- Ruiz, P., Sadock, V.A., Sadock, B.J. (2016) Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 11<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Suozzo, A.C. (2007) Transtornos ansiosos. In: Cordeiro, C., Baldaçara, L. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca.
- Teng CT, Demetrio FN. *Psicofarmacologia aplicada: manejo prático dos transtornos mentais*. São Paulo: Atheneu; 2006.
- Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Daini S. Psychiatric emergencies (part I and II): psychiatric disorders causing organic symptoms. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2013;17(Suppl 1):55–85.

---

## CAPÍTULO 16

# **Trauma psíquico e transtorno do estresse pós-traumático: avaliação e manejo baseado em evidências**

---

*Gabriela de Moraes Costa*

*Lisieux Elaine de Borba Telles*

## **Pontos principais**

---

- Uma ampla gama de sintomas pode desenvolver-se em resposta a uma vivência traumática.
  - A exposição a eventos traumáticos tem sido associada a graves consequências em médio e longo prazo, incluindo riscos mais elevados de Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), depressão, uso de substâncias, doenças autoimunes e cardiovasculares.
  - Medidas para a abordagem do Transtorno do Estresse (TEA) e do TEPT incluem abordagens psicoterápicas e psicofarmacologia. A eficácia dessa última medida para o TEA ainda permanece incerta.
-

## O conceito de trauma psíquico e sua evolução ao longo da história

As primeiras descrições de trauma psíquico surgiram como expressão do adoecimento frente a situações de guerra ([DA COSTA, 1871](#); [MYERS, 1915](#)). Posteriormente, a partir da observação sistemática de vítimas de diferentes eventos traumáticos (sobreviventes de Hiroshima, veteranos do Vietnã, vítimas do incêndio na boate americana Coconut Grove) investigadores demonstraram que tanto civis quanto soldados apresentavam uma gama de sintomas semelhantes após incidentes graves, os quais incluíam permanente vigilância, ansiedade, fadiga e pesadelos ([LIFTON, 1967](#); [LIFTON & OLSON, 1976](#)).

O termo Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) passou a ser utilizado apenas em 1980, na 3<sup>a</sup> edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), fazendo parte dos transtornos de ansiedade ([APA, 1980](#)). No DSM-III a descrição de trauma capaz de gerar o TEPT contemplava eventos catastróficos, raros e extremos, como: guerras, torturas, vulcões, acidentes aéreos e terremotos, sem incluir os estressores comuns do dia a dia. Após diversas críticas, o DSM-III ([APA, 1987](#)) revisou o conceito de trauma, modificando-o para situações “fora da amplitude da experiência humana comum”. Ao passo que muitos traumas graves não são raros na vida contemporânea diária (p. ex., tiroteios, assaltos, sequestros), o DSM-IV ([APA, 1994](#)) redefiniu o conceito de trauma psíquico, dando maior ênfase à maneira como o indivíduo vivenciava o trauma e como a ele reagia, em detrimento do tipo de evento ao qual fora exposto.

Finalmente, a 5<sup>a</sup> e mais recente edição do DSM ([APA, 2013](#)) trouxe a classificação do TEPT e do Transtorno de Estresse Agudo (TEA) como entidades clínicas distintas dos transtornos de ansiedade, conferindo a esses diagnósticos um capítulo específico: “Transtornos relacionados com trauma e estressores”. O DSM-5 enfatiza que o sofrimento psicológico subsequente à exposição ao trauma é bastante variável e que muitos pacientes exibem um fenótipo no qual são proeminentes

sintomas dissociativos, anedonia, disforia, externalizações de raiva e agressividade, em vez de sintomas de medo e ansiedade. Adicionalmente, o DSM 5 reconhece que a exposição ao trauma pode dar-se de maneira direta ou indireta (incluindo a exposição ocupacional) e categoriza a sintomatologia do TEPT em quatro dimensões: sintomas intrusivos; evitativos; alterações negativas em cognições e humor e alterações marcantes na excitação e reatividade ([APA, 2013](#)).

O TEPT possui peculiaridades diagnósticas, tais como a identificação de um evento claramente associado à sua gênese e a impossibilidade de ser diagnosticado antes do 30º dia pós-evento, conforme observado no [Quadro 16.1](#).

---

## Quadro 16.1

---

### Critérios diagnósticos de TEPT em adultos\* ([APA, 2013](#))

---

- A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
  - 1. Vivenciar diretamente exposto ao evento.
  - 2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido com outras pessoas.
  - 3. Saber que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
  - 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos, policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).
- B. A presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando após a sua ocorrência:
  - 1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.

*Obs.:* Em crianças acima dos 6 anos, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.

- 2. Sonhos angustiantes recorrentes, nos quais o conteúdo e/ou

sentimento do sonho estão relacionados com o evento.

3. Reações dissociativas (p. ex., flashbacks) nas quais o indivíduo age como se o evento estivesse ocorrendo novamente (essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor).

*Obs.:* Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de/ou associados de perto ao evento traumático.
2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de/ou associados de perto ao evento traumático.

D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático, começando ou piorando depois da ocorrência de tal eventos, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma (geralmente devido a amnésia dissociativa e não a outros fatores como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “sou mau”; “não se deve confiar em ninguém”; “o mundo é perigoso”; “todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).
3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou aos outros.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva,

- culpa ou vergonha).
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
  6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
  7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).
- E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação), geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
  2. Comportamento imprudente e ou autodestrutivo.
  3. Hipervigilância.
  4. Resposta de sobressalto exagerada.
  5. Problemas de concentração.
  6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).
- F. A perturbação (critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.
- G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

### Determinar o subtipo

Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de TEPT e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. Despersonalização: Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho, sensação de irrealdade de si mesmo ou do corpo como se estivesse em câmera lenta).
2. Desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irrealdade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido). Para esse subtipo os sintomas não podem ser atribuídos aos efeitos psicofisiológicos de

uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

*Especificar se:* com expressão tardia: se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

---

\* Não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada com o trabalho.

## Epidemiologia

Eventos traumáticos são condições mundialmente prevalentes ([BENJET et al., 2016](#)). Estudos epidemiológicos demonstraram taxas de exposição a pelo menos um trauma grave ao longo da vida em 28% a 90% dos indivíduos de países desenvolvidos. Os fatos mais comumente encontrados foram: morte inesperada de um ente querido, acidentes automobilísticos e assaltos. Outrossim, a relação entre nível educacional e exposição a trauma variou de acordo com o tipo de evento. No mesmo país a frequência de exposição a agressões/violência interpessoal e a acidentes automobilísticos foi mais elevada, respectivamente, nos indivíduos com menor e maior índices de escolaridade. Enquanto isso, o casamento conferiu um importante fator de proteção à maioria dos traumas ([BENJET et al., 2016](#)).

Ressalta-se que a revitimização não é incomum, havendo muitas pessoas com histórico de múltiplas ou frequentes exposições ([BENJET et al., 2016](#)).

A prevalência do TEA e do TEPT é afetada por diversos fatores ([NORTH et al., 2012](#); [SANTIAGO et al., 2013](#)), como: natureza do trauma sofrido (p. ex., provocado pelo homem ou desastre natural; experimentado individual ou coletivamente; vivenciado de forma direta ou indireta); sua duração; presença de comorbidades; traumas prévios; concomitância de ganhos secundários (p. ex., compensação financeira em casos de litígio). Estudos com amostras de vítimas norte-americanas revelaram uma incidência de TEPT de 7,5% após os ataques terroristas de 11 de setembro ([GALEA et al., 2002](#)) e de 16,3% após a passagem do furacão Katrina por New Orleans ([GALEA et al., 2007](#)). Situações que acarretam em perdas de recursos sociais e materiais (p. ex., refugiados) costumam demonstrar prevalências mais elevadas, assim como testemunho de atrocidades (OR 4.2; 95% CI, 1.0-17.8) e violência sexual (OR 2.7; 95% CI, 2.0-3.8) ([LIU et al., 2017](#)). Com relação a essa última, acreditava-se que as prevalências de TEPT fossem maiores no sexo feminino (OR 1,98; 95% CI 1,76-2,22) ([TOLIN & FOA, 2006](#)) devido à maior frequência vista nesse segmento

populacional de estupros e abusos infantis (os traumas mais elicitadores de TEPT) (YEHUDA et al., 2015). Em contraste, uma metanálise (TOLIN & FOA, 2006) conduzida para verificar a associação entre sexo e vulnerabilidade ao TEPT demonstrou que o sexo feminino é fator de risco para o desenvolvimento de TEPT, independentemente da natureza do trauma.

A prevalência de TEPT ao longo da vida, na população mundial, foi estimada em 3,9% em uma recente pesquisa (3,2% no Brasil; 0,3% na China; 1,7% na Alemanha; 1,8% na Colômbia; 2,3% na África do Sul; 3,9% na França; 6,9% nos Estados Unidos) (KOENEN et al., 2017). Esse mesmo estudo também demonstrou as prevalências de TEPT em 12 meses (incluindo casos novos/incidentes e persistentes): 2,8% no mundo (2,1% no Brasil; 0,4% na China; 1,7% na Alemanha; 0,7% na Colômbia; 1% na África do Sul; 3,2% na França; 4,3% nos Estados Unidos). Com relação ao curso clínico, os sintomas de TEPT costumam manifestar-se dentro dos primeiros 3 meses após o trauma e cerca da metade dos indivíduos sofre recuperação completa nesse período. Assim, a revelação desse grande estudo epidemiológico de que metade dos casos era de TEPT persistente corrobora a cronicidade típica do transtorno (KOENEN et al., 2017).

Depreende-se do exposto que, a despeito da elevada exposição populacional aos mais diversos e graves traumas, a minoria dos indivíduos expostos desenvolverá o transtorno. De fato, reações individuais a eventos traumáticos seguem diferentes trajetórias (QI et al., 2016).

## Manifestações clínicas

Uma ampla gama de sintomas pode desenvolver-se em resposta a uma vivência traumática, por exemplo: reações físicas (tremores, fadiga, ranger de dentes, tontura, náusea, dor, sudorese, elevação da pressão arterial, desmaio, dispneia); cognitivas (confusão mental, redução na concentração, dificuldade de raciocínio lógico, diminuição da capacidade de abstração, déficit atencional); emocionais (negação, depressão, espanto, medo, culpa, irritabilidade, tristeza, perda do controle emocional, angústia, apreensão) e/ou comportamentais (redução ou aumento da atividade motora, modificações no apetite, alterações na marcha, no funcionamento sexual, impulsividade, sobressalto, agressividade, isolamento social, apatia, desinibição, abuso de substâncias) ([VA/DoD, 2013](#)). Descrita como uma profunda inibição motora, a imobilidade tônica é uma resposta evocada em muitas espécies frente a ameaças potenciais tidas como iminentes e inescapáveis. Reações semelhantes também são vistas em humanos, como nos casos de vítimas de crimes sexuais (“*rape paralysis*”), podendo ser evocadas durante as revivências traumáticas (HEIDT, MARX et al., 2005; VOLCHAN, SOUZA et al., 2011).

Esses sintomas não serão obrigatoriamente considerados patológicos, tampouco necessariamente produzirão consequências em longo prazo ([APA, 2013](#); [VA/DoD, 2013](#)). Assim, a intensidade e a duração dessas respostas irá diferenciá-las entre reações agudas não patológicas e uma doença mental ([APA, 2013](#)). Com efeito, a sua presença nas primeiras 48 horas pós-trauma é tida como não patológica, ao passo que a sua manutenção após esse período pode configurar-se como um quadro de TEA (do 3º ao 30º dia após o trauma) ou de TEPT (do 30º dia após o trauma em diante) ([APA, 2013](#); [CARMI et al., 2016](#)). Ou seja, o TEPT pode ser considerado a manutenção de uma sintomatologia que, agudamente, poderia ser adaptativa, mas deveria ter-se esbatido ([CARMI et al., 2016](#); [ZOHAR et al., 2011](#)).

Embora o TEPT não possa prescindir do trauma, este último, por si só, não é suficiente ao desenvolvimento do transtorno, ensejando

questões desafiadoras acerca dos mecanismos implicados na gênese dessa grave doença. Nesse diapasão, o TEPT é um transtorno psiquiátrico passível de prevenção, conquanto muitos pacientes sejam atendidos por profissionais da saúde nas primeiras horas ou dias após um trauma. A literatura tem demonstrado que a implementação de ações baseadas em evidência após a identificação precoce de indivíduos sob risco de desenvolverem TEA e TEPT pode auxiliar na sua prevenção e na redução de graves consequências associadas (incluindo suicídio e prejuízo sociofuncional) ([QI et al., 2016](#); [CARMI et al., 2016](#); [KEARNS et al., 2012](#); [SHALEV et al., 2016](#); [BIRUR, MOORE & DAVIS, 2017](#); [BIRUR, MATH & FARGASON, 2017](#)).

## Fisiopatologia

O termo estresse surgiu para designar as forças envolvidas em uma situação de ameaça à homeostase. O organismo reage ativando um complexo repertório de respostas comportamentais e fisiológicas, conhecidas como “reações de fuga ou luta” ([PITMAN et al., 2012](#)).

O neurocircuito implicado no TEPT envolve complexas interações entre tálamo, amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, atuando na percepção, avaliação, memorização e resposta a estímulos potencialmente ameaçadores. No caso do TEPT, os sintomas de revivência traumática refletem mecanismos mal adaptativos de consolidação, evocação e extinção da memória. Múltiplos neuromoduladores (tais como epinefrina, glicocorticoides, opioides, GABA e endocanabinoides) apresentam efeitos sobre a extinção e a consolidação da memória de eventos ameaçadores, inclusive orquestrando a ativação ou inibição noradrenérgica amigdaliana ([MORGAN et al., 2003; McGAUGH, 2000](#)). Além disso, a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal presente no TEPT reduz os níveis de cortisol peri-traumáticos, deixando, com isso, de conter a ativação simpática e levando a uma hiperconsolidação da memória do trauma ([MORRIS et al., 2016; OSTROWSKI & DELAHANTY, 2014](#)).

## Avaliação e manejo baseado em evidências

A abordagem do paciente vítima de trauma psíquico exige uma avaliação individualizada e rigorosa, com ênfase na observação dos seguintes fatores:

- Grau de apoio sociofamiliar
- Risco de auto e heteroagressividade
- Agudização de patologias psiquiátricas prévias
- Lesões físicas decorrentes do trauma
- Comorbidades clínicas

A instalação aguda de déficit atencional global com flutuação ao longo do dia, especialmente se acompanhado de rebaixamento do nível de consciência, exige uma investigação clínica minuciosa do paciente vítima de um evento traumático, a fim de identificar os fatores etiológicos clínicos associados (p. ex., se durante o evento o paciente sofreu um traumatismo crânioencefálico – TCE). É interessante que, embora alguns autores advoguem que a perda de consciência acarretada por um TCE possa conferir fator protetivo em função da amnésia ([GIL et al, 2005](#)), diversos estudos observaram um aumento no risco de desenvolvimento do TEPT em vítimas de eventos traumáticos que tiveram TCE concomitante ([YURGIL et al., 2014](#); [BRYANT et al., 2010](#); [SCHNEIDERMAN et al., 2008](#)).

A posterior gravidade do TEA e do TEPT pode aumentar em função da presença de comorbidades psiquiátricas, tais como uso de substâncias, transtornos depressivos, ansiosos (p. ex., transtorno do pânico), transtorno bipolar (gerando importantes implicações no manejo farmacológico do TEPT) e de descontrole dos impulsos ([YEHUDA et al., 2015](#)).

## **Abordagens psicológicas e psicoterápicas após a exposição ao trauma, visando a prevenção do TEA e do TEPT**

As intervenções psicoterápicas não são recomendadas para vítimas de trauma assintomáticas. Ressalta-se que tanto a “patologização” quanto a “medicalização” de reações agudas a traumas graves devem ser evitadas (VA/DoD, 2013; ROSE et al., 2002; ROBERTS et al., 2016). Destarte, até o momento não há evidências científicas suficientes que apoiem a implementação como rotina de qualquer tipo de intervenção psicológica a todas as vítimas de trauma (QI et al., 2016; GARTLEHNER et al., 2013).

As intervenções não diretivas que incluíram psicoeducação, *debriefing* psicológico, aconselhamento individual ou em grupo, bem como a terapia cognitivo comportamental não tiveram a sua eficácia comprovada em metanálises (BASTOS et al., 2015). Destaca-se que a metanálise de ensaios clínicos randomizados a qual investigou a aplicação de duas ou mais sessões de psicoterapia na prevenção do TEPT (iniciada nos primeiros três meses pós-trauma) revelou uma tendência de aumento dos sintomas da doença. Os autores sugeriram que as intervenções de múltiplas sessões, assim como a de sessão única, não sejam utilizadas nos indivíduos expostos a eventos traumáticos (ROBERTS et al., 2009). Com relação às técnicas de *debriefing* psicológico, não houve evidência de redução de TEPT, morbidade, depressão ou ansiedade pós-trauma nos que receberam a intervenção (ROSE et al., 2002). Além disso, um ensaio clínico randomizado revelou aumento significativo no risco de TEPT após um ano nos pacientes que receberam o *debriefing* (OR 2.88; 95% CI 1.11 -7.53). Assim, foi recomendado que o *debriefing* compulsório em civis e militares vítimas de traumas seja descontinuado (ROSE et al., 2002; BISSON et al., 1997).

Outra metanálise com estudos em crianças e adolescentes (GILLIES et al., 2016) reportou menor incidência e gravidade de TEPT nessa faixa etária para os tratados com psicoterapia nos primeiros 30 dias

pós-trauma ( $n = 6.201$ ). Todavia, não houve evidência de eficácia das técnicas psicoterápicas aplicadas além do 30º dia; a maioria dos estudos foi considerada de baixa qualidade e não foram realizadas comparações entre psicoterapias e tratamentos farmacológicos. Consequentemente, os autores enfatizaram a necessidade de novos estudos.

Metanálises que pesquisaram os efeitos de intervenções cognitivo-comportamentais do tipo focadas no trauma e breves (TFCBT) concluíram que essa modalidade psicoterápica poderia reduzir a gravidade dos sintomas observados em vítimas de eventos traumáticos (ROBERTS et al., 2010; KLIEM & KROGER, 2013). Essa recomendação foi mantida em muitas diretrizes (VA/DoD, 2013; WHO, 2013; BALDWIN et al., 2014; KATZMAN et al., 2014).

Determinadas diretrizes (VA/DoD, 2013; WHO, 2013) também apoiam os primeiros socorros psicológicos na abordagem das vítimas (p. ex., após eventos em larga escala, como ataques terroristas e desastres naturais), por meio de práticas suportivas e pragmáticas, evitando-se o uso de intervenções estruturadas, a menos que haja indicação clínica formal para o seu uso (BISSON et al., 2015).

Enquanto isso, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) não fazem recomendações específicas sobre a aplicação das técnicas de solução de problemas, relaxamento, psicoeducação, ou dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) em portadores de TEA. A OMS enfatiza que a qualidade das atuais evidências é ainda muito baixa, sendo necessários novos estudos.

Finalmente, técnicas de relaxamento e higiene do sono são recomendadas para insônia no TEA (WHO, 2013).

## **Abordagens farmacológicas após a exposição ao trauma, visando a prevenção do TEA e do TEPT**

Já foi demonstrado que as memórias, uma vez adquiridas, passam por um processo tempo-dependente, por meio do qual são convertidas de memórias lábeis a permanentes (McGAUGH, 2000). Em função disso, foi proposto que intervenções farmacológicas aplicadas imediatamente após o trauma teriam o condão de interromper a consolidação das memórias de medo, resultando em menor risco de desenvolver o TEPT (CARMI et al., 2016; KEARNS et al., 2012). Assim, cria-se uma verdadeira janela de oportunidade para intervenção precoce pós-trauma, visando a prevenção secundária dessa grave patologia. Contudo, os mecanismos pelos quais agentes farmacológicos poderiam atuar prevenindo o desenvolvimento do transtorno ainda encontram-se sob debate (OSTROWSKI & DELAHANTY, 2014).

As diretrizes da OMS não recomendam o uso de antidepressivos ou benzodiazepínicos para redução dos sintomas de TEA. As diretrizes canadenses (KATZMAN et al., 2014) advogam que a gabapentina e a pregabalina não demonstraram benefícios e os benzodiazepínicos poderiam acarretar em riscos, ao passo que antidepressivos, propranolol e morfina trouxeram benefícios a determinados pacientes. As diretrizes britânicas (BALDWIN et al., 2014) sugerem que o tratamento preventivo com propranolol e/ou sertralina seja considerado.

Em metanálise visando a investigação da eficácia de fármacos na prevenção do TEPT os seguintes resultados foram achados: evidências moderadas de eficácia preventiva com o uso da hidrocortisona e ausência de evidências que apoiem o uso de propranolol, escitalopram, temazepam ou gabapentina. Tal benefício foi replicado em uma metanálise mais recente (SIJBRANDIJ et al., 2015). Mediante a revisão sistemática de ensaios clínicos e estudos observacionais sobre a eficácia de tratamentos farmacológicos pós-trauma na prevenção do TEA e do TEPT foram relatados benefícios significativos apenas com a administração precoce da hidrocortisona (as doses variaram desde

20 mg por via oral, duas vezes ao dia, ao longo de 10 dias, até uma dose intravenosa de 100-140 mg nas primeiras seis horas pós-evento) ([SIJBRANDIJ et al., 2015](#)).

Até o momento, a hidrocortisona permanece como o único tratamento com eficácia significativa na prevenção do TEPT, embora não haja uma recomendação formal para sua administração clínica, sendo recomendados mais estudos (uso atual somente *off label* ou em nível de pesquisa) ([BIRUR, MOORE & DAVIS, 2017](#); [BIRUR, MATH & FARGASON, 2017](#)).

A questão de uso de benzodiazepínicos pós-exposição traumática e sua relação com o posterior desenvolvimento de TEPT tem sido alvo de extensos debates, em função da escassez de estudos de boa qualidade sobre o tema ([STARCEVIC, 2017](#)). Embora uma relação causa-efeito não tenha sido comprovada, não há evidências clínicas suficientes para corroborar a sua segurança e o uso sistemático em vítimas de traumas ([CAPEHART, 2012](#); [STEEHENEN et al., 2013](#)). A despeito de diretrizes expressando cautela na utilização dos benzodiazepínicos para manejo do trauma e do TEPT ([VA/DoD, 2013](#); [BALDWIN et al., 2014](#)), esta persiste sendo uma classe medicamentosa comumente prescrita a esses pacientes. Outrossim, a prescrição de benzodiazepínicos está associada ao aumento de desfechos clínicos adversos, incluindo dependência, acidentes e piora cognitiva ([CAPEHART, 2012](#); [HAWKINS et al., 2013](#); [LUND et al., 2013](#); [VAN MINNEN, 2002](#)). Por fim, uma metanálise reportou que os riscos associados ao uso dos benzodiazepínicos no trauma superam quaisquer possíveis benefícios, sugerindo a sua não utilização tanto no TEA, quanto no TEPT ([GUINA et al., 2015](#)).

## **Abordagens psicoterápicas em pacientes com TEPT**

As principais e mais recentes diretrizes recomendam o uso de intervenções psicológicas focadas no trauma para pacientes com TEPT ([VA/DoD, 2013](#); [BALDWIN et al., 2014](#); [KATZMAN et al., 2014](#); [FOA et al., 2009](#)). Uma metanálise não encontrou superioridade do tratamento combinado (psicoterapia mais farmacoterapia adjuvante) *versus* psicoterapia ou farmacoterapia somente ([HETRICK et al., 2010](#)). Ao passo que em outra metanálise o tratamento farmacológico foi superior às intervenções psicoterápicas não focadas no trauma ([LEE et al., 2016](#)).

As psicoterapias com maior eficácia no TEPT crônico (segundo metanálise) foram: a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TFCBT) e a dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR), seguidas das terapias cognitivo comportamentais não focadas no trauma ([BISSON et al., 2013](#)). Todavia, duas novas metanálises mostraram eficácia limitada das psicoterapias focadas no trauma em pacientes com TEPT e comorbidades psiquiátricas graves (p. ex., transtornos psicóticos ou por uso de substâncias) ([SIN et al., 2017](#); [ROBERTS et al., 2015](#)).

## **Abordagens farmacológicas em pacientes com TEPT**

Há divergências quanto aos tratamentos de primeira linha dentre as principais diretrizes de manejo farmacológico do TEPT:

- As diretrizes canadenses ([KATZMAN et al., 2014](#)) sugerem o uso de antidepressivos inibidores seletivos de receptação da serotonina (SSRIs) e inibidores seletivos de receptação da serotonina e noradrenalina (SNRIs) no manejo do TEPT e indicam paroxetina, venlafaxina XR, sertralina e fluoxetina como tratamentos de primeira linha. Todavia, ressaltam os resultados mistos de estudos de eficácia da fluoxetina e da sertralina. O antidepressivo tetracíclico mirtazapina foi sugerido como tratamento de segunda linha, assim como o SSRI fluvoxamina. Os tratamentos de terceira linha são: amitriptilina, aripiprazole, bupropiona SR, buspirona, carbamazepina, desipramina, duloxetina, escitalopram, imipramina, lamotrigina, memantina, quetiapina, reboxetina, risperidona, topiramato e trazodona.
  - Os seguintes tratamentos não foram recomendados no TEPT (nem como tratamento adjuvante): alprazolam, clonazepam, citalopram, desipramina, divalproex, olanzapina e tiagabina.
- As diretrizes britânicas ([BALDWIN et al., 2014](#)) sugerem o uso de antidepressivos inibidores seletivos de receptação da serotonina (SSRIs) no manejo inicial do TEPT e indicam paroxetina, sertralina e venlafaxina como tratamentos de primeira linha. Ainda enfatizam a necessidade de monitoramento contínuo da eficácia e tolerabilidade dos tratamentos utilizados, com manutenção da farmacoterapia por ao menos um ano quando houver resposta terapêutica.
  - As diretrizes da Organização Mundial da Saúde ([WHO, 2013](#)) indicam o uso de SSRIs em adultos com TEPT (mas não no tratamento de crianças) e sugerem

que tanto SNRIs quanto antidepressivos tricíclicos (TCAs) não sejam usados como tratamentos de primeira linha no TEPT (exceto nos casos em que não houve melhora com a terapia adjuvante ou haja transtorno depressivo maior comórbido).

Estudos demonstraram benefícios com o uso dos SSRIs sertralina e paroxetina, todavia com tamanhos de efeito pequenos a moderados ([JONAS et al., 2013](#)). Demais estudos sugerem que outros SSRIs como o escitalopram (cujo uso no TEPT é *off-label*) poderiam trazer benefícios a determinados subgrupos de pacientes ([QI et al., 2017](#)).

A metanálise conduzida por [Hoskins et al. \(2015\)](#) trouxe evidências de melhora terapêutica do TEPT com o uso de fluoxetina, paroxetina, sertralina e venlafaxina (*versus* placebo). A metanálise de [Lee et al. \(2016\)](#) resultou em superioridade da eficácia de sertralina, venlafaxina e nefazodona sobre os demais fármacos (todavia com maior probabilidade de vieses metodológicos). A melhora terapêutica verificada com os SSRIs paroxetina e fluoxetina foi pequena. A eficácia de bupropiona, citalopram, divalproex, mirtazapina, tiagabina e topiramato foi semelhante ao placebo. A utilização dos seguintes fármacos no tratamento adjuvante (associado a um antidepressivo) não melhorou a eficácia do tratamento: aripiprazol, divalproex, guanfacina e olanzapina ([LEE et al., 2016](#)).

Finalmente, observa-se que não há consenso na literatura com relação aos tratamentos de primeira linha no TEPT. Adicionalmente, não há clareza quanto ao tratamento de maior eficácia no transtorno, já que poucos fármacos foram comparados diretamente entre si e as técnicas de metanálise implementadas até então utilizam avaliações pareadas tradicionais. Metanálises de dados comparados no TEPT, com análises em rede (*network meta-analysis*) já se encontram em andamento ([COSTA et al., 2017](#)) e poderão fornecer dados clinicamente úteis, norteando futuras decisões terapêuticas, considerando eficácia e tolerabilidade (incluindo tratamentos sequenciais para não respondedores aos tratamentos de primeira linha).

## Considerações finais

A exposição a eventos traumáticos tem sido associada a graves consequências em médio e longo prazo, incluindo riscos mais elevados de TEPT, depressão, uso de substâncias, doenças autoimunes e cardiovasculares. O TEPT apresenta um elevado ônus à sociedade, com aumento das taxas de mortalidade prematura (inclusive por suicídio) e incapacidade (YEHUDA et al., 2015). Apesar de sua importância, a escolha do tratamento farmacológico ideal para o manejo pós-trauma visando a prevenção secundária e terciária é um desafio, abrangendo o período mais favorável para a administração do fármaco, o risco potencial de abuso e a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas (QI et al., 2016; BIRUR, MOORE & DAVIS, 2017).

### Questões para estudo

- O que é Transtorno do Estresse Agudo (TEA) e qual sua importância?
- Quais são os critérios diagnósticos para o Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT)?
- Como deve ser feita a abordagem do TEA e do TEPT?

## Referências

- APA – American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washington, DC.
- APA – American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. revised. Washington, DC.
- APA – American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC.
- APA – American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC.
- Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403–439.
- Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(4): CD007194.
- Benjet C, Bromet E, Karam EG, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. 2016;46(2):327–343.
- Birur B, Math SB, Fargason RE. A review of psychopharmacological interventions post-disaster to prevent psychiatric sequelae. *Psychopharmacology Bulletin*. 2017;47(1):8–26.
- Birur B, Moore NC, Davis LL. An evidence-based review of early intervention and prevention of posttraumatic stress disorder. *Community Mental Health Journal*. 2017;53(2):183–201.
- Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015;351:h6161.
- Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*. 1997;171:78–81.
- Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(12): CD003388.
- Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D.

- The psychiatric sequelae of traumatic injury. *The American Journal of Psychiatry*. 2010;167(3):312–320.
- Capehart BP. Benzodiazepines, posttraumatic stress disorder, and veterans: good news and why we're not done yet. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2012;73(3):307–309.
- Carmi L, Fostick L, Burshtein S, Cwikel-Hamzany S, Zohar J. PTSD treatment in light of DSM-5 and the “golden hours” concept. *CNS spectrums*. 2016;21(4):279–282.
- Costa, G.M.Z., Barros, A.J.S., Ziegelmann, P.K., Mello, C.F. (2017) Comparative effectiveness of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review and network meta-analysis. Disponível em:  
[http://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.asp.src=trip&ID=CRD4](http://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.asp.src=trip&ID=CRD4)
- da Costa JM. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci*. 1871;61:17–52.
- Foa EB, et al. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford; 2009.
- Galea S, Ahern J, Resnick H, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*. 2002;346(13):982–987.
- Galea S, Brewin CR, Gruber M, et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(12):1427–1434.
- Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, et al. Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma. *Am J Prev Med*. 2013;44(6):635–650.
- Gil SCY, Ben-Ari IZ, Koren D, Klein E. Does memory of a traumatic event increase the risk for posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):963–969.
- Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;10:CD012371.
- Guina J, Rossetter SR, DeRhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Practice*. 2015;21(4):281–303.
- Hawkins EJ, Malte CA, Grossbard J, Saxon AJ, Imel ZE, Kivlahan DR. Comparative safety of benzodiazepines and opioids among veterans affairs patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Addiction Medicine*.

- 2013;7(5):354–362.
- Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;(7): CD007316.
- Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, Journal of Mental Science*. 2015;206(2):93–100.
- Jonas, D.E., Cusack, K., Forneris, C.A. et al. (2013) Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Rockville, MD.
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;(14 Suppl 1):S1.
- Kearns MC, Ressler KJ, Zatzick D, Rothbaum BO. Early interventions for PTSD: a review. *Depression and Anxiety*. 2012;29(10):833–842.
- Kliem S, Kroger C. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(11):753–761.
- Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2017;1–15.
- Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmussen AM, Hoge CW. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*. 2016;33(9):792–806.
- Lifton R. Psychological effects of the atomic bomb in Hiroshima: The theme of death. *Acad Arts Sci*. 1967;93(3).
- Lifton RJ, Olson E. The human meaning of total disaster. The Buffalo Creek experience. *Psychiatry*. 1976;39(1):1–18.
- Liu H, Petukhova MV, Sampson NA, et al. Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(3):270–281.
- Lund BC, Abrams TE, Bernardy NC, Alexander B, Friedman MJ. Benzodiazepine prescribing variation and clinical uncertainty in treating posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2013;64(1):21–27.
- McGaugh JL. Memory – a century of consolidation. *Science*. 2000;287(5451):248–251.
- Morgan CA, Krystal JH, Southwick SM. Toward early pharmacological

- posttraumatic stress intervention. *Biological Psychiatry*. 2003;53(9):834–843.
- Morris MC, Hellman N, Abelson JL, Rao U. Cortisol, heart rate, and blood pressure as early markers of PTSD risk: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016;49:79–91.
- Myers CS. Contribution to the Study of Shell Shock. *The Lancet*. 1915;185(4772):316–330.
- North CS, Oliver J, Pandya A. Examining a comprehensive model of disaster-related posttraumatic stress disorder in systematically studied survivors of 10 disasters. *American Journal of Public Health*. 2012;102(10):e40–48.
- Ostrowski SA, Delahanty DL. Prospects for the pharmacological prevention of post-traumatic stress in vulnerable individuals. *CNS Drugs*. 2014;28(3):195–203.
- Pitman RK, Rasmussen AM, Koenen KC, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*. 2012;13(11):769–787.
- Qi W, Gevonden M, Shalev A. Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18(2):20.
- Qi W, Gevonden M, Shalev A. Efficacy and tolerability of high-dose escitalopram in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2017;37(1):89–93.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;(3): CD006869.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;(3):CD007944.
- Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015;38:25–38.
- Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for posttraumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;4:CD010204.
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002;(2): CD000560.
- Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations:

- intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS one*. 2013;8(4):e59236.
- Schneiderman AI, Braver ER, Kang HK. Understanding sequelae of injury mechanisms and mild traumatic brain injury incurred during the conflicts in Iraq and Afghanistan: persistent postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Epidemiology*. 2008;167(12):1446–1452.
- Shalev AY, Ankri Y, Gilad M, et al. Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2016;77(5):e580–587.
- Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI, Barbui C, Cuijpers P. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(5):413–421.
- Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;1:CD011464.
- Starcevic V. No role for benzodiazepines in posttraumatic stress disorder? A surplus of certainty despite scarce evidence. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2017: doi:1039856216689535.
- Steenen SA, van Westrhenen R, Olff M. Toward rational use of benzodiazepines in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(8):852.
- Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*. 2006; (6):959–992.
- VA/DoD PMWG. (2013) VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Washington, DC: Department of Defense and the Veteran's Association.
- van Minnen A, Arntz A, Keijsers GP. Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(4):439–457.
- WHO – World Health Organization. (2013) Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press.
- Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015;1:15057.
- Yurgil KA, Barkauskas DA, Vasterling JJ, et al. Association between traumatic

brain injury and risk of posttraumatic stress disorder in active-duty Marines. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(2):149–157.

Zohar J, Juven-Wetzler A, Sonnino R, Cwikel-Hamzany S, Balaban E, Cohen H. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011;13(3):301–309.

---

## CAPÍTULO 17

# **Transtornos dissociativos, somatoformes e transtorno factício**

---

*Rodolfo Nunes Campos*

*Daniel Cruz Cordeiro*

## **Pontos principais**

---

- Os transtornos dissociativos podem ser caracterizados pela perturbação e/ou descontinuação da integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento; secundário a fatores estressores.
  - Os transtornos de sintomas somáticos (ou somatoformes) representam um grupo heterogêneo no qual os sintomas somáticos predominam e não há uma etiologia identificável que os justifique.
  - Em ambas as situações a avaliação física e exames complementares não comprovam a presença de fator orgânico como causa.
-

## Introdução

O termo dissociação foi descrito por Pierre Janet em 1889 ([BELLI, 2014](#)) e despersonalização foi primeiramente citado por Ludovic Dugas em 1898 como um “estado em que o ego sente que suas ações fogem do controle e tornam-se alheias” ([SHORTER, 2005](#)). Na 2<sup>a</sup> edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), de 1968, foi considerada um tipo de neurose e posteriormente, na 3<sup>a</sup> edição (1980) foi incluída no grupo dos transtornos dissociativos.

Os transtornos dissociativos são, de acordo com o DSM em sua 5<sup>a</sup> edição, “caracterizados pela perturbação e/ou descontinuação da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento” ([APA, 2013](#)). Estão incluídos neste capítulo: transtorno dissociativo de identidade, amnésia dissociativa, transtorno de despersonalização/desrealização, transtornos dissociativos com outra especificação e transtornos dissociativos não especificados. Clinicamente os sintomas dissociativos podem assumir uma série de apresentações resultantes da intrusão espontânea na consciência ou comportamento ou inabilidade de controlar as funções mentais levando a algum tipo de comprometimento sócio-ocupacional. Existem diferenças e sobreposições na classificação dos transtornos dissociativos na CID-10 e DSM-5 ([Quadro 17.1](#)) porém os sintomas clínicos são essencialmente os mesmos ([OMS, 1993; APA, 2013](#)).

---

### Quadro 17.1

#### Classificação dos transtornos dissociativos na CID-10 e DSM-5

---

CID-10	DSM-5
F44.0 – Amnésia dissociativa	Transtorno dissociativo de identidade
F44.1 – Fuga dissociativa	Amnésia dissociativa

F44.2 – Estupor dissociativo	Transtorno de despersonalização/desrealização
F44.3 – Transtornos de transe e possessão	Outro transtorno dissociativo especificado
F44.4 – Transtornos motores dissociativos	Transtorno dissociativo não especificado
F44.5 – Convulsões dissociativas	
F44.6 – Anestesia e perda sensorial dissociativas	
F44.7 – Transtornos dissociativos (ou conversivos mistos)	
F44.8 – Outros transtornos dissociativos	
F44.9 – Transtorno dissociativo (ou conversivo) não especificado	

Os transtornos de sintomas somáticos (ou somatoformes) representam um grupo heterogêneo no qual os sintomas somáticos predominam e não há uma etiologia identificável que os justifique ([SADOCK et al., 2000](#)). No DSM-5 são denominados transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados e incluem: transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno conversivo, fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno factício e os transtornos de sintomas somáticos especificados e os não especificados ([APA, 2013](#)).

Considerando a elevada prevalência, dificuldade diagnóstica em serviços de emergência e implicações terapêuticas, a abordagem aos transtornos dissociativos e somatoformes assume importância tanto para os serviços de psiquiatra quanto de clínica geral.

## Fatores associados

Transtornos dissociativos estão geralmente relacionados com traumas crônicos na infância, mas podem também ocorrer após eventos estressores pontuais e em todas as condições relacionadas com traumas (NIJENHUIS et al., 1998; SAR, 2011). Evidências sugerem que há uma associação entre sintomas dissociativos peritrauma e transtorno de estresse pós-traumático (VAN DER HART et al., 2008).

A prevalência dos transtornos dissociativos é variável de acordo com estudos realizados em diferentes países, ocorrendo de 4,3% a 21% das populações estudadas (GAST et al., 2001; LIPSANEN et al., 2004). Em um serviço de emergência psiquiátrica a prevalência de transtornos dissociativos foi de 19,5% (CHIU et al., 2017). Avaliando-se crianças que vivenciaram algum tipo de trauma interpessoal foi constatado que 24,3% delas apresentaram sintomas dissociativos (HAGAN et al., 2015).

Uma recente metanálise encontrou a prevalência de transtornos de sintomas somáticos entre 0,8% e 4,7% da população (HALLER et al., 2015). Em um grupo de pacientes com sintomas físicos sem explicação médica, 45,5% apresentaram diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos e a isso associou-se maior gravidade dos sintomas e pior funcionamento físico (VAN DESSEL et al., 2016). Sintomas de somatização são fatores de risco para surgimento de depressão e ansiedade (DIJKSTRA-KERSTEN et al., 2015).

## Critérios diagnósticos

As características fundamentais dos principais transtornos desse grupo são destacadas a seguir, de acordo com os critérios do DSM-5 ([APA, 2013](#)).

**Transtorno dissociativo de identidade:** Presença de dois ou mais estados distintos de personalidade ou uma experiência de possessão e episódios recorrentes de amnésia.

**Amnésia dissociativa:** Incapacidade de recordar informações autobiográficas, podendo ser localizada, seletiva ou generalizada. Pode envolver viagens ou perambulações.

**Transtorno de despersonalização/desrealização:** Experiências de irrealidade/distanciamento de si mesmo ou do ambiente de forma recorrente e persistente.

**Transtorno de sintomas somáticos:** Sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais, na ausência de uma explicação médica.

**Transtorno de ansiedade de doença:** Preocupação em ter ou contrair uma doença grave não diagnosticada, com sintomas somáticos ausentes ou mínimos, sem identificação da patologia mediante investigação apropriada (hipocondria).

**Transtorno conversivo:** Sintomas motores e/ou sensoriais apresentando-se de forma variada, não compatíveis com doença neurológica demonstrada ou outro transtorno mental. Também chamado transtorno de sintomas neurológicos funcionais.

**Transtorno factício:** Falsificação de sinais ou sintomas físicos e/ou psicológicos em si mesmo ou terceiros. É necessário demonstrar a fraude e que essa simulação não visa recompensas externas óbvias (sem ganho primário). Considera-se que o ganho é secundário, ou seja, estar no papel de doente. O comportamento é geralmente persistente e ocultado, podendo representar um ato criminoso. Devido à sua inerente natureza de difícil identificação, considera-se um diagnóstico raro assim como as opções de tratamento ([BASS & HALLIGAN, 2014](#)).

Em uma extensa revisão encontrou-se maior prevalência em

mulheres, associação com depressão atual ou prévia e as queixas mais frequentes foram endocrinológicas, cardiológicas e dermatológicas ([YATES & FELDMAN, 2016](#)).

## **Manejo**

O tratamento dos transtornos dissociativos e relacionados com sintomas somáticos envolve essencialmente abordagens psicológicas, uma vez que não há um mecanismo fisiopatológico determinante (SAR, 2014). Diferentes métodos psicoterapêuticos podem ser utilizados, e seus resultados manifestam-se geralmente em médio e longo prazo. Os estudos recentes avaliando os tratamentos disponíveis apresentam limitações metodológicas, como tamanho da amostra e ausência de randomização, mas sugerem que abordagens psicológicas promovem diminuição dos sintomas e comportamento suicida (BRAND et al., 2009).

A explicação cuidadosa sobre o diagnóstico através de uma comunicação clara e envolvendo os familiares, quando possível, já é o início do tratamento psicológico (GOLDSTEIN & MELLERS, 2017).

O atendimento a pacientes com esses transtornos frequentemente ocorre em serviços de emergência, e como evidências robustas de tratamento farmacológico são escassas sua utilização apoia-se na experiência clínica.

## **Transtornos dissociativos**

A hipnose é descrita como um tratamento possível desde os primórdios da psicanálise, porém esvaneceu-se à medida que diversas linhas de psicoterapia surgiram no século XX. Nas últimas décadas, as evidências que apoiam a sugestão através da hipnose como um tratamento viável são escassas e devem ser consideradas com cautela (DEELEY, 2017).

Há relatos com evidência limitada do uso de bloqueadores beta-adrenérgicos, clonidina, anticonvulsivantes e benzodiazepínicos com o intuito de reduzir sintomas intrusivos e de hiper-reatividade (SADOCK et al., 2000). Evidências modestas mostram o uso do lorazepam na abordagem da amnésia dissociativa e transtorno dissociativo de identidade (SEO et al., 2013; MUSHTAQ et al., 2014).

## **Transtornos de sintomas somáticos**

Esse grupo de transtorno tem curso geralmente crônico e acompanhamento ambulatorial. Tratamentos psicológicos, em especial a terapia cognitivo-comportamental, têm mostrado melhores resultados que a farmacoterapia. Ansiolíticos orais podem ser utilizados em quadros agudos, que geralmente são acompanhados de ansiedade, possibilitando o início da abordagem psicoterápica.

Para a hipocondria há relatos de tratamento com imipramina, clomipramina, fluoxetina, amitriptilina e pimozida (WESNER & NOYES, 1991; STONE, 1993; VISWANATHAN & PARADIS, 1991; KELLNER et al., 1986, KHARE & SRIVASTAVA, 2017), entretanto, pela latência de resposta dessas medicações, não são úteis em um serviço de emergência. A abordagem adequada, acolhedora e educativa pode contribuir para a prevenção de intervenções médicas desnecessárias (CLARKE & SMITH, 2000).

## Transtorno factício

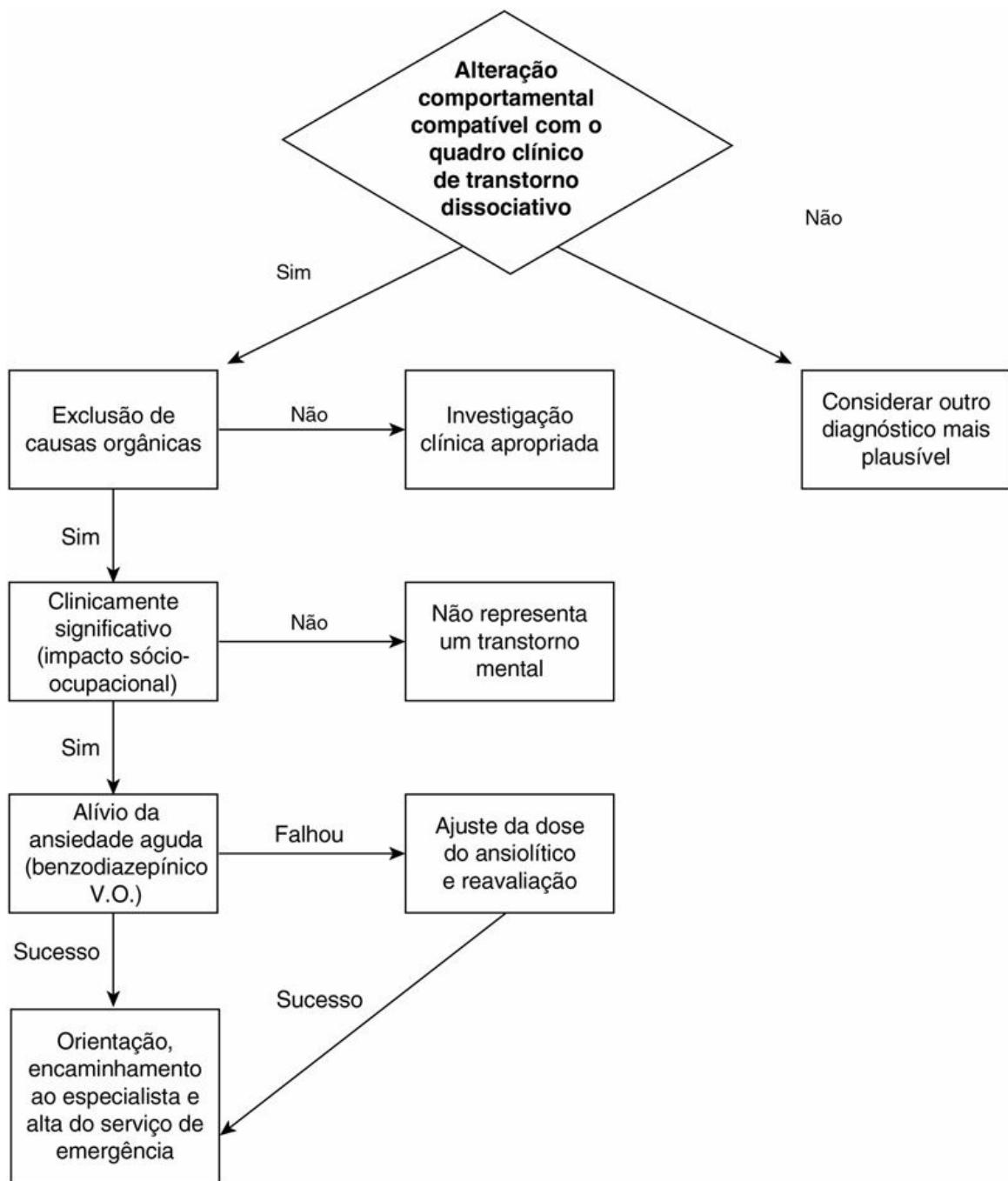
Trata-se de uma condição de difícil identificação e seu manejo é controverso e pouco estudado (FRY & GERGEL, 2016). Pelo fato de poder assumir a apresentação sintomática de qualquer doença, muitos desses casos acabam utilizando os serviços de emergência.

Sinais de alerta sugestivos, como a inconsistência na descrição dos sintomas da doença simulada, devem conduzir a uma avaliação cuidadosa considerando este diagnóstico diferencial (SCHNELLBACHER & O'MARA, 2016). A abordagem deve incluir uma equipe multidisciplinar, entretanto não há uma proposta estruturada de tratamento para esses casos (BASS & HALLIGAN, 2014). É necessária uma relação médico-paciente baseada na confiança e empatia, e a psicoterapia (combinada ou não com tratamento utilizando drogas psicotrópicas) alcança os melhores resultados (TOMAS-ARAGONES et al., 2017).

## Questões para estudo

- Quais as principais alterações psicopatológicas apresentadas pelos transtornos dissociativos?

- Qual a relação entre eventos traumáticos e transtornos dissociativos?
- Qual é a prevalência dos transtornos somatoformes na população geral? E em uma população clínica com sintomas somáticos sem causa evidente?
- O que é o ganho secundário encontrado no transtorno factício?
- Quais as principais estratégias não farmacológicas no manejo dos transtornos dissociativos?
- Como deve ser a abordagem farmacológica dos transtornos dissociativos em serviços de emergência?



## Referências

- APA – American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014;383(9926):1422–1432.
- Belli, H. (2014) Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World J Clin Cases*, 16;2(8):327-31.
- Brand BL, Classen CC, McNary SW, Zaveri P. A review of dissociative disorders treatment studies. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(9):646–654.
- Chiu CD, Meg Tseng MC, Chien YL, Liao SC, Liu CM, Yeh YY, Hwu HG, Ross CA. Dissociative disorders in acute psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry Res*. 2017;250:285–290.
- Clarke DM, Smith GC. Management of somatoform disorders. *Aust Fam Physician*. 2000;29(2):115–119.
- Deeley Q. Hypnosis as therapy for functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol*. 2017;139:585–595.
- Dijkstra-Kersten SM, Sitnikova K, van Marwijk HW, Gerrits MM, van der Wouden JC, Penninx BW, van der Horst HE, Leone SS. Somatisation as a risk factor for incident depression and anxiety. *J Psychosom Res*. 2015;79(6):614–619.
- Fallon, B.A., Liebowitz, M.R., Schneier, F. (1991) An open trial of fluoxetine for hypochondriasis. Paper presented at the American Psychiatric Association Meeting New Orleans, May.
- Fry A, Gergel TL. Paternalism and factitious disorder: medical treatment in illness deception. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(4):565–574.
- Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189:249–257.
- Goldstein LH, Mellers JD. Psychologic treatment of functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol*. 2017;139:571–583.
- Hagan MJ, Hulette AC, Lieberman AF. Symptoms of dissociation in a high-risk sample of young children exposed to interpersonal trauma: prevalence, correlates, and contributors. *J Trauma Stress*. 2015;28(3):258–261.
- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and

- medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztbl Int.* 2015;112(16):279–287.
- Kamlana SH, Gray P. Fear of AIDS. *Br J Psychiatry*. 1988;153:129.
- Kellner R, Fava GA, Lisansky J, Perini GI, Zielezny M. Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia: changes with amitriptyline. *J Affect Disord*. 1986;10(1):21–26.
- Khare S, Srivastava MN. Validity of current treatment protocols to overcome hypochondriasis. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(1):VE01–VE04.
- Lipsanen T, Korkeila J, Peltola P, Jarvinen J, Langen K, Lauerma H. Dissociative disorders among psychiatric patients: comparison with a nonclinical sample. *European Psychiatry*. 2004;19:53–55.
- Mushtaq R, Shoib S, Arif T, Shah T, Mushtaq S. First reported case of Lorazepam-assisted interview in a young Indian female presenting with dissociative identity disorder and improvement in symptoms after the interview. *Case Rep Psychiatry*. 2014;2014:346939.
- Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *J Trauma Stress*. 1998;11:711–730.
- OMS. (1993) Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 2 vols. 7th edLippincott Williams & Wilkins Publishers; 2000.
- Sar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *Eur J Psychotraumatol*. 2011;2:5622.
- Sar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2014;12(3):171–179.
- Schnellbacher S, O'Mara H. Identifying and managing malingering and factitious disorder in the military. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(11):105.
- Seo, Y., Shin, M.H., Kim, S.G., Kim, J.H. (2013) Effectiveness of lorazepam-assisted interviews in an adolescent with dissociative amnesia: A case report. *Neural Regen Res*, 15;8(2):186-90.
- Shorter E. *A historical dictionary of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Stone AB. Treatment of hypochondriasis with clomipramine. *J Clin Psychiatry*. 1993;54(5):200–201.

- Tomas-Aragones, L., Consoli, S.M., Consoli, S.G., Poot, F., Taube, K.M., Linder, M.D., Jemec, G.B., Szepietowski, J.C., de Korte, J., Lvov, A.N., Gieler, U. (2017) Self-inflicted lesions in dermatology: a management and therapeutic approach – a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry. *Acta Derm Venereol*, 8;97(2):159-172.
- van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJ, Steele K, Lensvelt-Mulders G. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a critical review. *J Trauma Dissociation*. 2008;9(4):481–505.
- van Dessel NC, van der Wouden JC, Dekker J, van der Horst HE. Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *J Psychosom Res*. 2016;82:4–10.
- Viswanathan R, Paradis C. Treatment of cancer phobia with fluoxetine. *Am J Psychiatry*. 1991;148(8):1090.
- Wesner RB, Noyes Jr R. Imipramine: an effective treatment for illness phobia. *J Affect Disord*. 1991;22(1–2):43–48.
- Yates, G.P., Feldman, M.D. (2016) Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry*, Jul-Aug;41:20-8.

---

## CAPÍTULO 18

# **Distúrbios do sono nas emergências psiquiátricas**

---

*Almir Ribeiro Tavares Júnior*

*Regina Margis*

*Camilla Moreira de Sousa Pinna*

## **Pontos principais**

---

- Avaliação do sono.
  - Transtornos do sono.
  - Transtornos psiquiátricos e sono.
  - Efeitos indesejáveis das medicações psiquiátricas no sono.
-

## **Introdução**

O sono está presente em todos os seres vivos e relaciona-se com mecanismos biológicos básicos e universais. A estabilidade psicológica/psiquiátrica depende, continuadamente, de uma adequada quantidade de sono de boa qualidade. Infelizmente, o público, as autoridades e os profissionais de saúde não se dão conta da relevância global do sono para a qualidade de vida e para a saúde, pouco sabendo valorá-lo. A falta de atenção ao sono é relevante para a emergência de eventos psiquiátricos.

## Avaliação do sono

### Na emergência psiquiátrica, sempre avalie o sono

Informações sobre o padrão de sono, particularmente dos últimos dias, são necessárias por uma infinidade de razões psiquiátricas. A quantidade e a qualidade do sono e o seu horário interferem na regulação hormonal, no alerta, na formação de memórias, em funções executivas, no humor e no comportamento, aspectos que precisam estar ser levados em conta nos atendimentos de emergência ([Quadro 18.1](#)).

---

### Quadro 18.1

#### Avaliação do sono

---

##### Hábitos de sono

- Horário de dormir/horário de acordar, em dias de semana
- Horário de dormir/horário de acordar, em finais de semana
- Tempo para adormecer
- Despertares noturnos/tempo gasto para voltar a dormir
- Refeições/líquidos no final do dia
- Quantidade, frequência e horário de cafeína, tabaco e álcool
- Medicações/substâncias (estimulantes/sedativos)

##### Características do quarto

- Níveis de ruído, iluminação e temperatura
- Número de monitores no quarto (TV, computador, tablet, celular e outros)
- Quarto é usado como escritório?
- Relógio no quarto?

##### Sintomas matutinos

- Boca seca
- Cefaleia matinal
- Congestão nasal
- Restauro?

##### Funcionamento diurno

Sonolência e sua intensidade  
Adormece dirigindo veículo  
Acidentes  
Déficit da memória  
Dificuldade de concentrar-se  
Fadiga  
Irritabilidade  
Cochilos (quantos, horário, duração, sonhos)  
Atividade física: tipo, horário, frequência, duração e intensidade  
Turno de atividade profissional/ocupacional

### **Observações do parceiro de cama**

Intensidade do ronco (leve, moderado ou grave)  
Apneias testemunhadas  
Sufocamento  
Despertares  
Movimentação no leito

### **Movimentos relacionados com o sono**

Movimentos periódicos das pernas e sintomas da síndrome das pernas inquietas

### **Sintomas narcolépticos**

Cataplexia  
Alucinações hipnagógicas/hipnopômpicas  
Paralisia do sono  
Comportamentos automáticos  
Sono fragmentado

### **Sistema genitourinário**

Noctúria  
Alteração da fisiologia sexual

### **Peso corporal**

Ganho de peso

### **Comportamentos anormais**

Sonambulismo  
Promulgar conteúdos do sono

---

*Fonte:* Modificado de [Malow \(2017\)](#).

## Privação de sono

Em adultos, a duração ideal para o sono é de 7 a 9 horas por noite. Estima-se que há dois séculos atrás a privação de sono fosse menos comum que nos dias atuais, quando os estímulos para a privação são mais abundantes. As distâncias longas entre a residência e o local de trabalho geram percursos demorados, roubando precioso tempo que poderia ser destinado ao sono. Além disso, as demandas do trabalho e do estilo de vida, a privação de sono se dá por fatores ambientais, patologias próprias do sono, doenças clínicas, transtornos psiquiátricos e substâncias psicoativas, pelo uso ou pela abstinência. No indivíduo privado de sono, flutuações no nível de alerta diurno se ligam a eventos catastróficos, que incluem os acidentes de trabalho e rodoviários. Uma combinação extremamente perigosa e comum é aquela entre a privação de sono e o uso de álcool. A curto prazo, a privação de sono causa perda da capacidade de concentração, alterações da memória e baixa qualidade de vida. A longo prazo, a privação de sono poderá gerar hipertensão arterial, doença coronariana, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, acidente vascular encefálico, obesidade, diabetes melito tipo II e prejuízos neurocognitivos.

Obter informação quanto ao tempo de sono nos dias anteriores ao exame do paciente é apropriado para adequada avaliação e formulação de hipóteses diagnósticas. Estudos em adultos saudáveis demonstram que quando o tempo em cama para o sono é restrinido, por múltiplas noites, para um período inferior a 7 horas, pode haver acúmulo de prejuízos no desempenho cognitivo ao longo dos dias de restrição de sono. Logo, trata-se de um aspecto que precisa ser considerado nos efeitos decorrentes da privação de sono também dependem das vulnerabilidades e características individuais; além de sofrerem influência das atitudes tomadas frente a esses efeitos com consequente, ou não, perpetuação de comportamentos que interferem no sono ([BANKS et al., 2017](#)). Ainda no que se refere a aspectos que são avaliados em emergências, vale relembrar que tem sido identificada a associação entre privação de sono e formação de falsas

memórias ([LO et al., 2016](#)).

No traçado do eletroencefalograma (EEG) da polissonografia (PSG), após um período de privação de sono pode ser observada uma menor latência para o início do sono e há tendência de o sono de ondas lentas (estágio N3 do sono NREM) ser mantido. Na noite de recuperação do sono, o tempo acordado após o início do sono (WASO – *wake after sleep onset*) geralmente é reduzido e pode ocorrer um aumento da proporção do estágio N3 em relação à quantidade basal ([BANKS et al., 2017](#)). O impacto da privação de sono na arquitetura do sono nas noites de recuperação sofre influência de fatores como idade do indivíduo e existência de problemas de saúde; por exemplo, se é insone, se apresenta demência ou transtorno de humor. De fato, os achados reacionais à privação de sono podem variar de acordo com tais fatores.

## **Turno de atividade profissional**

Na avaliação do indivíduo que trabalha à noite (trabalhador em turno) deve-se identificar as medicações e substâncias que faz uso, assim como as estratégias desenvolvidas para manter-se alerta à noite e conciliar o sono durante o dia. E, se tais comportamentos predispuseram ou agravaram o distúrbio do sono. A presença de insônia pode ser compreendida como um componente a ser observado dentre as alterações de sono nos trabalhadores em turno, pois pode exacerbar problemas de saúde física e mental e, consequentemente, comprometer a qualidade de vida nesses trabalhadores ([VALLIÈRES et al., 2014](#)).

## Transtornos do sono

### Transtornos de hipersonolência central (THC)

Um nível adequado de alerta é necessário para o bem-estar e para o desempenho diário de qualquer pessoa. A principal característica clínica dos THC é a **sonolência excessiva diurna** ([Quadro 18.2](#)), não causada por alterações de ritmo circadiano ou por outros transtornos do sono. Há um decremento funcional em múltiplas áreas e há uma elevação do risco de acidentes – domésticos, ocupacionais e veiculares – com potencial risco de vida. Os THC incluem: narcolepsia tipo I, narcolepsia tipo II, hipersonia idiopática, síndrome de Kleine-Levin, hipersonia devido à condição médica, hipersonia devida à medicação ou substância, hipersonia associada à condição psiquiátrica e síndrome do sono insuficiente. Outros transtornos de sono (p. ex., a síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono e a síndrome de pernas inquietas) podem estar presentes, em associação, e precisam ser tratados antes de se estabelecer o diagnóstico de THC.

---

### Quadro 18.2

#### Causas de sonolência excessiva diurna

---

- Privação de sono
- Uso de substâncias/medicações
- Transtornos mentais: transtornos ansiosos, transtornos de sintomas somáticos, transtornos depressivos e bipolares, transtornos relacionados com substâncias e outros
- Transtornos próprios do sono: transtornos respiratórios do sono (incluindo a síndrome de apneia/hipopneia de sono obstrutiva), síndrome de pernas inquietas, transtornos do ritmo circadiano, algumas insônias e outros
- Doenças médicas: anemias e condições carenciais, doença renal crônica, obesidade, hipotireoidismo, diabetes melito, encefalopatias e outras
- Condições neurológicas e neurocirúrgicas: traumatismo crânioencefálico, tumores do sistema nervoso central, distrofia miotônica, doença de Parkinson, esclerose múltipla e outras
- Transtornos de hipersonolência central: narcolepsias (tipo I e tipo II),

hipersonia idiopática e outros

---

Fonte: Adaptado de [Tavares et al. \(2017\)](#).

É comum a associação dos THC com transtornos ansiosos, depressivos e bipolares. A gravidade da sonolência excessiva diurna no THC pode ser aferida *subjetivamente* pela Escala de Sonolência de Epworth ([Quadro 18.3](#)) e *objetivamente* pelo Teste de Latências Múltiplas do Sono (TLMS) ([Quadro 18.4](#)).

---

### Quadro 18.3

#### Escala de sonolência de Epworth

---

Numere, de 0 a 3, as suas chances de cochilar nas situações seguintes. 0 = nunca cochilaria 1 = pequena probabilidade de cochilar 2 = probabilidade média de cochilar 3 = grande probabilidade de cochilar	
Atividade	Pontos
1. Sentado e lendo	
2. Vendo TV	
3. Sentado em um lugar público, sem atividade (sala de espera, cinema, reunião)	
4. Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	
5. Deitado para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem	
6. Sentado e conversando com alguém	
7. Sentado, calmamente, após almoço sem álcool	
8. Se estiver de carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso	
<b>Total</b>	(Máximo = 21)

10 ou mais pontos = Anormal

Fonte: Bertolazi et al. (2009).

---

## Quadro 18.4

### Teste de latências múltiplas do sono (TLMS)

---

Aufere a tendência para dormir, em condições de quietude

Indicado para avaliar pacientes com suspeita de narcolepsia e de hipersonia idiopática

O paciente é orientado a dormir bastante na semana anterior ao TLMS

O paciente preenche diário de sono (ou actigrafia) nas 2 semanas anteriores ao TLMS

O TLMS é realizado durante o dia seguinte a uma polissonografia noturna em laboratório de sono

O TLMS dura todo um dia

Monitorações: eletroencefalograma, eletrooculograma e eletromiograma

O TMLS se inicia 2 horas após o despertar matinal

A cada 2 horas é oferecida ao paciente uma oportunidade de dormir

No total, são oferecidas 4 a 6 oportunidades de dormir, ao longo desse dia

Cada oportunidade para dormir dura 20 minutos, após os quais o paciente é acordado

A média das latências para esses cochilos é > 8 minutos no indivíduo normal

SOREMP (*sleep onset rapid eye movement period*): início do REM nos primeiros 15 minutos de sono

2 ou mais SOREMPs indicam narcolepsia

Ausência de SOREMPs sugere hipersonia idiopática

---

Fonte: Littner et al. (2005).

A narcolepsia é hoje uma doença subestimada e o tempo para o seu

diagnóstico é de cerca de 10 anos. O impacto negativo da narcolepsia na qualidade de vida é grande e comparável ao da esquizofrenia. Sua prevalência é de 1/4000 em caucasianos e 1/1600 em japoneses. A produção insuficiente de hipocretina-1 ( $\leq$  110 pg/ml no líquido cefalorraquiano) possivelmente é subsequente à destruição autoimune de neurônios produtores de hipocretina-1 no hipotálamo lateral, após infecções virais e bacterianas. A narcolepsia se associa fortemente ao alelo HLA-DQB1\*0602.

São cinco os sintomas cardiais da narcolepsia: sonolência excessiva diurna; cataplexia; paralisia do sono; alucinações e fragmentação do sono.

A **cataplexia** consiste em episódios curtos de paralisia, com perda (parcial ou completa) do tônus da musculatura voluntária (segmentar ou generalizada). Esses episódios são desencadeados por emoções fortes e surgem abruptamente. São emoções positivas, como o riso ou a alegria, ou emoções negativas, como a raiva e a frustração. O episódio se dá em câmera lenta, sendo incomum ferimentos como na epilepsia ([SCAMMELL, 2015](#)). Durante a fraqueza muscular, o paciente permanece com a consciência clara e a musculatura respiratória preservada. A paralisia se inicia em face/pescoço. Ao longo de vários segundos, evolui para tronco/membros. Em um episódio catapléxico parcial, a fraqueza muscular é incompleta e a fala fica arrastada, devido ao acometimento de músculos faciais. Crianças podem permanecer longos períodos com tônus muscular reduzido, havendo movimentos orais – abertura da boca, protusão lingual e caretas – e marcha instável. A cataplexia aponta para o diagnóstico de narcolepsia tipo I e sugere deficiência de hipocretina no liquor.

A **paralisia do sono** pode ser completa ou parcial e se dá na entrada ou na saída do sono. O paciente não consegue mover os membros, falar ou inspirar profundamente. O paciente fica muito assustado, particularmente quando esse fenômeno se associa a alucinações, sendo descrito o medo de morrer. A paralisia do sono ocorre quando o paciente desperta durante a atonia do sono REM. O paciente consegue se lembrar do fenômeno posteriormente.

**Alucinações hipnagógicas** (ao entrar no sono) e **hipnopômpicas** (ao

sair do sono) estão presentes em até 40% dos narcolepticos, sendo as hipnopômpicas mais características da narcolepsia. Quase sempre desagradáveis, são geralmente mais visuais e táteis. Nas alucinações visuais são frequentes as formas simples e coloridas, constantes ou em modificação. Também podem ser multissensoriais e vívidas, com um conteúdo similar ao do sonho e houve pacientes que tomaram providências ao despertar, como, por exemplo, chamar a polícia para intrusos na casa. Pode ser difícil distinguir entre conteúdo de sonho e fenômeno alucinatório, já que a intensa vividez aproxima ambas as experiências. O engajamento no campo visual ajuda a distinguir entre sonho e alucinação visual hipnagógica/hipnopômpica (HOBSON et al., 2000). O sonho preenche todo o campo visual e há participação ativa do sonhador em seu interior. A alucinação visual hipnagógica/hipnopômpica tende a ocupar o centro, ficando o alucinador como um observador à parte. Os problemas dos narcolepticos não se limitam às noites, pois, há os cochilos diurnos, com presença de sono REM. Os fenômenos alucinatórios diurnos dos narcolepticos podem se originar da própria narcolepsia ou podem ser decorrentes de transtornos psicóticos propriamente ditos. Um predomínio de alucinações visuais falará a favor da narcolepsia. Contudo, é possível a presença de ambos, narcolepsia e psicose, em um mesmo paciente. As alucinações táteis na narcolepsia incluem sensações de receber toque leve no corpo e de esfregar. O conteúdo das alucinações na narcolepsia tende a ser associado, pelo paciente, a agressões, similares a pesadelos do sono REM. É incomum na narcolepsia a presença de alucinações auditivas complexas ou alucinações associadas a delírios fixos, elementos psicopatológicos mais encontrados em transtornos psicóticos. Foram descritas alucinações sexuais complexas e alucinações com levitação e experiências extracorpóreas. O sono noturno na narcolepsia é **fragmentado** e de qualidade inadequada. Alguns têm dificuldade para iniciar o sono, outros despertam com frequência e não conseguem reiniciar e outros apresentam pesadelos e movimentos periódicos dos membros. O tratamento dos ataques de sono na narcolepsia se baseia em estimulantes (metilfenidato, anfetaminas e

modafinila) e oxibato de sódio. O tratamento da cataplexia se dá com oxibato de sódio e doses baixas de antidepressivos (tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina). Os estimulantes podem causar como efeito colateral uma psicose paranoide assemelhada à esquizofrenia. O transtorno comportamental do sono REM após o uso de antidepressivos é comum na narcolepsia. Uma retirada abrupta de antidepressivos pode gerar em narcolépticos uma síndrome transitória assemelhada à cataplexia.

Embora apresentem sonolência excessiva diurna grave e constante, os pacientes com **hipersonia idiopática** não preenchem os critérios exigidos para a narcolepsia. Os cochilos diurnos não os refazem. Uma polissonografia (PSG) noturna já foi feita e afastou outras causas de sonolência excessiva diurna. Na PSG, é comum uma alta eficiência do sono. O TLMS mostra a média das latências inferior a 8 minutos e < 2 SOREMPs (*sleep onset rapid eye movement periods*). Não se conhece a etiologia da HI e o tratamento é sintomático: estimulantes (metilfenidato, anfetamina e modafinila), antidepressivos, flumazenil e L-carnitina podem ser tentados.

## Parassonias

Um amplo e heterogêneo grupo de eventos físicos e de experiências sensoriais indesejáveis e desagradáveis, de ocorrência na entrada, durante ou na saída do sono, acham-se categorizados no âmbito das parassonias ([Quadro 18.5](#)). A vigília e o sono não são estados sempre mutuamente exclusivos e as diversas variáveis que determinam os estados de vigília, sono NREM e sono REM podem coexistir ou oscilar rapidamente. Nas parassonias as dificuldades estão nas transições, com intrusões de características de um estado em outro estado. Os fatores que perturbam a transição de um estado a outro incluem: ambiente de sono inadequado; higiene do sono inadequada; privação de sono; estresse emocional; transtornos de sono, incluindo apneia de sono, alterações de ritmo circadiano e pernas inquietas; febre e condições médicas; uso de álcool e sedativos; e doenças neurológicas acometendo circuitos neuronais do sono.

---

### Quadro 18.5

---

#### Classificação das parassonias na ICSD-3

---

##### Parassonias relacionadas com o sono NREM

Transtornos do despertar do sono NREM

- Despertar confusional
- Sonambulismo
- Terror noturno

Transtorno alimentar relacionado ao sono

##### Parassonias relacionadas com o sono REM

Transtorno comportamental do sono REM

Paralisia do sono isolada recorrente

Transtorno de pesadelo

##### Outras parassonias

Síndrome da cabeça explodida

- Alucinações relacionadas com o sono
- Enurese do sono
- Parassonia devido a uma condição médica
- Parassonia devido à medicação/substância
- Parassonia não especificada

---

Fonte: [AASM \(2014\)](#).

O [Quadro 18.5](#) apresenta a classificação das parassonias de acordo com a 3<sup>a</sup> edição da International Classification of Sleep Disorders ([AASM, 2014](#)).

As parassonias podem constituir manifestações sentinelas de transtornos do sono subjacentes, como a apneia de sono e os movimentos periódicos dos membros, cabendo assim investigar. Um dos aspectos mais significativos das parassonias é o risco de acidentes e de lesões para o próprio paciente e para os outros, podendo resultar em problemas forenses.

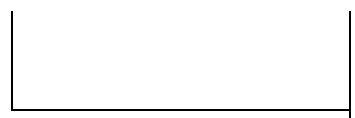
As parassonias do sono NREM geralmente se dão como uma transição incompleta do sono de ondas lentas (N3), profundo, para a vigília ([Quadro 18.6](#)). O paciente encontra-se de olhos abertos e tipicamente apresenta-se em um estado de alerta deficiente, com um funcionamento cognitivo mínimo, que irá durar de segundos a minutos, e para o qual haverá amnésia parcial ou completa. Alguns impulsos fisiológicos, como a fome, a agressão e o sexo podem manifestar-se na forma de comportamentos alimentares relacionados com o sono, violência relacionada com o sono e comportamentos sexuais relacionados com o sono. É possível que o despertar confusional (embriaguez do sono), o sonambulismo e o terror noturno – todos transtornos do despertar do sono NREM – não sejam realmente transtornos distintos e que representem muito mais uma continuidade de comportamentos. Esses problemas tendem a se iniciar na infância e na adolescência, podendo persistir na vida adulta.

---

## Quadro 18.6

## Distinção de eventos noturnos

	Transtornos do despertar do sono NREM			
<b>Fenomenologia</b>	Despertar confusional Despertar abrupto, com confusão e desorientação.	Sonambulismo Despertar abrupto. Possibilidade de confusão e agitação se interrompido vigorosamente.	Terror r Desperado abrupto com interrupção chorando incoagulável descontrolado	
	Olhos abertos			
<b>Memória do evento</b>	Geralmente no dia seguinte não há recordação do evento.			
<b>Movimentos estereotipados</b>	–			
<b>Idade de início</b>	Infância e adolescência			
<b>Horário</b>	Primeiro terço da noite			
<b>Desencadeadores</b>	Privação de sono, doença febril, agravamento de transtorno de ansiedade, estresse, apneia de sono, transtornos motores de sono.			
<b>Alterações da polissonografia</b>	Despertar abrupto do sono de ondas lentas (N3). Aumento CAP ( <i>cyclic alternating pattern</i> )			



O transtorno comportamental do sono REM (TCSREM) se caracteriza pela promulgação de conteúdos do sonho, por vezes de modo violento, sem que exista a atonia e a paralisia motora próprias do sono REM. O TCSREM advém de lesões neuronais precursoras de  $\alpha$ -sinucleinopatias (doença de Parkinson, demência de Lewy e atrofia de múltiplos sistemas), que podem anteceder em décadas o desenvolvimento clínico dessas doenças. Outras causas são o uso de medicamentos antidepressivos, narcolepsia, encefalopatias autoimunes e paraneoplásicas. O diagnóstico do TCSREM é obtido pela história clínica e pela polissonografia. O diagnóstico diferencial deve ser feito com pesadelos, parassonias NREM, epilepsia noturna, apneia de sono, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de pânico.

## **Transtornos respiratórios relacionados com o sono**

Existe uma significativa associação entre transtornos respiratórios relacionados com o sono (TRRS) e sintomas neuropsiquiátricos ([SHARAFKHANEH et al., 2005](#)). São mais encontrados os transtornos afetivos e os comprometimentos cognitivos. Mas, também são frequentes a sintomatologia ansiosa (incluindo ataques de pânico noturnos), os sintomas somáticos, os sintomas obsessivo-compulsivos e do estresse pós-traumático. São ainda relatados os sintomas psicóticos, o *delirium*, as alterações da personalidade, as parassonias e a impulsividade episódica. É fundamental se conhecer os principais sintomas dos TRRS para identificar sua associação com transtornos mentais ([Quadro 18.7](#)). Os déficits cognitivos, emocionais e de performance se conectam a significativos riscos para esses pacientes. Na apneia obstrutiva do sono, o controle autonômico cardiovascular acha-se perturbado durante o sono, com produção de bradicardia e taquicardia e com elevações da pressão arterial. Os episódios noturnos de apneia e a fragmentação do sono induzem significativas modificações no cérebro, algumas das quais consideradas mal-adaptativas. Considera-se que a apneia obstrutiva de sono seja um dos fatores de risco modificáveis para demências do idoso. A fisiopatologia dos TRRS não é completamente compreendida. A patência da via aérea superior é determinada por características das estruturas craniofaciais, pelos tecidos circundantes, por propriedades intrínsecas da via aérea e pela função neuromuscular da via aérea.

---

### **Quadro 18.7**

---

#### **Sintomas da apneia obstrutiva do sono**

---

##### **Somáticos**

- Ronco alto
- Engasgo durante o sono
- Pausas respiratórias durante o sono, presenciadas por cônjuge/familiar
- Sono não reparador
- Sonolência excessiva diurna

Fadiga  
Cefaleia matutina  
Boca seca ao despertar  
Nictúria

### **Comportamentais**

Alteração da personalidade  
Irritabilidade  
Sintomas depressivos  
Sintomas de ansiedade  
Redução da libido

### **Cognitivos**

Falta de atenção  
Dificuldade para concentrar-se  
Perdas na memória  
Incapacidade para aprender

---

Na 3<sup>a</sup> edição da ICSD ([AASM, 2014](#)), os TRRS do adulto compreendem:

1. Apneia de sono obstrutiva.
2. Transtornos da apneia de sono central: apneia de sono central, com respiração de Cheyne-Stokes; apneia de sono central, devido a uma condição médica, sem respiração de Cheyne-Stokes; apneia de sono central, devido à respiração periódica de alta altitude; apneia de sono central devido à medicação ou substância; apneia de sono central primária; apneia de sono central emergente do tratamento.
3. Transtornos de hipoventilação relacionados com o sono: síndrome da hipoventilação-obesidade; hipoventilação alveolar central idiopática; hipoventilação relacionada com o sono devido a medicação ou substância; hipoventilação relacionada com o sono devido a condição médica.
4. Hipoxemia relacionada com o sono. O estudo dos TRRS exige a avaliação do paciente por meio de polissonografia (PSG).

A ICSD3 não define os **eventos respiratórios relacionados com o**

**sono**, que são encontrados no manual específico para sua definição, da Associação Americana de Medicina do Sono (AASM), cuja versão 2.4 é datada de abril de 2017. Os eventos definidos no manual da AASM são: apneia, hipopneia e RERA (*respiratory effort-related arousal*). No caso da **apneia do sono obstrutiva**, a cessação de fluxo respiratório se relaciona com o colapso, parcial ou total, da via aérea superior, durante o sono, havendo esforços respiratórios. No caso das variadas formas da **apneia do sono central**, a cessação de fluxo respiratório se dá na ausência de um esforço respiratório.

## Insônia

Um fenômeno de natureza subjetiva e com interconexões variadas com amplas áreas do psiquismo, a insônia é caracterizada pela insatisfação com a quantidade e a qualidade do próprio sono. Os últimos anos testemunharam mudanças importantes na conceituação e no tratamento da insônia. A 3<sup>a</sup> edição da International Classification of Sleep Disorders ([AASM, 2014](#)) define a **insônia crônica** como aquela em que há um dos seguintes sintomas, por pelo menos três dias por semana, por pelo menos três meses: dificuldade para iniciar o sono; dificuldade para manter o sono; despertar mais cedo que o desejado; resistência em ir para cama em um esquema adequado de horários; dificuldade para dormir sem os pais ou um cuidador. As dificuldades são frequentes e persistentes, a despeito de haver adequada oportunidade para dormir. Os fatores predisponentes e precipitadores da insônia crônica incluem: características da personalidade (ansiedade e preocupação crônica com a saúde), estresse, transtornos psiquiátricos concomitantes (de humor, ansiosos e uso de álcool e substâncias são comuns), transtornos de sono concomitantes (como a síndrome de pernas inquietas), doenças concomitantes (como o refluxo gastroesofágico e a dor crônica) e higiene do sono inadequada (como o uso de monitores no quarto de dormir). Pacientes com **insônia de curto prazo** (insônia aguda ou insônia de ajustamento) apresentam problemas similares, mas, por período de tempo mais curto, inferior a três meses, sendo comum a identificação de um estressor agudo (relacionamentos, trabalho, perdas, novo ambiente de sono e outros). Existe na insônia um estado contínuo de intensificação das percepções, não apenas exteroceptivas, mas, também interoceptivas, e que se manifestam tanto durante o sono como durante a vigília. Múltiplos estudos indicaram haver um estado de hiperativação do sistema nervoso central na insônia, com elevação da atividade beta do eletroencefalograma ([PERLIS et al., 2001](#)). As ondas beta se associam à vigília do dia a dia, sendo as ondas com a maior frequência, com a menor amplitude e as mais dessíncronas.

O custo da insônia é elevado, com faltas ao trabalho e intensa utilização de serviços de saúde. A insônia crônica se associa a risco para acidentes de trabalho, de trânsito e no lar. Também se associa a um aumento da mortalidade e na morbidade, com elevações nos riscos para transtornos depressivos, suicídio, transtornos ansiosos, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, doenças cardíacas, dislipidemias e obesidade.

O tratamento da insônia crônica é desafiador, em razão de algumas limitações presentes tanto nas abordagens não farmacológicas quanto nas farmacológicas. É robusta e inquestionável a literatura que mostra a eficácia do tratamento da insônia pela terapia cognitivo-comportamental (TCC-I). As dificuldades para a TCC-I surgem quando se trata da acessibilidade e de meios para o seu custeio, particularmente no serviço público de saúde, e indicam que uma ampla parcela da população se encontrará afastada de seus benefícios.

A TCC-I classicamente contém os seguintes elementos: educação para a higiene do sono; controle de estímulos; treinamento para relaxamento; e reestruturação cognitiva ([TRAUER et al., 2016](#)). A TCC-I é capaz de aumentar os sonos N2, N3 e REM e de reduzir a vigília noturna e o sono N1. A TCC-I em grupo permite a interação do terapeuta comportamental simultaneamente com múltiplos portadores de insônia crônica e seus resultados são encorajadores. Embora os resultados da TCC-I face a face sejam superiores aos resultados da TCC-I em computador através de programa baixado, esta última apresenta elevado potencial em saúde pública, dando a possibilidade de acesso para grandes populações.

Uma alternativa para a disseminação da TCC-I é a sua realização por videoconferência. Outros métodos terapêuticos não farmacológicos debatidos na insônia incluem *mindfulness*, tai chi, yoga, exercícios físicos e dispositivos eletrônicos para a automonitorização. No que tange a novos tratamentos farmacológicos, estão sendo desenvolvidos novos antagonistas específicos e duais dos receptores hipocretinérgicos 1 e 2.

## Transtornos do ritmo circadiano

São muitos os fenômenos (biológicos ou não) que se apresentam associados a ritmos:

1. ritmos circadianos (periodicidade ao redor de 24 horas) – vigília-sono.
2. ritmos ultradianos (periodicidade inferior a 24 horas) – alimentação, que se dá três ou quatro vezes por dia.
3. ritmos infradianos (periodicidade superior a 24 horas) – ciclo menstrual.

Os **osciladores primários** são marca-passos endógenos, autossustentados, que mantêm a ritmicidade, mesmo na ausência de pistas externas. O núcleo supraquiasmático, no hipotálamo anterior, contém o marca-passo responsável pela ritmicidade circadiana observada nos animais e no homem. O período circadiano médio humano é de cerca de 24,18 horas. Diariamente, é necessário o seu arrastamento (sincronização) para a duração de 24 horas. Este arrastamento é produzido por pistas externas, sendo a luz a mais importante, seguida da atividade física e da atividade social. A ausência de temporizadores externos não abole o ciclo vigília-sono, mas, o torna um pouco defasado.

Vários eventos biológicos são ordenados de acordo com os ciclos vigília-sono e claro-escuro, como a temperatura corporal, as secreções hormonais e eventos relativos a doenças: a temperatura corporal atinge um máximo ao anoitecer e um mínimo na madrugada; a secreção do hormônio de crescimento atinge seu pico após a meia-noite; e o acidente vascular cerebral é mais comum pela manhã. A glândula pineal sintetiza a melatonina, hormônio que controla a ritmicidade infradiana.

Os Transtornos do Ritmo Circadiano Sono/Vigília da 3<sup>a</sup> edição da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono ([AASM, 2014](#)) acham-se na primeira coluna do [Quadro 18.8](#).

## Quadro 18.8

### Transtornos do ritmo circadiano na ICSD-3

Transtorno do ritmo circadiano	Quadro clínico	Horário de sono preferido	População
<b>Transtorno de atraso de fase do sono</b>	Dificuldade para adormecer à noite. Dificuldade para levantar-se pela manhã.	Adormecer entre as 2 e as 6 horas da manhã. Despertar entre as 10 e as 13 horas.	Mais comum adolescentes jovens adultos.
<b>Transtorno de avanço de fase do sono</b>	Dificuldade para permanecer desperto à noite. Despertar precoce pela manhã.	Adormecer entre as 18 e as 21 horas. Despertar entre as 2 e as 5 horas da manhã.	Mais comum idosos.
<b>Transtorno do ritmo sono/vigília irregular</b>	Insônia crônica. Sonolência excessiva. Ritmo desorganizado, com 3 ou mais	Horários de adormecer e despertar são irregulares. Não há	Pacientes institucionalizados portadores de retardo mental e demência

	<p>episódios de sono em 24 horas.</p> <p>Tempo total de sono normal para a idade.</p>	<p>consolidação de horário noturno para o sono.</p>	
<b>Transtorno do ritmo sono/vigília não 24 horas</b>	Dificuldade para dormir e despertar, com atraso progressivo para adormecer e despertar.	Horários de adormecer e despertar se atrasam a cada dia.	Cegos.
<b>Transtorno do trabalho em turnos</b>	Insônia e sonolência excessiva, em associação com o turno de trabalho.		Trabalhadores turnos

<b>Transtorno de jetlag</b>	Insônia e sonolência excessiva ao viajar por 2 ou mais fusos horários		Viajantes

ICSD-3 = American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3<sup>rd</sup> edition, 2014.

*Fonte:* Adaptado de [Malkani e Zee \(2014\)](#).

## Síndrome das pernas inquietas (SPI)

Em 1861, Wittmaack categorizara esses pacientes entre os histéricos e neurastênicos, portadores de *neurose de sensibilidade* e *anxietas tibiarum* (ansiedade da tíbia), enquanto Beard em 1880 preferiu classificá-los em seu conceito de *exaustão nervosa*. Também conhecida como doença de Willis-Ekbom, a SPI é hoje uma condição neuropsiquiátrica, com forte componente genético, caracterizada pela premência para movimentar as pernas, quando em repouso e à noite, associada a sensações assemelhadas a parestesias nos membros ([Quadro 18.9](#)).

---

### Quadro 18.9

#### Critérios diagnósticos do International Restless Legs Syndrome Study Group para a síndrome das pernas inquietas (SPI)

---

##### Aspectos essenciais

1. Necessidade (urgência) de movimentar as pernas, geralmente (mas, não sempre) acompanhada por desconforto ou incômodo nas pernas.
2. Os sintomas pioram (ou estão exclusivamente presentes quando) em repouso ou inatividade, como sentado ou deitado.
3. Os sintomas se aliviam total ou parcialmente com o movimento, como quando caminhando ou alongando, pelo menos enquanto essa atividade dura.
4. Os sintomas percebidos durante repouso e inatividade pioram ou ocorrem exclusivamente à noite, em comparação com durante o dia.
5. Os sintomas descritos anteriormente não são melhor explicados por outras doenças ou problemas comportamentais (p. ex., mialgia, estase venosa, edema de membros inferiores, artrite, câimbras nas pernas, desconforto posicional ou bater o pé habitual).

##### Especificadores do curso clínico

- A. SPI crônica-persistente: a sintomatologia ocorre em média duas vezes por semana, no último ano, se não tratada.
- B. SPI intermitente: a sintomatologia ocorre em média < 2/semana, no último ano, se não tratada, com pelo menos 5 eventos em toda a vida.

##### Especificadores do significado clínico

Os sintomas da SPI causam sofrimento significativo ou incapacidade social, ocupacional, educacional ou em outras importantes áreas do funcionamento, através do impacto no sono, energia/vitalidade, atividades diárias, comportamento, cognição ou humor.

### **Critérios de suporte o diagnóstico de síndrome de pernas inquietas**

1. História familiar positiva.
2. Resposta positiva a um agonista dopaminérgico.
3. Curso clínico.
4. Elevado índice de movimentos periódicos dos membros na polissonografia.

### **Aspectos não essenciais, mas comuns**

1. Movimentos periódicos dos membros: presença de movimentos periódicos dos membros durante o sono ou desperto em repouso, em frequência maior que a esperada para a idade e para o estado médico/medicamentoso.
2. Resposta a tratamento dopaminérgico: redução dos sintomas, pelo menos no início do tratamento dopaminérgico.
3. História familiar da SPI entre os parentes de primeiro grau.
4. Falta de sonolência diurna profunda.

---

*Fonte:* Modificado de [Allen et al. \(2014\)](#).

A sintomatologia varia de leve a intensa, com flutuações, e o curso clínico varia de intermitente a contínuo. A SPI é uma condição comum e subdiagnosticada e chega a passar despercebida pelos serviços médicos por muitos anos. A prevalência das formas moderadas e graves se eleva significativamente com a idade, passando de 0,5 % em crianças para 5 % naqueles com mais de 70 anos. Na velhice é duas vezes mais comum em mulheres que em homens. As formas leves da SPI redundam em um impacto médico e social apenas muito mínimo. Mas, as formas mais graves afetam intensamente a produtividade, a qualidade de vida e a saúde cardiovascular, elevando, inclusive, o risco para acidente vascular cerebral. Ideias suicidas, baixa qualidade de vida, visitas a emergências e lesões são problemas associados a essas formas mais severas.

Os eventos emergentes afeitos ao tratamento da SPI encontram-se

discriminados no [Quadro 18.10](#) e podem ser bastante graves.

### Quadro 18.10

#### Eventos emergentes no tratamento da síndrome das pernas inquietas (SIP)

Evento	Prevalência	Avaliação	Tratamento
Exacerbação abrupta da sintomatologia	elevada	<ul style="list-style-type: none"><li>• ferritina</li><li>• saturação de transferrina</li><li>• piora do estado geral (p. ex., perda de sangue em uma cirurgia)</li><li>• medicações (ISRS, mirtazapina, antagonistas H<sub>1</sub> e antagonistas dopaminérgicos; descontinuação de opioide ou de agentes α<sub>2</sub>δ ligantes, como gabapentina e pregabalina</li><li>• dormindo pouco</li><li>• redução da atividade física</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• reavaliação da ferrostatus</li><li>• corrigir deficiência de ferro</li><li>• corrigir anemia</li><li>• corrigir hipertensão arterial</li></ul>
Aumentação	muito comum com agonistas dopaminérgicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• sintomas mais intensos</li><li>• surgem mais cedo</li><li>• menor latência para os sintomas com o repouso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• reduzir dose ou descontinuar agonista dopaminérgico</li><li>• usar antagonista dopaminérgico</li></ul>
Alterações comportamentais impulsivas	comum com agonistas dopaminérgicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• impulsividade</li><li>• hipersexualidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• psicoterapia</li><li>• reduzir dose</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• jogo patológico</li> <li>• compras compulsivas</li> </ul>	<p>agor dop • usa dop</p>
Sonolência excessiva diurna	menos comum com agonistas dopaminérgicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sonolência e suas consequências</li> </ul>	<p>• ajus med</p>

ISRS = Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina

Fonte: Modificado de [Allen \(2011\)](#).

A **exacerbação aguda da sintomatologia** exige ampla reavaliação médica, devendo-se sempre levar em conta o papel relevante do metabolismo do ferro na SPI. A **aumentação** consiste em uma gradual piora da sintomatologia da SPI, que é intensamente induzida pelos agonistas dopaminérgicos. Em razão da grande potencialidade das drogas dopaminérgicas para a aumento e de seus efeitos impulsivos e compulsivos (particularmente, hipersexualidade, jogo patológico e compras compulsivas).

Há pouco, houve uma mudança de paradigma no tratamento inicial preconizado para a SPI. Em vez de se iniciar com pequenas doses de agonistas dopaminérgicos, como proposto por muitos anos (sendo o pramipexole aquele mais empregado), recentemente, o tratamento inicial migrou para os agentes  $\alpha_2\beta$  ligantes (sendo a gabapentina e a pregabalina os mais recomendados) ([GARCIA-BORREGUERO & CANO-PUMAREGA, 2017](#)).

## **Transtornos psiquiátricos e sono**

Problemas no sono, com frequência, ocorrem em condições psicopatológicas. Diversos estudos epidemiológicos demonstram a associação entre insônia e transtornos psiquiátricos. Em alguns dos transtornos, a alteração do sono está presente entre os critérios listados para o diagnóstico. Assim ocorre, por exemplo, nos transtornos de humor (transtorno depressivo e mania) e no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Em outros transtornos, pode ser observada a alteração de sono como uma manifestação de piora dos sintomas ou como consequência do tratamento.

### **Transtornos de humor**

Há muito é reconhecida a associação entre insônia e transtorno de humor ([OHAYON & ROTH, 2003](#)). De 80% a 90% dos pacientes com transtorno depressivo apresentam sintomas de insônia ou hipersonia, que estão entre os sintomas listados como critérios para o diagnóstico. No curso do transtorno de humor, pode variar o período em que a insônia ocorre. Em estudo publicado há mais de uma década, foi constatado que a insônia precedia o primeiro episódio do transtorno de humor acima de 40% dos casos e que em 29% das vezes se iniciava juntamente com os sintomas do transtorno de humor ([OHAYON & ROTH, 2003](#)). Ainda, metanálise de 21 estudos longitudinais identificou que indivíduos com insônia, sem sintomas depressivos, têm risco duas vezes maior de desenvolverem episódio depressivo, quando comparados a sujeitos sem alteração do sono ([BAGLIONI et al., 2011](#)). A ocorrência de distúrbio do sono pode predizer a recaída e a recorrência dos sintomas depressivos, além de contribuir para resistência ao tratamento ([BAGLIONI et al., 2011; SUTTON, 2014](#)).

É, atualmente, aceito que a insônia apresenta uma associação bidirecional com os transtornos depressivos ([SIVERTSEN et al., 2012; SUTTON, 2014](#)). A maioria dos pacientes com sintomas depressivos queixa-se de insônia, mas, hipersônia também pode ser observada. Estudos com PSG em pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo demonstram redução da latência para sono REM e

aumento da densidade do REM ([BENCA et al., 1992](#)). Também foram descritos achados como aumento da latência para o sono, aumento do tempo acordado após o início do sono (WASO) e despertar precoce pela manhã, levando à redução do tempo total de sono e da eficiência do sono. Também é observado que tais pacientes podem apresentar redução da quantidade e da porcentagem do estágio N3 do sono NREM.

Conforme descrito nos critérios diagnósticos do DSM-5 no Transtorno Depressivo Maior, e também no Transtorno Bipolar (TB) a alteração do sono está entre os critérios propostos para caracterizar o transtorno; tanto quando se refere à insônia ou à hipersonia (episódio depressivo) como quanto à redução da necessidade de sono (episódio maníaco ou hipomaníaco). Tais pacientes podem apresentar insônia, hipersonia, menor necessidade de sono, atraso de fase, padrão irregular de sono; e, tais alterações devem ser identificadas. Os estudos com PSG nesses pacientes, na sua maioria, são limitados pelo pequeno tamanho de amostra e pela diversidade dos efeitos das medicações. Em resumo, o que se observa, semelhante ao que é descrito no transtorno depressivo, é a redução da latência para o sono REM, aumento da densidade REM e reduzida continuidade do sono ([ASAAD et al., 2016](#)).

Em suma, as alterações de sono devem ser investigadas quando um paciente apresentar transtorno de humor. Estas podem atuar como fator de risco para um episódio de transtorno de humor, podem facilitar a ocorrência de recaída e podem interferir na regulação do humor e do funcionamento cognitivo. Ainda, distúrbios do sono podem ser considerados fator de risco para uso de substâncias, as quais também podem interferir no sono e no transtorno psiquiátrico, facilitando um círculo vicioso.

## Transtorno por uso de substâncias

Muitas substâncias psicoativas (SPAs) com risco de abuso interferem no sono. As alterações no sono e na vigília podem ocorrer tanto durante o uso da substância quanto na sua descontinuação. E, por outro lado, as alterações de sono podem predispor o indivíduo a fazer uso de SPAs, em uma tentativa de atenuar e lidar com o distúrbio. Logo, todo paciente com queixa relacionada com o sono deve ser investigado quanto ao uso de SPAs: álcool, medicamentos prescritos e utilizados como automedicação, drogas lícitas e ilícitas. E todos os pacientes que fazem uso de SPAs devem ser questionados quanto a alterações do sono e da vigília, uma vez que insônia, hipersonolência, transtorno do ritmo circadiano, apneia do sono, parassonias e distúrbios de movimentos relacionados com o sono podem ocorrer nesses indivíduos.

Em relação à cafeína, a intoxicação por cafeína está associada à inquietude, ansiedade, taquicardia e insônia. Efeitos observados na PSG incluem redução do tempo total de sono (TTS), da eficiência do sono e da pressão homeostática para o sono. Na abstinência à cafeína, podem ocorrer cefaleia, fadiga e prejuízo no desempenho de atividades em decorrência da sonolência.

O uso da nicotina está associado a distúrbios do sono, tanto dificultando o adormecer, como a manutenção do sono. Em indivíduos normais, a nicotina transdérmica (7-14 mg) pode produzir um aumento (dose-dependente) da vigília e uma redução na porcentagem do sono REM, em relação ao que é observado com o placebo ([GILLIN et al., 1994](#)). A descontinuação do uso em indivíduos dependentes de nicotina está associada a alterações do sono e da vigília. Pode ocorrer insônia, com pico na primeira semana de abstinência do tabaco, mas podendo persistir por 2 a 4 semanas.

Quanto ao uso de álcool, cabe lembrar que não são poucos os indivíduos com insônia que fazem uso de álcool próximo ao horário de dormir, visando facilitar o sono. No entanto, esse consumo interfere na arquitetura do sono e agrava o distúrbio. É observado que o álcool pode propiciar uma redução na latência para início do sono.

Contudo, deve ser considerado que o álcool tende a piorar a qualidade e a continuidade do sono. O álcool afeta a progressão normal dos estágios de sono. O uso repetido de álcool leva ao desenvolvimento de tolerância quanto à indução do sono. A descontinuação do uso de álcool é seguida por um rebote de sono REM. Estudos avaliando com PSG o sono de pacientes com alcoolismo demonstram alterações na latência e no tempo total de sono, tanto com o uso do álcool, como nas noites de sua descontinuação. Alterações na macroestrutura do sono, observadas no traçado do EEG da PSG, podem persistir, por dois a três anos, após a interrupção do uso de álcool. Na prática clínica, são observadas diferentes queixas de alterações do sono, como sonolência diurna e parassonias, entre os pacientes com alcoolismo. O uso de álcool também pode agravar distúrbios respiratórios do sono, merecendo, portanto, evidente atenção por parte de médicos e cuidadores. E o risco de transtorno de movimento periódicos dos membros acha-se aumentado em associação com o consumo de álcool. Uma vez que no alcoolismo podem ocorrer deficiências de ferro, ferritina, magnésio, vitamina B<sub>12</sub> e polineuropatia – as quais também estão associadas a maior ocorrência de movimento periódicos dos membros no sono e de síndrome de pernas inquietas – tais distúrbios de movimento também devem ser avaliados nesses pacientes.

Diferentes prejuízos estão associados ao uso de cocaína, incluindo alteração do sono e suas consequências. Na PSG, podem ser observados maior latência para o sono, redução do TTS e supressão do sono REM. É descrito que, no período de abstinência, cerca de 50% dos usuários de cocaína apresentam sonhos vividos, 75% apresentam insônia e 60% apresentam hipersonolência ([SOFUOGLU et al., 2005](#)). Estudos com PSG, avaliando efeito da descontinuação do uso em dependentes de cocaína, demonstram, na abstinência inicial, aumento do tempo de sono e rebote de sono REM. A seguir, há ocorrência de insônia e de alteração no sono REM ([SCHIERENBECK et al., 2008](#)).

A exposição ao (±)3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) ou ecstasy reduz o tempo total de sono. É observado que essa redução do tempo de sono não é associada ao aumento da sonolência diurna no

dia seguinte, em condições, por exemplo, de restrição de 4 horas de sono. Também *cannabis*, mefedrona e várias outras SPAs interferem no sono e na vigília. Logo, cabe ao profissional conhecer tais substâncias, considerar que o paciente pode ter feito uso e questionar sobre potencial padrão de uso.

Medicações com potencial interferência no sono e na vigília serão abordadas mais adiante.

## **Transtornos de ansiedade**

Na interface entre transtornos de ansiedade e disfunções do sono há menos estudos em comparação ao que é observado em transtornos de humor, mas diversos achados clínicos e neurobiológicos permitem a compreensão da associação. Por exemplo, tanto os indivíduos com insônia como os com transtorno de ansiedade podem apresentar um estado de hiperalerta, de tal maneira que essa característica é frequentemente foco do tratamento (farmacológico e psicoterápico). Ainda, é observado que a privação de sono pode agravar os sintomas de ansiedade.

Em estudo realizado em diferentes países da Europa, foi observado que nos indivíduos sem história prévia de transtorno de ansiedade a insônia aparecia juntamente com o transtorno de ansiedade em aproximadamente 38% dos casos; e, que a ansiedade antecedia a insônia em torno de 43% dos indivíduos ([OHAYON & ROTH, 2003](#)).

No Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), a sobreposição com achados relacionados com a insônia é grande; tanto pelas alterações de sono manifestadas pelos pacientes com TAG, como pelos sintomas de fadiga, de dificuldade para se concentrar e de irritabilidade, que são citados como potenciais sintomas de TAG, serem também possíveis consequências da alteração do sono. Ainda, a excessiva preocupação (apreensão) que caracteriza o TAG também pode ocorrer em indivíduos com insônia, como citado anteriormente. E a excessiva preocupação pode predispor ou perpetuar a insônia; sendo que no transtorno de insônia o conteúdo da excessiva preocupação tende a estar relacionado com a ocorrência, ou não, do sono e com possuir, ou não, a capacidade de adormecer.

Nos estudos com PSG os indivíduos com TAG, em relação aos controles, apresentam aumento da latência para início do sono, aumento do WASO e menor eficiência do sono ([MONTI & MONTI, 2000](#)). Também em indivíduos com Transtorno de Pânico podem ser observadas alterações no sono. Destaca-se a ocorrência de dificuldade em iniciar e manter o sono, sono não reparador, além de ataques de pânico à noite. Vale ressaltar que um distúrbio do sono que

é relatado ocorrer em pacientes com Transtorno de Pânico é a paralisia do sono ([SHARPLESS & BARBER, 2011](#)). Esclarecemos que paralisia do sono é observada no transtorno de pânico, como citado, mas também em outros transtornos psiquiátricos.

## **Transtorno de estresse pós-traumático**

No transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a alteração do sono, seja como insônia ou sonhos aflitivos, é componente do diagnóstico com evidente papel na morbidade do transtorno, merecendo adequada avaliação e tratamento ([PIGEON & GALLEGOS, 2015](#)). Quanto aos achados obtidos em PSG, em uma metanálise de 20 estudos observou-se que tais pacientes apresentam aumento de estágio N1 do sono NREM, redução de N3 e aumento da densidade de sono REM ([KOBAYASHI et al., 2007](#)).

## **Esquizofrenia**

As queixas mais consistentes são aquelas relacionadas com a dificuldade de iniciar e manter o sono. Não raro, a insônia pode se apresentar como um sinal de recorrência ou exacerbação dos sintomas psicóticos ou sinalizar a recaída frente à descontinuação da medicação antipsicótica ([CHEMERINSKI et al., 2002](#)). Esses pacientes podem apresentar também uma inversão sono e vigília, dormindo ao longo do dia e permanecendo despertos à noite, o que está relacionado com achados de baixa qualidade de sono. De fato, tais pacientes podem apresentar diversos distúrbios relacionados com o sono, desde irregular padrão de sono-vigília e má higiene do sono, até parassonias, movimento periódico de membros, síndrome de pernas inquietas, apneia obstrutiva do sono e sonolência excessiva diurna. Muitas dessas alterações podem ser precipitadas ou agravadas pelo uso de antipsicóticos ([KLINGAMAN et al., 2015](#)). Esse aspecto merece receber atenção tanto de parte dos cuidadores como de médicos. Além disso, o consumo comórbido de nicotina e outras SPAs pode também prejudicar o sono.

## **Alterações do sono e comportamento suicida**

Nos últimos anos diversos estudos avaliaram relação entre insônia e suicídio. De acordo com metanálise publicada em 2012 foi demonstrado que distúrbios do sono estão associados a aumentado risco para ideação e tentativa de suicídio; assim como, morte por suicídio ([PIGEON et al., 2012](#)).

Revisão sistemática e metanálise que incluiu 19 estudos (104.436 pacientes) para avaliar a associação entre distúrbio do sono e risco para comportamento suicida em pacientes com transtornos psiquiátricos verificou que, comparado a indivíduos sem distúrbios de sono, os pacientes com diagnóstico psiquiátrico e comorbidade com distúrbio de sono têm maior risco para comportamento suicida (OR = 1,99, 95% CI 1,72, 2,30, P <0,001). Essa associação foi constatada em diferentes condições como transtorno do estresse pós-traumático, esquizofrenia, transtorno do pânico e transtorno depressivo. Dentre os distúrbios de sono avaliados, estiveram associados ao comportamento suicida nos pacientes com transtornos psiquiátricos: insônia, parassonias e transtornos respiratórios relacionados com o sono ([MALIK et al., 2014](#)).

## **Efeitos indesejáveis das medicações psiquiátricas no sono**

As medicações utilizadas no tratamento de transtornos psiquiátricos exercem efeitos através da modulação de variados neurotransmissores, com complexas interações com receptores colinérgicos, dopaminérgicos e serotoninérgicos, entre outros. Devido a tais interações, podem causar impacto significativo na fisiologia do sono, resultando em efeitos benéficos e desejáveis, porém também ocasionando efeitos adversos que podem demandar atenção clínica. Sendo assim, o próprio tratamento com medicações psicotrópicas pode se associar ao aparecimento ou agravamento de problemas de sono, que, por sua vez, podem interferir negativamente no curso do transtorno inicialmente abordado ([BROWER, 2011](#)). É necessário, portanto, que os pacientes sejam regularmente monitorizados em relação a possíveis alterações no sono secundárias às medicações prescritas, como as que serão abordadas a seguir.

## Insônia induzida por medicamentos

A insônia induzida por medicamentos é uma alteração do sono prevalente, que ocorre em até 50% dos pacientes em uso de determinadas substâncias. Muitas medicações habitualmente utilizadas no tratamento dos transtornos psiquiátricos podem causar insônia durante o período de uso, como veremos adiante, ou quando seu uso é interrompido, o que é frequente em pacientes tratados cronicamente com benzodiazepínicos, e pode persistir por dias ou semanas ([MALANGU, 2012](#)).

Em alguns casos, como na retirada de benzodiazepínicos de curta ação, é possível ainda ocorrer um quadro de rebote, caracterizado por aumento dos sintomas de insônia além de seu nível basal ([APA, 2013](#)). A interrupção do uso de barbitúricos, opioides e inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), principalmente quando ocorre de modo abrupto, também costuma se associar a quadros de insônia. Além disso, através de outros efeitos adversos, como cefaleia, irritabilidade, ansiedade, agitação, pesadelos e sonambulismo, algumas medicações podem provocar ou exacerbar sintomas de insônia de modo indireto ([MALANGU, 2012](#)). Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) com efeitos noradrenérgicos mais proeminentes (desipramina e nortriptilina) associam-se a insônia como efeito colateral, além de alterações polissonográficas, como o aumento da latência do sono e dos despertares, e a redução do tempo total de sono (TTS) ([SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017](#)).

A insônia é uma das queixas mais frequentes com o uso de fluoxetina, porém, um percentual semelhante de pacientes se queixa de sonolência diurna com o uso dessa medicação. Esse perfil de efeitos diversos sobre comportamentos relacionados com o sono representa um efeito de classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs). No caso da insônia, as queixas ocorrem em 10% a 20% dos pacientes deprimidos tratados com essa classe de antidepressivos. O prejuízo na continuidade do sono parece ser dose-dependente e menos pronunciado com o uso de sertralina, citalopram e escitalopram ([DEMARTINIS & WINOKUR, 2007](#)). Os inibidores da

monoaminoxidase (IMAO) também podem provocar insônia, em particular a tranilcipromina, provavelmente devido à sua semelhança farmacológica com as anfetaminas (DEMARTINIS & WINOKUR, 2007).

A insônia está entre os efeitos adversos mais citados por pacientes em uso de bupropiona e dos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSNs) duloxetina e venlafaxina (SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017).

No Quadro 18.11 encontram-se os principais antidepressivos utilizados na prática clínica e sua associação com insônia e sonolência excessiva. Antipsicóticos típicos e atípicos com frequência causam insônia, em especial aripiprazol, asenapina, risperidona e paliperidona (MALANGU, 2012). Entre as medicações usadas no tratamento da doença de Parkinson, a selegilina tem a maior tendência a causar insônia, seguida pela amantadina. O uso de metilfenidato, lisdexanfetamina e modafinila pode se associar ao desenvolvimento ou agravamento da insônia, mesmo em doses terapêuticas. Os prejuízos no sono são ainda mais evidentes nos casos de intoxicação aguda, e também na abstinência ou retirada de estimulantes (SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017).

---

## Quadro 18.11

### Antidepressivos e insônia e sonolência

---

Antidepressivos	Insônia	Sonolência
<b>Tricíclicos (ADT)</b>		
Amitriptilina	+	+++
Imipramina	+	+++
Clomipramina	+	+++
Doxepina	-	+
Nortriptilina	+	-
<b>Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)</b>		

Citalopram	+	+
Escitalopram	+	+
Fluoxetina	++	+
Fluvoxamina	++	+
Paroxetina	++	++
Sertralina	++	++

### Inibidores da recaptação da serotonina e norepinefrina (IRSN)

Desvenlafaxina	++	+
Duloxetina	++	+
Venlafaxina	+++	+++

### Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)

Fenelzina	+	+
Tranilcipromina	+	+
Selegilina	++	-
Outros		
Trazodona	-	++
Bupropiona	++	+
Mirtazapina	+	+++
Atomoxetina	+	+

-ausente + leve ++ moderada +++ intensa

Fonte: [Schweitzer e Randazzo \(2017\)](#).

A insônia pode ser um efeito indesejável de diversas outras substâncias utilizadas no tratamento de doenças psiquiátricas, como buspirona, lamotrigina, opioides e os inibidores da colinesterase donepezila e galantamina ([SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017](#)). Fatores como idade avançada, sexo feminino, menor nível socioeconômico, desemprego, presença de comorbidades clínicas e uso de outras medicações parecem favorecer a ocorrência de insônia

induzida por medicações ([MALANGU, 2012](#)).

O manejo desses quadros inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas. Para medicações que causam insônia quando interrompidas, a estratégia mais comum é redução gradual de sua dosagem ao longo dos dias, evitando a retirada abrupta ([MALANGU, 2012](#)). Quando a insônia está associada ao uso dos fármacos, medidas simples como a troca da administração diurna para noturna (ou vice-versa) podem ser suficientes para resolver esse efeito adverso ([BROWER, 2011](#)). Se necessário, deve-se ainda avaliar a possibilidade de modificação da dosagem utilizada, pois em alguns casos a alteração do sono é dose-dependente. Outras possibilidades são a interrupção da medicação, quando possível, ou sua substituição por outra com perfil mais favorável de efeitos no sono ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

## Sonolência excessiva e ataques de sono

Queixas de sonolência excessiva diurna (SED) e fadiga são muito frequentes com o uso de medicações que agem sobre o sistema nervoso central (SNC). Embora os efeitos colaterais sejam tipicamente piores na introdução do fármaco ou durante as mudanças de dose, mesmo pacientes com dosagem estável podem continuar a ter sedação ou fadiga relacionadas com o seu esquema medicamentoso (HAGEN & BLACK, 2010). Os ADTs mais sedativos são em geral mais anticolinérgicos (como a amitriptilina) e mais anti-histaminérgicos (doxepina), mas também exibem, proporcionalmente, maior inibição da recaptação de serotonina do que noradrenalina (SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017). A sonolência diurna associada a essas medicações em muitos casos é transitória (DE MARTINIS & WINOKUR, 2007).

Como vimos anteriormente, os ISRS, como classe, podem causar tanto insônia quanto sonolência diurna. A fluoxetina tem maior probabilidade de se associar a sonolência nos primeiros dias de uso, e o efeito sedativo parece ser maior quando utilizada em doses diárias de 20 a 40 mg, em comparação com 40-60 mg/dia. A fluvoxamina tem sido associada a dificuldade para se atingir o alerta pela manhã. A paroxetina causa com maior frequência sedação, embora possa causar insônia em alguns pacientes (SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017). Assim como os ISRSs, a venlafaxina, a duloxetina e a maioria dos IMAOs também estão associadas tanto a insônia, quanto a sonolência diurna. Isso também pode ocorrer, de forma transitória, nas primeiras semanas de uso de agomelatina. Já a trazodona e a mirtazapina têm sido principalmente relacionadas com potentes efeitos promotores do sono noturno e frequentes queixas de sonolência diurna (DEMARTINIS & WINOKUR, 2007).

O Quadro 18.11 exibe a associação entre insônia e sonolência excessiva e os antidepressivos mais utilizados atualmente.

---

### Quadro 18.12

Medicações psicofármacos associadas à indução/exacerbação da

## **Инсултос и другие состояния, включая головные боли и психозы**

---

### **Antidepressivos**

#### **Тривалентные (АДТ)**

Amitriptilina  
Imipramina  
Clomipramina  
Desipramina  
Nortriptilina  
Protriptilina

#### **Ингибиторы селективного захвата серотонина (ISRS)**

Escitalopram  
Fluoxetina  
Paroxetina

#### **Ингибиторы захвата серотонина и норадреналина (ИРСН)**

Duloxetina  
Venlafaxina

#### **Ингибиторы захвата дофамина и норадреналина**

Bupropiona

#### **Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)**

Fenelzina

### **Outros**

Mirtazapina  
Vortioxetina

### **Антисудорожные агенты**

Clozapina

Risperidona

## Sedativo-hipnóticos

Zopiclone

---

Fonte: [Schweitzer e Randazzo \(2017\)](#); [Hirshkowitz e Mammen \(2011\)](#).

Os antipsicóticos atípicos parecem melhorar a avaliação subjetiva do sono, porém a sonolência diurna é um efeito adverso comum a essa classe de medicações, em intensidade variável ([BROWER, 2011](#)), que parece ser inversamente proporcional à potência clínica. A clozapina costuma provocar sedação intensa, e esse sintoma é responsável por 24% dos casos de descontinuação do tratamento. Com o uso de quetiapina e olanzapina, esse quadro é moderado, e leve com risperidona e ziprasidona. O aripiprazol é o que causa menos sedação ([SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017](#)). Dentre os antipsicóticos típicos, o haloperidol é considerado apenas levemente sedativo, enquanto a clorpromazina e a tioridazina produzem sedação moderada a acentuada ([DEMARTINIS & WINOKUR, 2007](#)).

Os anticonvulsivantes exercem efeitos variados na arquitetura do sono, e frequentemente estão associados a sedação e SED. O uso de benzodiazepínicos, lítio e opioides, assim como a retirada de substâncias estimulantes também pode causar tais efeitos adversos ([BROWER, 2011](#); [APA, 2013](#)).

O uso de agonistas dopaminérgicos se relaciona frequentemente com a ocorrência de sonolência diurna, principalmente em doses elevadas. Também há relatos de ataques de sono, que são episódios súbitos de sonolência intensa, muitas vezes sem sintomas prévios, observados com o uso de qualquer agente dopaminérgico, porém em menor frequência com levodopa isoladamente. A possibilidade de o paciente adormecer subitamente em situações potencialmente perigosas, como durante a direção veicular, deve ser levada em consideração quando da prescrição desses medicamentos ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)). Da mesma forma que nos casos de insônia induzida por medicações, a mudança do horário de

administração pode minimizar e até resolver a questão da sonolência excessiva diurna (BROWER, 2011). O manejo também envolve, quando possível, a descontinuação da substância, ou sua troca para outra com menores efeitos sedativos. Quando a sonolência decorre da retirada de estimulantes, geralmente é transitória e pode ser aliviada com compensação de sono (HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011).

Embora a sedação e a sonolência diurna sejam efeitos indesejáveis de muitas medicações, algumas delas têm sido aproveitadas como opções para o tratamento da insônia. Esse é o caso de antidepressivos, como a doxepina e a trazodona, em doses mais baixas do que as usadas para depressão. Antipsicóticos e anticonvulsivantes, como a gabapentina e pregabalina também são utilizados (DEMARTINIS & WINOKUR, 2007).

## **Transtornos respiratórios relacionados com o sono**

Além da associação já estudada entre a presença de transtornos mentais e risco aumentado para distúrbios respiratórios do sono, indivíduos em tratamento psiquiátrico frequentemente estão expostos a medicações que induzem ganho ponderal e síndrome metabólica, em particular antipsicóticos atípicos e alguns antidepressivos, o que favorece a emergência de síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva sono (SAHOS) ([SHIRANI et al., 2011](#)). Além disso, independentemente do seu impacto no índice de massa corporal (IMC), vários agentes farmacológicos exercem uma influência direta sobre a função respiratória durante o sono ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

Benzodiazepínicos e outros depressores do SNC apresentam associação bem definida com a indução e o agravamento de distúrbios respiratórios do sono, o que parece ocorrer através de no mínimo três mecanismos: a) supressão da resposta ventilatória a hipóxia e hipercarbia; b) propriedades músculo-relaxantes, aumentando a resistência da via aérea e induzindo ou exacerbando distúrbios respiratórios obstrutivos do sono; c) aumento do limiar de despertar, prolongando os episódios de apneia ([SHIRANI et al., 2011](#); [HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#))

Além de agravarem quadros de apneia obstrutiva do sono, os opioides também têm sido associados à apneia central do sono, de forma dose-dependente, ocorrendo em cerca de 24-30% dos usuários crônicos, o que representa uma taxa muito maior do que na população em geral. A buprenorfina parece provocar menos apneias centrais do que outros opioides ([BROWER, 2011](#); [APA, 2013](#)). O uso crônico de antipsicóticos típicos representa um fator de risco para o diagnóstico de SAHOS na esquizofrenia, independente do IMC ([SHIRANI et al., 2011](#)).

Há relatos esparsos associando o uso de quetiapina e olanzapina à falência respiratória e de aripiprazol à respiração de Cheyne-Stokes e apneia central do sono, porém em pacientes com idade avançada, presença de doença psiquiátrica e comorbidades clínicas prévias ao

uso das medicações. As importantes limitações apresentadas pelos estudos que abordam o tema e a pequena frequência dos relatos dificultam a análise dos resultados e o ajuste dos dados para controle de confundidores como idade, sexo, IMC, circunferência cervical e utilização de hipnóticos. Sugere-se, portanto, uma possível relação entre antipsicóticos atípicos e a presença e/ou gravidade da SAHOS, porém apenas em pacientes com maior susceptibilidade individual ([SHIRANI et al., 2011](#)).

Assim como no manejo de outros distúrbios do sono induzidos por medicações, deve-se inicialmente avaliar a possibilidade de redução, substituição ou retirada da substância associada aos sintomas. Em muitos casos, isso não é possível, e as mesmas medidas terapêuticas utilizadas nos distúrbios respiratórios do sono primários devem ser consideradas: perda ponderal, tratamentos cirúrgicos, aparelhos intraorais e terapia com pressão positiva nas vias aéreas (PAP) ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

## **Parassonias**

### **Pesadelos e sonhos anormais**

Diversas substâncias utilizadas no tratamento de transtornos psiquiátricos se relacionam com o aparecimento ou a intensificação dos pesadelos, que podem ocorrer tanto durante o uso, como na retirada ou abstinência ([SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017](#); [APA, 2013](#)).

Antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e outras medicações relacionadas com pesadelos induzidos por substâncias estão listadas no [Quadro 18.12](#) ([SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017](#); [HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

Na maioria dos casos, os pesadelos têm duração limitada e melhoram com a normalização do sono. Quando começam repentinamente, ou se agravam em um período próximo a uma mudança na medicação ou à administração de nova substância, o primeiro passo é realizar um ajuste de dose ou substituí-la por outra com menor potencial de causar esse efeito adverso. Se os pesadelos persistem além do período inicial de ajuste medicamentoso, é preciso atentar para a possibilidade de desenvolvimento de insônia associada ao medo de dormir, devido ao incômodo causado pelos pesadelos, pois a própria privação de sono pode exacerbar os pesadelos. Caso os pesadelos ocorram como sintoma de quadros de abstinência, deve-se tentar avaliar se os sonhos angustiantes resultam da perturbação geral do sono ou do rebote de sono REM. Na primeira situação, o manejo das alterações do sono que ocorrem com a retirada de barbitúricos, álcool e outros fármacos sedativos pode incluir a terapia comportamental e o uso agudo de benzodiazepínicos de curta ação ou agonistas de receptores melatoninérgicos. Já nos casos de rebote do sono REM levando à intensificação dos sonhos pela retirada de anfetaminas e alguns antidepressivos, pode ser realizada uma redução mais gradual, ou a substituição temporária por outro agente com efeito supressor de sono REM, para posterior suspensão ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

Apesar de aparentemente se tratar de um efeito adverso leve, em

alguns casos a intensificação de sonhos perturbadores e angustiantes passa a interferir na vida do paciente e há relatos de associação com tentativas de suicídio. Assim, os pesadelos induzidos por medicações não devem ser negligenciados pelos clínicos, principalmente em pacientes com transtornos psiquiátricos e em particular nos casos de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) ([APA, 2013](#); [HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

## **Transtorno comportamental do sono REM e sono REM sem atonia**

Estima-se que a prevalência do Transtorno Comportamental do Sono REM (TCSREM) seja maior em pacientes com transtornos psiquiátricos, quando comparados à população geral, o que parece se relacionar com o uso de medicações para o tratamento dessas condições. Os antidepressivos estão entre as principais substâncias associadas a evidências polissonográficas de sono REM sem atonia e franco TCSREM, havendo relatos com o uso agudo e crônico de tricíclicos, ISRS (p. ex., fluoxetina), IRSN (venlafaxina), IMAO e mirtazapina.

Há relatos ainda de associação com inibidores da acetilcolinesterase e betabloqueadores ([APA, 2013](#); [SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017](#)). Não se sabe ao certo se os medicamentos *per se* causam o TCSREM ou se revelam a presença de uma predisposição subjacente ([APA, 2013](#)). A retirada de barbitúricos, opioides e etanol pode induzir um quadro agudo e transitório de TCSREM, provavelmente por meio de rebote de sono REM. O tratamento medicamentoso do TCSREM consiste na administração do benzodiazepíncio clonazepam, ao deitar, com resposta satisfatória em quase 80% dos casos.

No entanto, no TCSREM induzido por substâncias, observa-se menor resposta ao uso de clonazepam e a eficácia de outros tratamentos é desconhecida até o momento. Quando possível, deve-se optar por descontinuar o medicamento associado ao quadro, ou substitui-lo por um alternativo ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

## **Sonambulismo e outras parassonias do despertar do sono não REM**

O uso de medicações sedativo-hipnóticas, geralmente prescritas para o tratamento de insônia, está entre os principais fatores precipitantes de episódios de sonambulismo. Há inúmeros relatos envolvendo o uso de benzodiazepínicos, zolpidem e eszopiclone e a associação a derivados etílicos aumenta ainda mais essa possibilidade. Durante os episódios de sonambulismo induzido por sedativo-hipnóticos, os indivíduos muitas vezes são capazes de realizar atos complexos, como dirigir um veículo, porém de modo automático, o que representa um risco para ele próprio e para terceiros ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

Diversas outras medicações utilizadas no tratamento de transtornos psiquiátricos podem contribuir para o surgimento ou agravamento do sonambulismo. Nesse sentido, o papel do lítio tem sido relatado há décadas, com estudos evidenciando o surgimento de episódios de sonambulismo após o início do uso da substância. Indivíduos com história pessoal de sonambulismo na infância parecem estar sob maior risco para a ocorrência do quadro induzido por lítio ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

ISRSs, em particular a paroxetina, podem precipitar o sonambulismo, provavelmente devido ao envolvimento dos receptores de serotonina na ativação do córtex motor. Mirtazapina, bupropiona e outros antidepressivos também podem deflagrar os sintomas ([SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017](#); [AMARA & MADDOX, 2017](#)). Antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, olanzapina e risperidona, são conhecidos por exacerbar o sonambulismo, especialmente durante a fase inicial do tratamento, e o quadro costuma se resolver com a suspensão da substância. Também há relatos de caso de sonambulismo em pacientes tratados com betabloqueadores, geralmente para enxaquecas ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

O comportamento alimentar relacionado com o sono e o comportamento sexual relacionado com o sono (sexsônia, ou sexo do

sono) são consideradas duas variantes do sonambulismo e, da mesma forma, podem ser induzidos por medicações usadas em nossa prática clínica, como zolpidem, olanzapina e risperidona, entre outras ([APA, 2013](#)). Um estudo avaliou indivíduos diagnosticados com comportamento alimentar relacionado com o sono, com o objetivo de investigar possíveis diferenças entre os casos primários e os induzidos por medicações. Os resultados sugerem que o uso de altas doses de benzodiazepínicos pode ser responsável pela ocorrência de comportamento alimentar relacionado com o sono induzido por substância e que, nesses casos, a idade de início dos episódios foi mais avançada, não havia predominância do sexo feminino e a comorbidade com a síndrome do comer noturno foi rara, de modo contrário aos casos primários ([AMARA & MADDOX, 2017](#)).

Em relação ao manejo dos distúrbios do despertar induzidos por substâncias, é necessário avaliar a possibilidade de suspender o agente causador, ou substitui-lo. O uso de benzodiazepínicos pode trazer benefícios em curto prazo, devido a seus efeitos de redução do sono de ondas lentas. Quando o sonambulismo está relacionado com o uso sedativo-hipnóticos, a descontinuação deve ser fortemente considerada. Caso não seja possível, é importante que o clínico oriente o paciente quanto à importância de seguir rigidamente as orientações quanto ao uso, respeitando três regras principais: a) Não usar em associação com derivados etílicos; b) Não reduzir a dose por conta própria (a redução do efeito hipnótico pode torná-lo ineficaz para manter o sono); c) Usar a medicação ao deitar. Não a utilizar e iniciar outras atividades, como, falar ao telefone, checar e-mails, lavar louça ou, principalmente, dirigir veículos. Além disso, devem ser reforçadas orientações comuns aos casos de sonambulismo, visando a proteção do paciente e a prevenção de acidentes ([HIRSHKOWITZ & MAMMEN, 2011](#)).

## **Distúrbios do movimento relacionados com o sono Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) e Distúrbio do Movimento Periódico de Membros (DMPD)**

A Síndrome das Pernas Inquietas induzida por substâncias é uma causa comum, porém pouco diagnosticada, de problemas de sono. Diversos agentes farmacológicos usados habitualmente no tratamento de transtornos psiquiátricos podem desencadear ou agravar quadros de SPI e Distúrbio do Movimento Periódico de Membros ([NOVAK et al., 2010](#)).

Diversos estudos com antipsicóticos de primeira e segunda gerações evidenciaram associação entre SPI e o uso de haloperidol, olanzapina, quetiapina, risperidona, entre outros. Além disso, a SPI induzida por medicações deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de quadros de acatisia, um efeito colateral frequente com o uso de antipsicóticos. Até o momento, não há dados suficientes para a associação de ziprasidona, paliperidona ou zuclopentixol com aumento da frequência de SPI ([SEMIZ et al., 2016](#)). Em um estudo observacional, a SPI foi relatada como efeito adverso em 9% dos pacientes que utilizaram antidepressivos. A mirtazapina provocou ou exacerbou a SPI em 28% dos pacientes, enquanto no caso dos ISRS (citalopram, escitalopram, sertralina, paroxetina e fluoxetina) e IRSN (duloxetina e venlafaxina) avaliados no estudo esse valor foi de aproximadamente 5%. Não houve casos de SPI induzida por reboxetina, um inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina. Nesse estudo, os sintomas induzidos pelos antidepressivos ocorreram habitualmente nos primeiros dias de tratamento (média de 2,5 dias). De forma semelhante, um estudo polissonográfico, indicou risco cinco vezes maior de o índice de movimentos periódicos de membros estar aumentado ( $> 20$  / hora de sono) nos indivíduos em uso de antidepressivos com efeito serotoninérgico (ISRSs e venlafaxina), o que não ocorreu com a bupropiona. O uso de outros antidepressivos, lítio e levotiroxina, bem como a retirada de opioides, também pode induzir ou agravar quadros de SPI ou DMPD ([NOVAK et al., 2010](#);

[SCHWEITZER & RANDAZZO, 2017\).](#)

Os aspectos específicos do diagnóstico e tratamento de transtornos psiquiátricos em pacientes com SPI devem ser cuidadosamente considerados para evitar a exacerbação de SPI e posterior piora de queixas relacionadas com o sono e, possivelmente, do próprio transtorno psiquiátrico subjacente. Sendo assim, embora não haja consensos específicos para o tratamento de episódios depressivos maiores comórbidos com SPI, a bupropiona parece ser o antidepressivo de escolha quando seu uso não é contraindicado. Nos casos induzidos por substâncias, a substituição por outra com menos efeitos serotoninérgicos é uma alternativa ([NOVAK et al., 2010](#)).

## **Bruxismo do sono**

Pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam maior prevalência de bruxismo e medicações utilizadas no tratamento desses transtornos têm sido diretamente associadas à indução ou exacerbação de distúrbios do movimento, entre eles o bruxismo. Muitas classes de medicações com ações no SNC podem contribuir para a etiopatogênese do bruxismo diurno e do sono, principalmente os antipsicóticos típicos (de primeira geração) e os antidepressivos ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) ([BOU KHALIL & RICHA, 2012](#)).

No caso dos antipsicóticos, o bruxismo parece ocorrer no contexto dos distúrbios do movimento agudos e crônicos causados pelo bloqueio dos receptores de dopamina, o que justifica a maior associação do bruxismo diurno com os de primeira geração. Por outro lado, os antipsicóticos atípicos, que antagonizam tanto a dopamina como os receptores de serotonina, parecem ser eficazes no seu manejo, como observado em relatos de casos de bruxismo diurno induzido por antipsicóticos típicos que foram tratados com sucesso através do uso de clozapina e aripiprazol ([FALISI et al., 2014](#)).

A relação entre os antidepressivos ISRS e o bruxismo do sono está bem descrita na literatura, com relatos envolvendo fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina e fluvoxamina, e evidências sugerindo efeito dose-dependente. Venlafaxina, duloxetina e bupropiona também têm sido associadas à indução ou agravamento do bruxismo, ao contrário dos antidepressivos tricíclicos, que podem ter efeitos positivos alguns aspectos do distúrbio ([BOU KHALIL & RICHA, 2012](#)).

Psicoestimulantes, como o metilfenidato, podem induzir bruxismo através da desregulação da via dopaminérgica mesocortical. A atomoxetina, outra substância utilizada no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), também parece estar relacionada com esse efeito adverso, assim como medicações anti-histaminérgicas, como o cetotifeno, através de mecanismos farmacológicos diversos ([FALISI et al., 2014](#)).

Em relação ao tratamento do bruxismo do sono induzido por psicotrópicos, deve-se inicialmente avaliar a possibilidade de redução da dose da substância relacionada. A administração de alfa e betabloqueadores, como clonidina e propranolol, ou de agonistas parciais de serotonina, como a buspirona, tem se mostrado útil na redução dos sintomas e até reversão do quadro. Agonistas GABAérgicos podem também desempenhar esse papel, em especial o clonazepam, que é eficaz na redução do número de episódios de bruxismo, além de melhorar outros parâmetros do sono como, indução, manutenção e arquitetura do sono (BOU KHALIL & RICHA, 2012).

## Questões para estudo

- 1) Em relação aos distúrbios respiratórios do sono induzidos por medicações, podemos afirmar que:
  - a) Antipsicóticos se relacionam com maior risco para distúrbios respiratórios do sono apenas por meio da indução de ganho ponderal.
  - b) Os benzodiazepínicos, ao contrário de outros depressores do SNC, podem aumentar o risco para distúrbios respiratórios do sono.
  - c) O uso de opioides apresenta relação com o surgimento de apneias centrais do sono.
  - d) A redução do limiar de despertar causada por algumas medicações prolonga os episódios de apneia.
  - e) Os antipsicóticos atípicos, mas não os típicos, podem aumentar o risco para distúrbios respiratórios do sono.
- 2) Dentre as substâncias a seguir, assinale aquela associada à indução/exacerbação do bruxismo do sono:
  - a) Buspirona
  - b) Clonazepam
  - c) Propranolol

- d) Paroxetina
- e) Amitriptilina

## Referências

- Allen RP. Restless legs syndrome and periodic limb movements: emergent and acute events during treatment. In: Chokroverty S, Sahota P, eds. *Acute and emergent events in sleep disorders*. New York: Oxford University Press; 2011:130–142.
- Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D, et al. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria – history, rationale, description, and significance. *Sleep Med*. 2014;15(8):860–873.
- Amara AW, Maddox MH. Epidemiology of sleep medicine. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017:627–637.
- AASM – American Academy of Sleep Medicine. (2014) International classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien, I.L. American Academy of Sleep Medicine.
- APA – American Psychiatric Association. (2013) Sleep-wake disorders. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, p. 361-422.
- Asaad T, Sabry W, Rabie M, El-Rassas H. Polysomnographic characteristics of bipolar hypomanic patients: comparison with unipolar depressed patients. *J Affect Disord*. 2016;191:274–279.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*. 2011;135(1–3):10–19.
- Banks S, Dorrian J, Basner M, Dinges DF. Sleep deprivation. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:49–55.
- Banca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(8):651–668.
- Berry, R.B., Brooks, R., Gamaldo, C.E. et al. (American Academy of Sleep Medicine). (2015) The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications, version 2.2. Darien, Illinois: American Academy of Sleep Medicine. Disponível em: [www.aasmnet.org](http://www.aasmnet.org).
- Bou Khalil R, Richa S. Bruxisme induit par les psychotropes: mise au point.

*Ann Med Psychol.* 2012;170(3):169–173.

- Brower KJ. Emergent sleep events in psychiatric disease. In: Chokroverty S, Sahota P, eds. *Acute and emergent events in sleep disorders*. New York: Oxford University Press; 2011:373–393.
- Chemerinski E, Ho B, Flaum M, et al. Insomnia as a predictor for symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2002;43:393–396.
- DeMartinis NA, Winokur A. Effects of psychiatric medications on sleep and sleep disorders. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2007;6:17–29.
- Falisi G, Rastelli C, Panti F, Maglione H, Quezada Arcega R. Psychotropic drugs and bruxism. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(10):1319–1326.
- Fosse M. J., Fosse R., Hobson J. A., Stickgold R. J. (2003). Dreaming and episodic memory: a functional dissociation? *J. Cogn. Neurosci.* 15, 1–9 10.1162/08989290321107774
- Garcia-Borreguero D, Cano-Pumarega I. New concepts in the management of restless legs syndrome. *BMJ*. 2017; 356:j104.
- Gillin LC, Lardon M, Ruiz C, et al. Dose-dependent effects of transdermal nicotine on early morning awakening and rapid eye movement sleep time in non-smoking normal volunteers. *J Clin Psychopharmacol*. 1994;14:264–267.
- Hobson J. A., Pace-Schott E. F., Stickgold R. (2000). Dreaming and the brain: toward a cognitive neuroscience of conscious states. *Behav. Brain Sci.* 23, 793–842 discussion: 904–1121.
- Hobson J, Pace-Schott E, Stickgold R (2003) Dreaming and thebrain: toward a cognitive neuroscience of conscious states. In:Pace-Schott E, Solms M, Blagrove M, Harnad S (eds) *Sleep and dreaming: scientific advances and reconsiderations*. CambridgeUniversity Press, Cambridge, p 1–50
- Hagen CC, Black JE. Hypersomnias of central origin. In: Winkelman J, Plante D, eds. *Foundations of psychiatric sleep medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010:146–159.
- Hirshkowitz M, Mammen MJ. Emergent sleep events related to medical treatment. In: Chokroverty S, Sahota P, eds. *Acute and emergent events in sleep disorders*. New York: Oxford University Press; 2011:463–482.
- IRLSSG – International Restless Legs Syndrome Study Group. (2012) Revised IRLSSG diagnostic criteria for RLS. Disponível em:  
<http://irlssg.org/diagnostic-criteria>. Acesso em 18 maio 2017.
- Kamath J, Virdi S, Winokur A. Sleep disturbances in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2015;38:777–792.
- Klingaman EA, Palmer-Bacon J, Bennett ME, Rowland LM. Sleep disorders

- among people with schizophrenia: emerging research. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(10):79.
- Kobayashi I, Boarts JM, Delahanty DL. Polysomnographically measured sleep abnormalities in PTSD: a meta-analytic review. *Psychophysiology.* 2007;44(4):660–669.
- Littner MR, Kushida C, Wise M, Davila DG, Morgenthaler T, Lee-Chiong T, Hirshkowitz M, Daniel LL, Bailey D, Berry RB, Kapen S, Kramer M. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test. *Sleep.* 2005;28(1):113–121.
- Lo JC, Chong PL, Ganesan S, Leong RL, Chee MW. Sleep deprivation increases formation of false memory. *J Sleep Res.* 2016: doi:10.1111/jsr. 12436.
- Malangu N. Drugs inducing insomnia as an adverse effect. In: Sahoo S, ed. *Can't Sleep? Issues of being an insomniac.* InTech Open Access Publisher; 2012:23–36.
- Malik S, Kanwar A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, Benkhadra K, Murad MH. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2014;25(3):18.
- Malkani R, Zee PC. Basic circadian rhythms and circadian sleep disorders. In: Chokroverty S, Thomas RJ, eds. *Atlas of Sleep Medicine.* Philadelphia: Elsevier; 2014:119–126.
- Malow BA. Approach to the patient with disordered sleep. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine.* 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017:573–575.
- Monti JM, Monti D. Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment. *Sleep Med Rev.* 2000;4(3):263–276.
- Novak M, Szentkiralyi A, Hornyak M. Sleep-related movement disorders. In: Winkelman J, Plante D, eds. *Foundations of Psychiatric Sleep Medicine.* Cambridge: Cambridge University Press; 2010:130–145.
- Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res.* 2003;37(1):9–15.
- Perlis ML, Kehr EL, Smith MT, Andrews PJ, Orff H, Giles DE. Temporal and stagewise distribution of high frequency EEG activity in patients with primary and secondary insomnia and in good sleeper controls. *J Sleep Res.* 2001;10:93–104.
- Pigeon WR, Gallegos AM. Posttraumatic stress disorder and sleep. *Sleep Med Clin.* 2015;10(1):41–48.

- Pigeon WR, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(9): e1160-7.
- Scammell TE. Narcolepsy. *N Engl J Med*. 2015;373:2654–2662.
- Schierenbeck T, Riemann D, Berger M, Hornyak M. Effect of illicit recreational drugs upon sleep: cocaine, ecstasy and marijuana. *Sleep Med Rev*. 2008;12(5):381–389.
- Schweitzer PK, Randazzo AC. Drugs that disturb sleep and wakefulness. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017:480–498.
- Semiz M, Solmaz V, Aksoy D, Inanir S, Colak B, Gokbakan M, et al. Prevalence of restless legs syndrome among psychiatric patients who are under antidepressant or antipsychotic monotherapy. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni – Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2016;26(2):161–168.
- Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep*. 2005;28(11):1405–1411.
- Sharpless BA, Barber JP. Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2011;15(5):311–315.
- Shirani A, Paradiso S, Dyken M. The impact of atypical antipsychotic use on obstructive sleep apnea: A pilot study and literature review. *Sleep Med*. 2011;12(6):591–597.
- Sivertsen B, Salo P, Mykletun A, et al. The bidirectional association between depression and insomnia: the HUNT study. *Psychosom Med*. 2012;74(7):758–765.
- Sofuoğlu M, Dudish-Poulsen S, Poling J, Mooney M, Hatsukami DK. The effect of individual cocaine withdrawal symptoms on outcomes in cocaine users. *Addict Behav*. 2005;30(6):1125–1134.
- Sutton EL. Psychiatric disorders and sleep issues. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1123–1143.
- Tavares AR, Cremaschi RMC, Coelho FMS. Narcolepsia: o despertar para uma realidade subestimada. *Revista Debates em Psiquiatria*. 2017;20–31: maio/junho,.
- Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2016;163:191–204.
- Vallières A, Azaiez A, Moreau DV, LeBlanc M, Morin CM. Insomnia in shift work. *Sleep Med*. 2014;15:1440–1448.

---

## CAPÍTULO 19

# **Transtornos alimentares nas emergências**

---

*Felipe Paraventi*

*Veruska Lastoria Amigo*

## **Pontos principais**

---

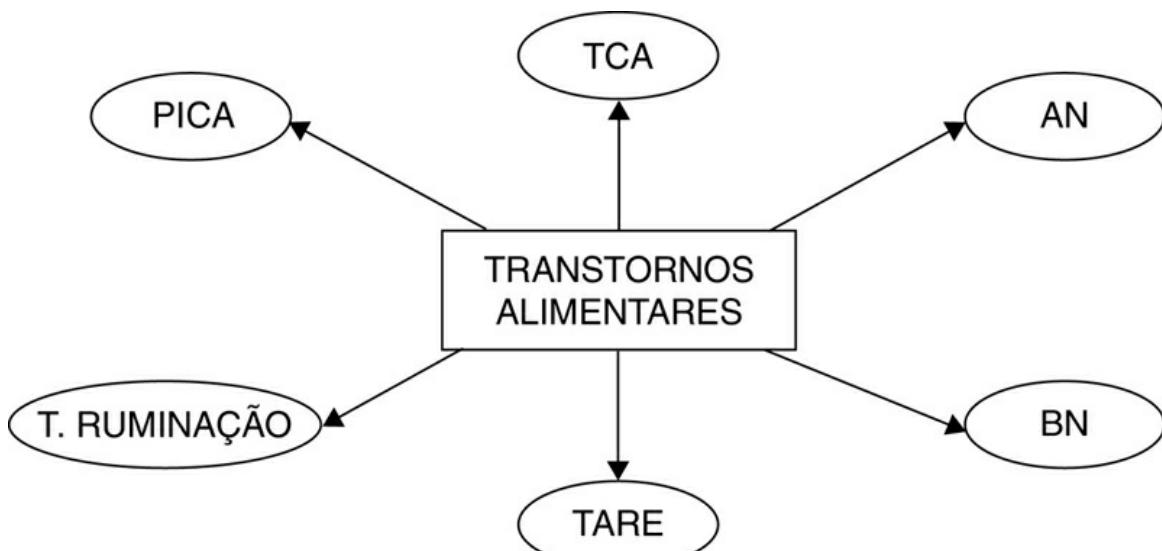
- Em um serviço de urgência/emergência, seja este clínico ou psiquiátrico, o profissional de saúde dispõe de uma ferramenta simples e rápida que pode auxiliar na suspeita ou identificação de um transtorno alimentar: o SCOFF.
  - A avaliação no setor de emergência visa identificar o transtorno alimentar, mas também explorar a gravidade do caso e suas complicações clínicas ou psiquiátricas.
  - É crucial que os médicos dos serviços de emergência entendam que as alterações clínicas observadas muitas vezes ocorrem como forma de adaptação à grave desnutrição. Em decorrência desse mecanismo fisiopatológico muitos dos sinais clínicos não devem ser diretamente tratados, muitos desses sintomas irão remitir com a recuperação nutricional e a interrupção dos comportamentos purgativos.
-

## Introdução: conceito, importância e epidemiologia

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente da alimentação ou do comportamento alimentar que resulta no consumo ou na absorção alterada dos alimentos, levando a um significativo comprometimento da saúde física ou da funcionalidade psicossocial do indivíduo acometido (APA, 2013).

Transtornos alimentares são transtornos mentais potencialmente graves e duradouros que aumentam os riscos de morte prematura e incluem a doença de maior mortalidade na psiquiatria, a anorexia nervosa (ARCELUS et al., 2011; HARRIS, 1998).

A Figura 19.1 resume a atual classificação dos transtornos alimentares segundo o DSM-5 (APA, 2013).



**FIGURA 19.1** Principais categorias diagnósticas pelo DSM-5. AN – Anorexia nervosa; BN – Bulimia nervosa; TCA – Transtorno de compulsão alimentar; TARE – Transtorno alimentar restritivo/evitativo.

Embora sejam raros na população geral adulta, os transtornos alimentares são bastante prevalentes na adolescência e nos adultos jovens, especialmente quando considerada a população feminina. A maior incidência desses transtornos ocorre entre os 10 e 19 anos

(TREASURE et al., 2010). Em unidades de emergência, estima-se que a prevalência de quadros clinicamente significantes esteja em torno de 16% (DOOLEY-HASH et al., 2012).

Considera-se que a prevalência da AN ao redor do mundo seja de ~0,21%, da BN ~0,81% e do TCA ~2,22% (QIAN et al., 2013). A despeito da gravidade e importância clínica desses transtornos, grande parte dos casos passa despercebida pelo sistema de saúde; estudos sugerem que apenas metade de todos os casos de AN e um terço dos casos de BN sejam detectados (KESKI-RAHKONEN et al., 2007, 2009).

As queixas que levam esses pacientes a uma unidade de urgência ou emergência não são exclusivas dos transtornos alimentares, muitas vezes tratam-se de sintomas comuns ou inespecíficos. A dificuldade para o profissional da emergência está justamente em reconhecer que as queixas estão relacionadas com um transtorno alimentar; podendo assim, estabelecer o tratamento adequado.

Este capítulo está focado em AN e BN em decorrência de sua maior prevalência e importância clínica no *setting* de urgência e emergência. Espera-se auxiliar o profissional de saúde desses serviços a identificar precocemente tais transtornos, direcionando o manejo clínico dos doentes.

## **Fisiopatologia, fatores de risco e de proteção**

A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial incluindo diferentes fatores biológicos e psicossociais. No contexto individual, a interação entre temperamento, relacionamentos formativos e experiências de vida podem determinar o desenvolvimento de um transtorno alimentar. A herdabilidade estimada em estudos de gêmeos e de adoção está entre 28% e 74% para a AN e entre 54% e 83% para a BN, indicando um forte componente genético.

Perfeccionismo, elevada sensibilidade à recompensa, elevada sensibilidade à punição e obsessão são características de personalidade que aumentam o risco de um TA, estando ligadas a uma herdabilidade genética de 27% a 71%. A faixa etária da adolescência e de adultos jovens, bem como o sexo feminino, destacam-se como fatores de risco específicos para o desenvolvimento de transtornos alimentares, sendo o fator preditor de maior evidência para o início da anorexia nervosa o baixo índice de massa corporal (IMC) ([LE et al., 2017](#)).

Na formação do comportamento alimentar, há influência de fatores nutricionais, demográficos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos. Neste contexto parecem funcionar como fatores de proteção das condições que reduzem impactos negativos na infância e promovem resultados positivos no desenvolvimento além de ajudar no maior repertório de habilidades sociais nos adolescentes.

## **Identificação do transtorno alimentar na emergência**

Em um serviço de urgência/emergência, seja este clínico ou psiquiátrico, o profissional de saúde dispõe de uma ferramenta simples e rápida que pode auxiliar na suspeita ou identificação de um transtorno alimentar. O SCOFF é um questionário de rastreamento que inclui 5 perguntas, sendo que 2 ou mais respostas positivas são sugestivas desses transtornos ([MOND et al., 2008](#)).

1. Você sempre tem a sensação de que irá vomitar por se sentir desconfortavelmente cheio?
2. Você se preocupa se perdeu o controle sobre o quanto você come?
3. Recentemente você perdeu mais de 6 kg em um período de 3 meses?
4. Você acha que está gordo quando os outros dizem que você é muito magro?
5. Pensamentos e medos relacionados com a comida ou o peso dominam sua vida?

## Anorexia nervosa: apresentação clínica e diagnóstico

O quadro clínico da anorexia nervosa pode ser bastante heterogêneo, mas classicamente apresenta-se em mulher jovem que é levada ao serviço de saúde pelos pais que estão preocupados com a intensa perda de peso e restrição dietética da filha. É importante lembrar que muitas vezes a procura pelo atendimento já acontece em função das complicações clínicas da doença, devendo o profissional de saúde estar atento para esse diagnóstico.

Esses pacientes costumam apresentar uma preocupação exagerada com o peso e sua forma corporal, envolvendo-se em dietas bastante restritivas com intuito de reduzir o peso ou a gordura do corpo. Com frequência apresentam algum grau de distorção da imagem corporal, dizendo estar obesos ou com partes do corpo exageradamente grandes. Contudo, nem sempre a justificativa para uma dieta tão rigorosa fica explícita logo de início; eles podem alegar que as atitudes alimentares e mudanças de hábitos são decorrentes de queixas clínicas, como por exemplo, disfagia, dor epigástrica ou mesmo intolerância alimentar. Muitas vezes também passam a utilizar outras estratégias na busca pela magreza, induzindo vômitos, usando medicações (p. ex., laxativos, diuréticos e hipoglicemiantes) e realizando atividades físicas excessivas.

Clinicamente, os resultados da desnutrição são os achados mais frequentes do exame físico, ou então, das alterações laboratoriais.

O [Quadro 19.1](#) ilustra os principais sinais encontrados na anorexia nervosa.

---

### Quadro 19.1

#### Principais achados da anorexia nervosa

---

Exame Clínico	Alterações Laboratoriais
Gastroparesia e constipação	
Edema de parótidas, erosão do	Aumento de cortisol, enzimas

esmalte dos dentes, sinal de Russell*	hepáticas, amilase, colesterol e bicarbonato
Hipotensão, bradicardia, cianose	Redução de eletrólitos, TSH, T4L, T3L, LH, FSH, estrógeno e glicose
Pele seca, lanugo, unhas quebradiças	Alcalose metabólica (indução de vômitos)
Caquexia	Acidose metabólica (uso de laxativos)
Osteoporose	Anemia, leucopenia, plaquetopenia
Amenorreia, perda de libido, infertilidade	
Neuropatia periférica	

\* Calosidades no dorso das mãos em decorrência dos vômitos autoinduzidos.

De acordo com o DSM-5 os critérios diagnósticos da AN são:

- A. Restrição da ingestão calórica que leva a um baixo peso corporal.\*
- B. Medo intenso de engordar ou presença de comportamentos que impeçam o ganho de peso a despeito do baixo peso.
- C. Distorção do modo como vivencia seu peso ou forma corporal, influência inapropriada do peso ou forma do corpo sobre sua autoavaliação, ou negação da gravidade do peso atual.

## Especificadores:

- **Tipo restritivo:** apenas jejum, dieta e exercícios nos últimos 3 meses.
- **Tipo bulímico/purgativo:** nos últimos 3 meses apresentou comportamentos bulímicos ou purgativos (p. ex., laxantes, enemas, vômitos ou diuréticos).

## Gravidade:\*

- **Leve:** IMC  $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

- **Moderada:** IMC 16 – 16,99 kg/m<sup>2</sup>
- **Grave:** IMC 15 – 15,99 kg/m<sup>2</sup>
- **Extrema:** IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

Um ponto importante, e que muitas vezes dificulta ou retarda o diagnóstico, é a comorbidade com outros transtornos mentais. Na anorexia nervosa, a presença de comorbidade é mais regra do que exceção: transtornos de ansiedade e de personalidade acham-se presentes em cerca de metade dos pacientes, transtornos depressivos em aproximadamente 2/3 deles e abuso/dependência de substâncias em torno de 1/3 ([TREASURE et al., 2010](#); [JORDAN et al., 2008](#)).

## Bulimia nervosa: apresentação clínica e diagnóstico

Frequentemente inicia-se com uma dieta para redução do peso, associada à insatisfação com o corpo e baixa autoestima. Apesar da aparência física ser o cerne da autoavaliação desses indivíduos, a grande maioria costuma tolerar faixas ponderais superiores a de anoréxicas, mantendo-se com peso normal, no seu limiar inferior e até mesmo superior. Os episódios recorrentes de compulsão alimentar que caracterizam o quadro bulímico costumam ser disparados pela fome e pela tensão emocional (frustrações, rejeições, angústia, solidão, desamparo etc). Tal descontrole traz uma forte sensação de desespero e fracasso pelo medo que têm de engordar, passando a recorrer a comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso; por exemplo, jejum prolongado, exercícios excessivos e a restrição alimentar. Com o passar do tempo, muitos procuram nos métodos purgativos uma forma mais rápida e eficaz de controlar o ganho de peso. De forma geral conseguem ocultar seus sintomas por anos, principalmente por manterem um peso próximo ao normal. Comumente só reconhecem que necessitam de ajuda após 2 a 5 anos do início do quadro e, ao contrário das pacientes com anorexia, podem chegar espontaneamente ao tratamento. O [Quadro 19.2](#) mostra as complicações clínicas mais encontradas na BN.

---

### Quadro 19.2

#### Principais complicações clínicas da BN

Acidose metabólica pelo uso de laxativos	Constipação, DRGE, <sup>**</sup> sangramento gastrointestinal
Alcalose metabólica em decorrência de vômitos autoinduzidos	Irregularidade menstrual
Erosão de esmalte dentário e cáries	Aumento da frequência de convulsões
Sinal de Russell <sup>*</sup> e petéquias Aumento das glândulas	Hipocalemia, hipotensão postural, arritmias e miocardiopatia

parótidas

\* Calosidades no dorso das mãos em decorrência dos vômitos autoinduzidos.

\*\* Doença do refluxo gastroesofágico.

## Critérios diagnósticos de BN pelo DSM-5

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar – caracterizados por:
  1. Ingerir, em um curto período (p. ex., dentro de 2 horas), uma quantidade de alimentos consideravelmente maior do que a maioria das pessoas ingeriria nas mesmas circunstâncias.
  2. Sensação de perda de controle sobre a ingestão de comida.
- B. Comportamentos compensatórios recorrentes e inapropriados para evitar o ganho de peso.
- C. Os episódios de compulsão e os comportamentos compensatórios acontecem pelo menos 1x/semana por 3 meses.
- D. Autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso ou forma corporal.
- E. As alterações não ocorrem apenas durante episódios de AN.

## Gravidade (considera-se a frequência dos comportamentos compensatórios)\*

- **Leve:** 1-3 episódios por semana.
- **Moderada:** 4-7 episódios por semana.
- **Grave:** 8-13 episódios por semana.
- **Extrema:** 14 ou mais episódios por semana.

Assim como na anorexia nervosa, a comorbidade de BN com outros transtornos mentais é bastante elevada. Transtornos depressivos aparecem em cerca de 70% dos casos, além da maior frequência de

transtorno afetivo bipolar nesses pacientes. Os transtornos do controle dos impulsos e dependência química também são mais evidentes nesse grupo. Transtornos de personalidade comumente coexistem com a BN, principalmente o borderline e histriônico ([TREASURE et al., 2010](#); [JORDAN et al., 2008](#)).

## **Manejo dos transtornos alimentares**

Ao identificar ou suspeitar do diagnóstico de um transtorno alimentar, é fundamental que o profissional de saúde tenha em mente o *setting* adequado para tratamento daquele doente. A maioria dos casos deverá ser referenciada e tratada de forma ambulatorial ([NICE, 2004](#)). O acompanhamento de pacientes com anorexia e bulimia necessita de uma equipe multidisciplinar capacitada e especializada, que pode incluir psiquiatra, psicoterapeuta, nutricionista, nutrólogo, assistente social, educador físico, enfermeiro e clínico geral, conforme a demanda de cada caso e dos recursos disponíveis.

O tratamento dos transtornos alimentares é complexo e deve ser bem planejado. A maior parte das complicações clínicas e psicopatológicas é reversível com a melhora do estado nutricional ou com a remissão dos comportamentos purgativos e alimentares anormais ([TREASURE et al., 2010](#)). Especialmente no caso da AN é importante que o médico do pronto-socorro esteja orientado de que antidepressivos ou outros psicofármacos não necessariamente serão introduzidos nas fases iniciais do tratamento, e também que o uso de psicofármacos não deve ser utilizado como única estratégia de tratamento ([NICE, 2004](#); [TRENT et al., 2013](#)). É importante lembrar que esses transtornos aparecem em fases da vida cuja reserva nutricional é muito mais limitada do que nos adultos, facilitando o surgimento de complicações e deterioração clínica muito mais rápida e intensa.

A avaliação no setor de emergência visa identificar o transtorno alimentar, mas também explorar a gravidade do caso e suas complicações clínicas ou psiquiátricas. Esses fatores tornam-se essenciais para a tomada de decisão do profissional assistente quanto ao melhor manejo clínico do doente. No caso da AN a necessidade de internação clínica ou psiquiátrica não é incomum, muitas vezes de forma involuntária ou compulsória.

Já no caso da BN, a necessidade de internação costuma ser mais rara e a aceitação do tratamento menos complicada; ainda que alguns

pacientes possam apresentar-se ambivalentes quanto ao desejo de tratar-se. De forma geral, as complicações médicas, os ciclos incoercíveis de compulsão-purgação e o elevado risco de suicídio são as principais razões para a internação hospitalar de pacientes bulímicos.

O [Quadro 19.3](#) resume as principais indicações de internação hospitalar para os pacientes portadores de anorexia nervosa.

---

### Quadro 19.3

#### Indicações de internação hospitalar na anorexia nervosa

---

IMC < 14	Complicações clínicas graves
Intensa perda ponderal (> 1kg/semana)	Elevado risco de suicídio e automutilação
Falha do tratamento ambulatorial	Ausência de continência sociofamiliar
Resistência ativa ao tratamento	Necessidade de separação do ambiente familiar ou social (raro)

# **Manejo das complicações clínicas na emergência**

## **I. Anorexia nervosa**

É crucial que os médicos dos serviços de emergência entendam que as alterações clínicas observadas muitas vezes ocorrem como forma de adaptação à grave desnutrição. Em decorrência desse mecanismo fisiopatológico muitos dos sinais clínicos não devem ser diretamente tratados, pois muitos desses sintomas irão remitir com a recuperação nutricional e a interrupção dos comportamentos purgativos.

Os pacientes com anorexia nervosa chegam ao pronto-socorro com queixas comuns e inespecíficas como tontura, fadiga, palpitações, síncope e convulsões. A desnutrição grave leva à diminuição da massa muscular por todo o organismo, incluindo o músculo cardíaco. Isto determina a diminuição da pressão sistólica e diastólica, além da bradicardia. Não havendo sintomas específicos ou outras complicações, a bradicardia e a hipotensão não devem ser tratadas. Porém, caso o paciente apresente tontura, fadiga ou síncope, deve ser internado e monitorizado até a estabilização do quadro.

Os pacientes com anorexia nervosa moderada e grave, com o peso menor do que 70% do ideal de peso corporal, estão sob risco de sérias arritmias que podem levar à morte súbita. A presença de prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma não deve ser simplesmente atribuída à desnutrição; nesse caso é mandatório que se investigue possíveis etiologias dessa condição como, por exemplo: hipopotassemia, hipomagnesemia, uso de medicações ou drogas.

A precordialgia é outra queixa comum apresentada por esses pacientes, devendo-se sempre excluir a possibilidade de uma síndrome coronariana aguda. Frequentemente essa queixa está relacionada com o prolapsos da válvula mitral.

Queixas musculoesqueléticas também são bastante frequentes nesses pacientes, comumente queixando-se de dores lombares ou na região do quadril. Na anorexia nervosa a osteoporose é muito comum e potencialmente irreversível. Os melhores preditores da massa óssea são o tempo de doença e a faixa de IMC. Na avaliação de emergência, deve-se realizar exames de imagem, a fim de se excluir a presença de

fraturas espontâneas ou decorrentes de baixo impacto.

Complicações gastrointestinais como gastroparesia, distenção gástrica, refluxo gastroesofágico e constipação são queixas frequentes. Se a anamnese do paciente revelar história de dor abdominal e vômitos pós-prandiais, deve-se considerar a possibilidade da síndrome da artéria mesentérica superior. Recomenda-se o uso de inibidores de bomba de prótons para inibição da secreção ácida estomacal, reduzindo a alcalose metabólica e diminuindo a perda de potássio. Além disso, essas medicações podem reduzir os danos gastroesofágicos e odontológicos.

Um dos pontos mais importantes na abordagem clínica desses pacientes é a recuperação nutricional que, via de regra, é feita de forma oral. A realimentação forçada através de sondagem nasogástrica/nasoenteral deve ser sempre evitada. Entretanto, a gravidade do quadro clínico e da desnutrição do doente, pode levar um profissional desavisado a realimentá-lo de forma incisiva.

A *síndrome de realimentação* é uma complicação grave, e potencialmente fatal, decorrente da rápida ou intensa reposição calórica. Essa síndrome é caracterizada pelo colapso cardiopulmonar que vem a ocorrer durante o início da realimentação nos pacientes gravemente desnutridos. Está relacionada com a hipofosfatemia que causa depleção de adenosina trifosfato e disfunção da atividade muscular cardíaca e diafragmática; além do súbito aumento de volume na circulação. A prevenção dessa complicação se dá por reposições nutricionais bastante brandas e vagarosas; sugere-se a reintrodução de apenas 20 a 25kcal/kg/dia. A depender da gravidade do quadro, recomenda-se que nos primeiros 3 a 7 dias, seja ofertada uma dieta branda que forneça 5-10 kcal/kg/dia e inclua tiamina, vitamina do complexo B e alimentos ricos em fósforo. A meta de ganho ponderal para os pacientes moderadamente desnutridos, dentro de unidades hospitalares, está em torno de 1 kg/semana ([TREASURE et al., 2010](#); [NICE, 2004](#); [TRENT et al., 2013](#)).

## **II. Bulimia nervosa**

O tratamento da bulimia nervosa pode ser complicado por doenças

físicas (p. ex., obesidade e diabetes) e psiquiátricas (como dependência química e transtornos do humor), porém as urgências médicas são muito menos frequentes do que na anorexia nervosa. A maior parte dos casos pode ser manejada de forma ambulatorial ou em hospital-dia.

Nos serviços de emergência, as queixas dos pacientes bulímicos são na maioria das vezes comuns e inespecíficas, assim como na AN. As duas principais complicações relacionadas com a bulimia são a desidratação e os distúrbios hidroeletrolíticos em decorrência da autoindução de vômitos e abuso de laxativos ou diuréticos. As alterações hidroeletrolíticas típicas dos pacientes com bulimia nervosa são a hipocalemia (13,7%), hipocloremia (23,8%) e a alcalose metabólica (27,4%). Essas alterações levam a queixas inespecíficas como tontura, fadiga, palpitações, espasmos musculares, além de convulsões e arritmias cardíacas. A presença desses distúrbios está diretamente relacionada com a frequência dos métodos purgativos; sendo que a hipocalemia pode ser encontrada em mais de 40% dos pacientes que purgam ao menos 2 vezes por dia.

O tratamento dessas condições clínicas demanda a reposição parenteral de fluidos e correção dos eletrólitos. Entretanto, assim como na realimentação de pacientes com AN, recomenda-se que essa reposição hidroeletrolítica seja feita de maneira pouco agressiva. A rápida administração de líquidos pode levar à formação de edema grave, pois esses pacientes encontram-se em um estado de hiperaldosteronismo (*pseudo-Bartter syndrome*). Neste cenário, pode-se utilizar a espironolactona (25-50 mg/dia) por 1 a 2 semanas, reduzindo-se a propensão à formação de edemas e promovendo a recuperação do potássio.

Frequentemente são os sintomas gastrointestinais que fazem esses pacientes procurarem o pronto-socorro. De forma geral, essas queixas estão relacionadas com os comportamentos purgativos. Os pacientes que provocam o vômito podem queixar-se de rouquidão, disfagia, pirose ou hematêmese; o tratamento desses sintomas incluem medidas para cessarem os vômitos e prescrição de inibidores de bomba de prótons e pró-cinéticos. Já no caso dos pacientes que

abusam de laxantes, diarreia e dor abdominal são os sintomas mais relatados; a interrupção do uso dos laxativos leva à melhora clínica, mas pode levar à constipação como efeito rebote. Em tais situações pode-se utilizar laxativos não estimulantes (como o polietileno-glicol) e produtos à base de fibras devem ser evitados ([TREASURE et al., 2010](#); [TRENT et al., 2013](#)).

## Questões para estudo

- Como diferenciar a anorexia nervosa da bulimia nervosa?
- Justifique: por que as complicações clínicas da bulimia nervosa podem também ser observadas na anorexia nervosa?
- Quais complicações na anorexia nervosa você não esperaria encontrar na bulimia nervosa e por quê?

## Referências

- APA – American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatry Association.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724–731.
- Dooley-Hash S, Banker JD, Walton MA, Ginsburg Y, Cunningham RM. The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14-20 years. *Int J Eat Disord*. 2012;45:883–890.
- Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173:11–53.
- Hay PJ, Claudino AM. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15:209–222.
- Jordan J, Joyce PR, Carter FA, et al. Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2008;41:47–56.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med*. 2009;39:823–831.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1259–1265.
- Le LK, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;53:46–58.
- Mond JM, Myers TC, Crosby RD, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther*. 2008;46:612–622.
- NICE – National Institute For Clinical Excellence. (2004) Full national clinical guideline. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. CG9.
- Qian J, Hu Q, Wan Y, et al. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013;25:212–223.
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010;375:583–593.
- Trent SA, Moreira ME, Colwell CB, Mehler PS. ED management of patients with eating disorders. *Am J Emerg Med*. 2013;31:859–865.

---

\* Se adolescente considerar o peso esperado (abaixo do 5º percentil na

curva de índice de massa corporal [IMC] para a idade)

\* Se adolescentes considerar os percentis correspondentes.

\* A gravidade pode ser considerada maior em função de outros sintomas e do grau de perda funcional.

---

## CAPÍTULO 20

# **Principais quadros de emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes**

---

*Elie Leal de Barros Calfat*

*Raisa de Araujo Loureiro*

## **Pontos principais**

---

- Fornecer orientações para a realização da entrevista em SEP.
  - Descrever as principais situações possíveis.
  - Auxiliar na abordagem de crianças e adolescentes.
  - Manejo das principais situações.
-

## Introdução

A psiquiatria infantil é uma área de atuação da psiquiatria bastante recente, embora já acompanhe a evolução da psiquiatria e dos tratamentos em Saúde Mental. Em 1937, foi realizado o primeiro congresso da especialidade em Paris; seu campo de trabalho inicial era a deficiência mental apenas, hoje abarca diagnósticos importantes e seu correto reconhecimento e tratamento, vão interferir de forma importante no desenvolvimento da criança. No Brasil, a ABENEPI (Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil) foi fundada em 1967 e com a promoção de seus congressos é que a psiquiatria infantil passou a ser reconhecida como especialidade.

Em serviços de emergência psiquiátrica (SEPs), crianças e adolescentes são responsáveis por uma parcela pequena dos atendimentos, mas que exigem um capítulo próprio em manual desta natureza pela diversidade e pelas exigências próprias dessa população que pode variar sua apresentação em SEP devido a inúmeras diversidades relacionadas com o período do desenvolvimento, a apresentação dos transtornos, que além de se apresentarem de forma diferente dos adultos, sofrem influência de seu contexto social, e também exigem possibilidades de conduta e encaminhamento diferenciados.

Muitas vezes, será no SEP que familiares e pacientes de alto risco e com dificuldade de acesso à saúde terão seu primeiro contato e aproximação com o tratamento e com a especialidade. Então, é importante que essa equipe esteja preparada para o realizar corretamente o atendimento, acolhimento e encaminhamento adequado ao paciente.

O objetivo deste capítulo é fornecer informações para auxílio da avaliação, atendimento clínico e manejo adequado da população de crianças e adolescentes em um SEP, bem como expor de forma sucinta a epidemiologia dos transtornos mentais dessa população em SEP e a epidemiologia de um SEP acadêmico da cidade de São Paulo.

Inicialmente é preciso fazer a distinção entre crianças e adolescentes, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em

seu segundo artigo, a divisão é etária.

Crianças são os indivíduos com até 12 anos incompletos (11 anos e 29 dias), adolescentes são aqueles com idade entre 12 e 18 anos incompletos (17 anos e 29 dias). As exceções a essa regra são feitas quando a pessoa está cumprindo medida socioeducativa e, neste caso, a idade limite passa a ser 21 anos. Atualmente no Brasil, a idade para manutenção do tratamento psiquiátrico nos CAPS infantojuvenis também poderá se estender até essa mesma idade.

## **Epidemiologia dos transtornos mentais em crianças e adolescentes no SEP**

Um estudo realizado em Copenhagen entre 2001 e 2010, em SEP, observou-se um aumento anual dos atendimentos da população de crianças e adolescentes, sendo uma média de aumento anual de 15%. Já no Canadá, em período semelhante, entre 2002 e 2006, foi observado um aumento da procura por serviços de emergências gerais com necessidades de assistência psiquiátrica em 4%.

Nos Estados Unidos, 21% a 23% das crianças e adolescentes têm um transtorno psiquiátrico ou de uso de substâncias. Entre os pacientes em serviços de emergência, 70%, após investigação, apontam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, 23% preenchem critério para dois ou mais transtornos psiquiátricos, 45% têm algum problema de saúde mental com prejuízo do funcionamento e 10% dos adolescentes que procuram o serviço de emergência apresentam altos níveis de estresse psíquico. Em serviços de atenção primária a prevalência de transtornos comportamentais é entre 12% e 22%.

Dentre os estudos ocorreram semelhanças demográficas, porém diversidades diagnósticas. Observa-se uma tendência ao predomínio de atendimentos em população do sexo feminino (63%), com proporção maior de meninos quando analisadas idades abaixo de 12 anos, assim como predomínio de adolescentes nos atendimentos em geral (85%).

Quanto aos diagnósticos, até 41,3% dos atendimentos foram devido a transtornos relacionados com o uso de substâncias, 20% a 21% por transtornos do humor, sintomas ansiosos foram variáveis entre 10% e 32,5%. O diagnóstico de transtorno de conduta teve aumento de 1% para 12% ao longo de 10 anos, e sintomas psicóticos chegam a 12% dos motivos de atendimento.

Com relação ao comportamento suicida, [Newton et al. \(2009\)](#) observaram que apenas 0,5% dos pacientes apresentavam queixa direta de pensamentos autoagressivos, porém que até 30,1% dos pacientes que apresentavam lesões por causas accidentais, apresentavam pensamentos autolesivos, o que corrobora com outros

achados, de que a população pediátrica, com frequência, apresenta queixas vagas nos serviços de emergência como dor de cabeça ou barriga, mascarando uma doença mental subjacente.

No Brasil observamos a mesma tendência epidemiológica mundial. No ano de 2007, foram levantados, por outros motivos, todos os atendimentos feitos no SEP do CAISM-Vila Mariana da Santa Casa de São Paulo. Naquele ano foram realizadas 9.458 consultas, sendo que 183 delas eram de crianças e adolescentes, o que corresponde a 2% do total de atendimentos.

Nessa população a idade variou de 4 a 17 anos. Nesse estudo foi observado prevalência de adolescentes (84,8%), com média de 14,2 anos, predomínio geral do sexo feminino (57,6%), porém com inversão do predomínio dividido de acordo com a faixa etária, sendo maior de meninos abaixo de 12 anos. E a maioria dos pacientes era de estudantes, porém uma parcela elevada não estava frequentando a escola no momento da passagem pelo serviço (43,7% de 56,3%).

Os diagnósticos mais comuns estavam relacionados com alterações cognitivas (19,6%), seguido de transtornos depressivos (19%), transtornos relacionados com o uso de substâncias (15,8%), transtornos ansiosos (15,2%) e, por último, transtornos psicóticos (14,6%).

Nesse estudo a maioria dos pacientes não estava em tratamento ambulatorial, ou em uso de medicação (69,6% e 64,6% respectivamente), evidenciando o papel do SEP como uma porta de entrada para o tratamento em saúde mental no Brasil.

## **A entrevista com crianças e adolescentes no SEP**

O principal objetivo de se avaliar uma criança ou adolescente no SEP é a obtenção de informações sobre seus comportamentos adequados ou inadequados para melhor avaliação diagnóstica de urgência, presença de um transtorno psiquiátrico ou alteração do estado mental, e posterior conduta. Para isto é sempre necessário levar em conta aspectos objetivos e subjetivos (com a ajuda de familiares), possibilidade de atendimento na rede e ter em mente que em geral, a consulta no SEP é o resultado de um longo período de desajuste e alteração comportamental.

Deve-se lembrar que é impossível realizar uma análise psiquiátrica da criança sem antes ter noção do seu desenvolvimento quer seja motor, neurológico e o cognitivo.

### **Objetivos da entrevista**

1. Determinar o risco.
2. Identificar transtornos psiquiátricos presentes previamente.
3. Identificar fatores predisponentes para a procura do SEP.
4. Avaliar situação social de suporte ou risco ao paciente.
5. Estratificar importância de tratamento inicial de emergência.
6. Determinar a conduta a ser tomada.

## A entrevista clínica

Entende-se por entrevista o contato inicial com a criança ou adolescente e seus pais; nesse momento serão ouvidas as queixas que mais comumente virão dos pais e também observar a organização da criança em seu primeiro contato com o serviço.

Aqui os dados objetivos têm uma grande importância visto que a coleta de dados subjetivos pode estar prejudicada, e apesar de uma escuta interessada, não podemos permitir que os pais se percam em dados sem relevância, ou que se desviem muito do foco da consulta tendo em vista o ambiente de urgência.

As manifestações espontâneas devem ser valorizadas uma vez que podem indicar o afastamento ou não entre o relacionamento de todos.

O ponto de vista dos pais é de fundamental importância, mas também deve-se observar todo o conjunto familiar e a interação entre todos.

Adolescentes geralmente têm dificuldade em fornecer informações devido a confidencialidade e receio de punição, dessa forma é melhor avaliar inicialmente o paciente sozinho, sem a presença dos pais. Essa ordem de entrevista predispõe a criação de vínculo com o profissional, o que possibilita fornecer informações extras, que muitas vezes não são do conhecimento dos pais. É importante ressaltar ao paciente que muito do que for dito naquele contexto não será aberto aos pais, exceto situações específicas em que haja risco a ele ou a terceiros. Em segundo momento, entrevistar os pais, juntamente com o paciente para receber informações objetivas do comportamento habitual do adolescente e da razão de procura ao SEP, e também ser possível observar a interação entre os pais e o paciente.

Já crianças pequenas, até aproximadamente 8 anos, terão dificuldade em fornecer dados objetivos, informar a razão da procura pelo SEP, bem como terão dificuldade em relatar sentimentos e assuntos subjetivos e abstratos. Nestes casos, é melhor perguntar diretamente à criança o que ela está pensando ou sentindo, com palavras e frases simples, de uso habitual da criança. Além disso, muitas vezes, crianças menores podem se apresentar receosas frente a

um desconhecido que faz perguntas, sendo interessante iniciar a consulta com os pais presentes, com a anamnese objetiva.

Em ambos os casos, é importante investigar histórico pessoal sobre o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), relações de amizades, atitude perante os pares, e desempenho escolar, além de questões dinâmicas familiares.

Em casos de crianças com transtornos globais do desenvolvimento ou do espectro autista os pais podem auxiliar com informações preciosas como palavras-chave para acalmar ou auxiliar na comunicação com o entrevistador, ou servir de “intérprete”.

Um roteiro para essa parte do trabalho deve ser considerado, e usar as características do desenvolvimento é sempre bom, pois permite uma lista de temas sobre os quais é importante discorrer:

1. Dados sobre a origem dos pais: basicamente como se formou o casal bem como a história pregressa dos mesmos, com antecedentes familiares clínicos e psiquiátricos.
2. Dados sobre a concepção: se foi planejada, se o casal já era formado, pré-natal e quadros de doenças maternas durante a gestação.
3. O parto e condições perinatais: fazer levantamento das principais intercorrências como as condições ao nascer, infecções precoces, período de internação hospitalar saúde mental materna no puerpério etc.
4. As relações primitivas da criança com a mãe: quem foi o principal cuidador, se houve ajuda de outras pessoas etc.
5. Desenvolvimento neuropsicomotor: período em que a criança adquiriu os marcos do desenvolvimento – idade de desmame, período do sorriso, início da fala, idade em que andou, idade do desfralde etc.
6. Possíveis acontecimentos traumáticos: doenças, hospitalizações, doenças dos pais, morte de entes queridos etc.

## **Principais situações no SEP e seu manejo**

É difícil sistematizar a avaliação de uma temática tão abrangente e complexa como todo o campo da psiquiatria infantil de forma clara e objetiva. Além do que, diversas vezes, a apresentação em pronto-socorro não necessariamente significa um diagnóstico de transtorno psiquiátrico, podendo ser a manifestação de um estado mental em que o indivíduo coloca em risco a si próprio ou a terceiros. Nesta parte, vamos elucidar características diagnósticas para auxílio diagnóstico em situação de urgência, assim como as principais formas de apresentação no setor de emergência.

A palavra de ordem aqui é cautela, por mais óbvio que possa parecer o diagnóstico, esta é a fase fundamental entre o exame e o tratamento e deveria ao menos significar o conhecimento integral do paciente. Para isto deve haver mais tempo disponível ou por vezes várias entrevistas, o que no ambiente de SEP nem sempre é possível.

O diagnóstico realizado no SEP, apesar da alta sensibilidade para quadros graves é pouco específico, devendo desta forma ser muito cauteloso, uma vez que a criança representa para os pais todo um potencial inato, e esse ambiente é muitas vezes o primeiro contato do indivíduo com um serviço de saúde mental.

## **Agitação e agressividade**

Comportamento agressivo é a principal causa de atendimento psiquiátrico emergencial na infância e adolescência, porém é um sinal pouco específico, podendo significar reagudização de transtorno preexistente ou a primeira crise. Geralmente se faz necessário investigar situações às quais possam ser uma reação no ambiente familiar, social ou pessoal do indivíduo.

Inúmeros diagnósticos psiquiátricos ou estados mentais podem se apresentar com quadro de agitação e agressividade no SEP, desde quadros caracterizados como transtornos externalizantes, a quadros como intoxicação aguda por substâncias, psicoses e transtornos do neurodesenvolvimento, como deficiência intelectual e transtorno do espectro autista.

## **Transtornos externalizantes**

O termo abrange um grupo de diagnósticos como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de oposição e desafio (TOD) e transtorno de conduta (TC), transtornos do humor, com sintomas de irritabilidade que podem estar presentes tanto em quadros de mania quanto em depressivos, e uso de substâncias.

### **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**

Geralmente crianças com esse diagnóstico, mesmo que ainda desconhecido, apresentam um padrão persistente de desatenção e comportamento agitado e impulsivo. Presente em cerca de 5% das crianças, muitas vezes apresentam comportamentos com potenciais lesivos a si ou a outros por agirem de forma impulsiva, sem ponderar sobre as consequências dos seus atos. Esse diagnóstico está mais relacionado com déficits de autorregulação e baixo limiar a frustração, e geralmente se apresentam em SEP com agitação que piora progressivamente até resultar em comportamentos agressivos contra outros ou a si próprio.

Outra causa frequente de procura pelo SEP são efeitos colaterais de

medicações psicoestimulantes como redução do apetite, tiques ou insônia.

## **Transtorno de oposição desafiante e transtorno de conduta**

A característica central do transtorno de oposição desafiante (TOD) é o padrão persistente de humor irritável, com comportamento questionador e desafiante a regras e figuras de autoridade como pais ou professores. Geralmente ocorre em relação a pessoas do convívio frequente da criança, o que pode mascarar a avaliação em situação de SEP. Normalmente, o quadro ocorre em famílias com hábitos parentais autoritários e hostis, comumente com práticas agressivas. É mais comum no sexo masculino, tendo uma incidência entre 1% e 11%, em geral de início ainda em idade pré-escolar, sendo comum anteceder o transtorno de conduta.

Já o transtorno de conduta (TC) pode se iniciar na infância ou na adolescência, sendo no primeiro, mais comum em meninos, e o de desenvolvimento posterior, tem um equilíbrio de prevalência entre gêneros. Da mesma forma que o TOD, o TC apresenta persistência do comportamento irritado e hostil, porém permanente em diversas áreas do funcionamento, e com persistente violação dos direitos básicos de terceiros, com agressões físicas, violação de regras e leis sociais, como furtos e danos a propriedades e, com frequência, se apresentam em diversos ambientes frequentados pela criança ou adolescente. Devido à complexidade, muitas vezes, não é possível fazer esse diagnóstico no contexto de emergência.

O comportamento de agitação, muitas vezes, pode ser de reações agressivas a outras pessoas, apresentando hostilidade, e podendo assumir uma postura intimidadora. Podem também apresentar importante irritabilidade, baixo limiar a frustrações e explosões de raiva.

## **Transtorno do desenvolvimento intelectual/deficiência intelectual**

Recentemente houve uma mudança na caracterização desse

transtorno, após a publicação do novo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em que se leva em conta de forma espectral os déficits apresentados, mais do que a medida de QI do indivíduo. O DSM-5 divide a deficiência em leve, moderada, grave e profunda levando-se em conta as dificuldades apresentadas em domínio conceitual (memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimentos práticos, solução de problemas e julgamento), social (percepção de pensamentos, sentimentos e experiências dos outros, empatia, habilidades de comunicação interpessoal, julgamento social) e prático (aprendizagem de autogestão, cuidados pessoais, autocontrole, organização de tarefas).

Dentre as características centrais na DI encontram-se déficits em capacidades mentais, com prejuízo na função adaptativa diária, em comparação com indivíduos da mesma idade e características socioculturais. Tais alterações ocorrem durante o período de desenvolvimento e é comum ocorrer atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor quanto maior a gravidade da deficiência.

Com uma prevalência variando entre 1% e 16% em dados internacionais, apresenta-se desde tenra idade em casos de síndromes genéticas, erros inatos do metabolismo ou causas perinatais e gestacionais, ou pode apresentar início abrupto quando adquirida após neuroinfecções ou traumatismo craniano. Em um estudo que avaliou crianças com atraso no desenvolvimento, as crianças e adolescentes com DI tinham uma taxa de procura de uma a três vezes ou mais visitas aos serviços de emergência em 42,6%.

Entre as razões predisponentes para a procura pelo SEP, encontra-se a gravidade da deficiência, com quadros mais graves apresentando maior procura pelos serviços de emergência, assim como indivíduos sem acompanhamento médico ambulatorial. Outras causas predisponentes possíveis também são mudanças no ambiente de costume, ou trauma recente ou abuso.

## **Transtorno do espectro autista**

Crianças com diagnóstico de TEA apresentam prejuízo persistente na

comunicação e interação social, de forma pervasiva e sustentada ao longo de todo o desenvolvimento, assim como padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades. Tais prejuízos podem ser variáveis dentro do diagnóstico; sendo muito comum apresentarem atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, podendo ou não apresentar déficits de linguagem.

Devido à dificuldade de comunicação, é comum que os pais sejam os “tradutores” da criança, sabendo informar quais estímulos acalmam ou agitam a criança ou o adolescente.

A procura pelo SEP, comumente se dá por quadro de agitação com dados de até 42,1% de população com diagnóstico de TEA em serviço de emergência pediátrica, outras causas de procura pelo SEP por essa população também pode ser psicose (7,8%), ansiedade, ou outros transtornos do humor.

Geralmente esses indivíduos apresentam alteração da sensopercepção, o que os torna muito sensíveis aos estímulos ambientais. Dessa forma, oferecer um local calmo, silencioso e à meia-luz ajuda no manejo do quadro de agitação. O uso de dicas visuais também pode auxiliar no manejo desses pacientes, pois comunica a eles quais os próximos passos a serem realizados.

## **Psicose**

Também uma causa comum de agitação e agressividade no contexto de SEP, sintomas psicóticos receberão uma atenção separada devido aos diagnósticos associados que poderão ser diferentes. Devido às primeiras manifestações tanto de esquizofrenia, quanto de transtorno afetivo bipolar ocorrerem no período da infância e adolescência, e durante o evento de um primeiro episódio psicótico ser difícil a diferenciação entre ambos os diagnósticos, associaremos também estes nesta seção do capítulo.

### **Sintomas psicóticos em população pediátrica**

Entre crianças e adolescentes é mais comum a presença de alucinações que delírios. Quadros delirantes geralmente tendem a ser vagos, pouco estruturados e relacionados com situações reais, ou com o processo alucinatório, principalmente em idade inferior a 16 anos.

Devido aos diferentes momentos do desenvolvimento cognitivo em crianças e adolescentes, com grande prevalência de pensamentos mágicos, fantasiosos e irreais, assim como sintomas alucinatórios participando do desenvolvimento adequado principalmente em crianças pequenas, a avaliação de tais fenômenos psíquicos pode dificultar o diagnóstico correto de patologia nessa população.

Sintomas alucinatórios visuais, auditivos, táteis e gustativos são comuns em população pediátrica, podendo ocorrer em até dois terços de crianças entre 9 a 11 anos, com incidências variáveis de acordo com o estudo, e não necessariamente significam uma patologia psiquiátrica.

É comum a preocupação de atos imaginativos como amigos imaginários, sendo manifestações de sintomas patológicos, e a diferenciação pode ser difícil, pois crianças e adolescentes nomeiam suas alucinações com frequência, e estas geralmente ocorrem com junções de alucinações visuais, auditivas e táteis, por exemplo.

Porém, as principais diferenças entre imaginação e alucinações seriam a voluntariedade na invocação pela criança, e a função de brincadeira relacionadas com emoções positivas nas atividades

imaginativas, que não ocorrem em sintomas alucinatórios, e também que alucinações comumente são vívidas e com poucos detalhes, e geralmente causam alguma resposta da criança.

Outros sintomas alucinatórios comuns são alucinações relacionadas com o ciclo sono-vigília, como alucinações hipnagógicas (na indução do sono) e hipnopômpicas (na transição entre sono e vigília). Essas alterações são observadas durante o processo do desenvolvimento normal, podendo significar distúrbio do sono em apenas alguns casos.

Vale a pena ressaltar que a maioria das crianças que apresenta sintomas psicóticos não será diagnosticada com esquizofrenia, e que alucinações podem estar presentes em diversos transtornos psiquiátricos na infância, com maior probabilidade de serem patológicos quando combinados com delírio. Podem ocorrer com maior frequência em transtornos do humor como transtorno afetivo bipolar, depressão e ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e transtorno de estresse pós-traumático; também há correlação de maior tendência a comportamentos suicidas em adolescentes que relatam sintomas de alucinações auditivas. Além disso, a manutenção de alucinações ao longo da adolescência está relacionada também com maior risco de desenvolver psicose. Por outro lado, podem estar presentes em doenças neurológicas como migrânea, crises convulsivas, lesões cerebrais e neoplasias, entre outras.

Ainda assim, de um modo geral, a presença de alucinações isoladas na infância é insuficiente para prever desfechos clínicos e precisa ser avaliada de acordo com o contexto ambiental, psicológico, sociocultural e fisiológico envolvido.

## **Esquizofrenia**

Esquizofrenia na infância, com início antes dos 13 anos, é extremamente rara e apresenta uma prevalência de aproximadamente 1/30 mil. Porém, é diagnosticável e tem relação continuada com o diagnóstico na fase adulta. O diagnóstico precoce cursa com pior desempenho do funcionamento na fase adulta e com pior prognóstico.

Nessa patologia foram observados, com frequência, sintomas de

alucinações visuais, em até 80% dos pacientes internados, assim como alucinações tátteis (60%) e olfatórias (30%), sendo que as alucinações visuais tiveram relação com baixo desempenho cognitivo prévio e início mais precoce dos sintomas psicóticos.

O diagnóstico em crianças e adolescentes se dá de forma semelhante ao dos adultos, com a presença de pelo menos dois sintomas psicóticos como alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico e sintomas negativos por um período mínimo de um mês, associado a prejuízos funcionais em diversas áreas. No caso da população infantil, podendo se demonstrar com prejuízo em aquisição ou alcance do esperado para a idade; vale considerar que discurso e comportamento desorganizado podem estar presentes em outros transtornos mais comuns de início na infância e que devem ser levados em conta antes do diagnóstico de esquizofrenia.

## Transtorno afetivo bipolar

A idade de início do transtorno afetivo bipolar ocorre no final da adolescência, sendo que metade dos adultos relatam início dos sintomas antes dos 19 anos, com estudos evidenciando início dos sintomas em torno dos 12 anos. Crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno bipolar e correlatos apresentam prejuízo significativo tanto sociais quanto acadêmicos, além de história de maior gravidade de doença, com maior intensidade dos sintomas, com frequentes hospitalizações, ideação e tentativas de suicídio.

Apesar de o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) apontar que os critérios diagnósticos de transtorno afetivo bipolar são iguais aos da população adulta, muitos estudiosos discordam, acrescentando que existem sintomas que são mais comuns em adolescentes e crianças que em adultos, e poderiam ser equivalentes para o diagnóstico. Além disso, muitas vezes, crianças e adolescentes não apresentam todos os critérios necessários para o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar I, sendo mais comum fazer o diagnóstico de transtorno bipolar não especificado, principalmente em população pré-púbere.

Entre os motivos para essa dificuldade diagnóstica encontram-se o critério de tempo para o episódio de mania ou hipomania, a ausência de episódio depressivo após episódio de hipomania. Porém, há também a discussão de que esses indivíduos terão o critério diagnóstico durante o pior episódio de doença ou ao longo da vida, fechando critérios diagnósticos para transtorno afetivo bipolar I ou II, e que os sintomas apresentados não diferem em sua fenomenologia.

Existe, de forma similar, sobreposição de sintomas, principalmente com a irritabilidade e, para dificultar ainda mais, alta taxa de comorbidade com transtornos externalizantes, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de oposição desafiante.

Os sintomas mais comuns para essa população, encontrados em um estudo, foram aumento da energia, distratibilidade, pressão de fala, irritabilidade, grandiosidade, aceleração de pensamento, diminuição da necessidade do sono, nesta ordem. Porém, hipersexualidade e fuga de ideias foram os sintomas menos comuns encontrados em quadros maniformes na população pediátrica. Os sintomas tendem a se assemelhar mais aos critérios diagnósticos em adultos conforme maior a idade do adolescente.

## Depressão

Apesar de o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) atualizar que em população pediátrica o humor no critério A pode ser irritável e não triste, os sintomas podem variar inclusive dependendo da idade.

Em crianças pequenas é comum a manifestação com queixas físicas como dor de cabeça, dor de barriga, cansaço e tontura, podem ser associados também queixas ansiosas, medos específicos, agitação psicomotora, diminuição do apetite e alteração do sono. Pode ocorrer conjuntamente enurese e encoprese; e, eventualmente comportamento agressivo. Em geral, a história familiar para transtornos do humor é positiva e com sintomas de gravidade.

Crianças escolares conseguem comunicar seus sentimentos e pensamentos de forma mais clara, podendo dizer caso se sinta triste, irritada ou entediada. Nessa idade ainda podem ocorrer sintomas somáticos, piora do desempenho escolar, choro fácil, apatia, isolamento e diminuição do prazer em atividades das quais gostava anteriormente, baixa autoestima e relacionamento pobre com crianças da mesma idade, irritabilidade e aparência triste. A piora do desempenho escolar pode se dar por diminuição da concentração ou da perda de interesse.

Em adolescentes os sintomas podem parecer mais com o de adultos, porém é comum que se manifestem com irritabilidade e raiva, podendo também ter perda da energia, apatia e sensação de tédio e desinteresse importantes. Nessa faixa etária, é mais comum apresentar hipersonia como sintoma de alteração do sono, e da mesma forma que outras idades, apresenta diminuição da concentração e pode apresentar piora do desempenho escolar e isolamento social. Em alguns casos, a irritabilidade pode levar a explosões de raiva; e, em casos de sintomas menos graves, é comum que o paciente mantenha áreas de funcionamento sem prejuízo, como a relação com alguns amigos ou atividade de interesse.

## **Comportamento suicida**

Aqui é importante diferenciar o comportamento suicida de pensamentos suicidas ou planejamento: pensamentos suicidas são ideias pouco estruturadas com conteúdo de morte e autolesão, não necessariamente com planejamento estruturado e escolha pelo método letal; ideação suicida também são pensamentos suicidas em que o planejamento estaria já estruturado, com a escolha de pelo menos um método letal, e comportamento suicida é a atitude tomada para findar a vida do indivíduo.

**Nos últimos anos, foi observado um aumento das taxas de suicídio entre jovens de 10 a 14 anos e também do grupo de 15 a 19 anos.** Atualmente é a terceira principal causa de morte entre jovens de 10 a 24 anos, e muitas vezes a detecção do comportamento suicida não corresponde a essa estatística, pois as mortes acabam sendo identificadas como envenenamento accidental ou traumas.

Vale ressaltar também que o método usado pela criança ou adolescente, não necessariamente será de fato letal devido ao conceito de morte, que varia conforme a idade, sendo importante avaliar qual a fantasia do paciente sobre a letalidade de seu comportamento. Crianças menores não compreendem a morte como algo definitivo, e podem se manifestar de forma não explícita, com autoagressões; sendo interessante, em crianças menores, fazer a avaliação indireta, com brinquedos e desenhos. Nessa idade eles podem apresentar comportamentos autolesivos como bater a cabeça, se jogar de locais e propensão a acidentes. É comum que nessa faixa etária não haja ideação suicida propriamente dita, mas que comportamentos desse tipo são equivalentes, por ser difícil que ocorra a verbalização de tais pensamentos.

Em adolescentes e crianças maiores, é possível avaliar o risco de suicídio com perguntas graduais sobre seus pensamentos e desejo de morte, desde falta de esperança e planos futuros, até pensamentos suicidas e método letal. Após os 12 anos a compreensão do conceito de morte fica mais claro, e consequentemente a letalidade do método é maior.

Geralmente o comportamento suicida é precedido por estressores psicossociais como conflitos familiares, términos de relacionamentos, *bullying*, dificuldades escolares e medidas socioeducativas ou problemas com a lei.

Ao avaliar o risco de cada paciente deve-se analisar a manutenção do desejo suicida, presença de desesperança, pacientes com diagnósticos psiquiátricos prévios, pobre suporte familiar e social. Sendo até três vezes maior o risco de suicídio em pacientes com comorbidade de transtornos do humor, uso de substâncias e transtorno de conduta.

Pacientes com alto risco de nova tentativa de suicídio deverão ser internados, até melhora dos riscos; outros pacientes com menor risco, poderão receber alta, desde que encaminhados corretamente para acompanhamento ambulatorial e de saúde mental. Nestes casos, é recomendado programas intensivos de acompanhamento multiprofissional, é importante fornecer aconselhamento familiar, com orientações sobre os riscos de suicídio, bem como orientar medidas de restrição de métodos letais, como acessos a facas e objetos perfurocortantes, medicações e armas de fogo.

## **Uso de substâncias**

No Brasil, as drogas de consumo mais comum entre os adolescentes são: álcool, maconha, inalantes, cocaína e outros psicoestimulantes e uso de múltiplas substâncias. Geralmente a apresentação em serviços de emergência ocorrem por quadro de intoxicação aguda, sendo esta a principal manifestação do uso abusivo de substâncias. Em crianças, as intoxicações ocorrem normalmente de forma accidental.

Os quadros de intoxicação aguda podem se apresentar com agitação psicomotora, confusão mental, sintomas psicóticos agudos e agressividade e a avaliação psiquiátrica adequada poderá ser realizada apenas após a estabilização clínica do paciente, e melhora do quadro de intoxicação.

Na avaliação, é importante pormenorizar o uso de substâncias, sua frequência e situações de uso, não apenas para estabelecer o padrão do uso da substância entre abusivo ou de dependência, mas também situações de vida do paciente, como suas relações familiares e de amizade, desempenho escolar, e lazer; já que é muito comum a comorbidade de uso de substâncias com transtornos do humor, transtorno de conduta e psicoses.

Os sintomas sugestivos de intoxicação aguda variam para cada substância. Na intoxicação aguda por álcool, o paciente se apresenta com fácies e conjuntivas hiperemiacadas, fala pastosa, lentificação psicomotora e hálito etílico. Em casos de intoxicação por cocaína e psicoestimulantes o paciente se apresenta com agitação psicomotora, pupilas midriáticas, podendo apresentar sintomas psicóticos e aumento da pressão arterial. Em casos de intoxicação por inalantes, é comum ocorrer rebaixamento do nível de consciência e convulsões.

## Maus-tratos

A Organização Mundial da Saúde define abuso e maus tratos infantis como “toda e qualquer forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, sexual, negligência ou tratamento negligente, para fins comerciais ou exploração, que resultem em danos reais ou potenciais à saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de relação de responsabilidade, confiança ou poder”, e divide também tipos de abuso em a) físicos, b) sexuais, c) emocionais ou d) negligência; e assim, uma violência contra crianças ou adolescentes em ambiente familiar pode ser cometida através de uma dessas formas, fazendo-se de grande importância que o médico que atende essa população mantenha-se sempre atento a sinais de maus-tratos, e articule com os demais profissionais da saúde e rede social os cuidados do paciente sob suspeita.

Sempre que avaliar tais casos é importante levar em conta o contexto cultural da família em questão, já que métodos punitivos e considerados violentos são mundialmente aceitos e usados como métodos adequados de educação. No Brasil, [Bordin et al. \(2006\)](#) verificaram que o uso de métodos punitivos com agressões físicas não severas chega a ser 75,3%, e incluem: bater em nádegas, puxar orelhas, sacudir, bater no rosto ou atrás da cabeça, beliscar etc. Nesse mesmo estudo foi verificado que os principais fatores de risco, no Brasil, para punições físicas severas eram baixa escolaridade materna e desemprego, baixo nível socioeconômico da família e presença de doenças mentais e idade nas crianças. Outro achado também foi história materna de punições físicas na infância, o que demonstra a perpetuação da violência.

Dentre os sinais sugestivos de maus-tratos [Scivoletto et al. \(2010\)](#) listam comportamentos como incoerência nos dados da história e os achados clínicos, omissão total ou parcial de história de trauma, pais que mudam a história a cada anamnese, inconsistências dos fatos quando se interroga cada membro da família, demora em procurar auxílio médico, crianças que não querem relatar o que ocorreu, história familiar de violência, estrutura familiar conturbada e criança

com deficiência intelectual.

É difícil avaliar a relação causal de doença mental na criança/adolescente e a exposição a violência, podendo ser a razão da escolha por métodos punitivos mais severos, mas também ser a consequência de exposição à violência familiar crônica. Por outro lado, é comum que crianças e adolescentes cronicamente expostos à violência apresentem doenças psiquiátricas como quadros depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, sintomas dissociativos ou somatoformes, dificuldade na regulação do humor e controle dos impulsos, assim como comportamento autolesivo, abuso de substâncias e até tentativas de suicídio. Outras evidências possíveis de manifestações de abuso são lesões em pele, órgãos e ossos, em diferentes tempos de cicatrização em casos de abuso físico; infecções ou leões genitais, dor abdominal e infecções urinárias recorrentes e alteração de linguagem e comportamento sexual quando ocorre abuso sexual; e baixa adesão aos serviços de saúde, exposição da criança a drogas, má higiene e desenvolvimento inadequado em casos de negligência.

No manejo de casos suspeitos de maus-tratos e abuso é importante levar em conta a proteção da criança ou adolescente, prevenindo novos episódios e aliviar os efeitos causados pela exposição continuada a situações de violência. Uma vez confirmada a situação de violência, através de equipe multiprofissional, o caso deverá ser encaminhado ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância e Juventude, com internação hospitalar do menor, mesmo com a oposição do adulto responsável, e a alta hospitalar deverá ocorrer apenas após decisão judicial.

## Tratamento

### Triagem clínica

Atualmente, preconiza-se a estabilidade clínica do paciente, mais do que excluir qualquer diagnóstico clínico que possa estar relacionado com a queixa psiquiátrica; recomenda-se atendimento médico focado, com anamnese adequada, exame físico e de sinais vitais, e exames laboratoriais e complementares de acordo com a queixa. É importante para determinar se os sintomas psiquiátricos que o paciente apresenta são causados ou agravados por uma condição clínica subjacente ([Quadro 20.1](#)).

---

### Quadro 20.1

#### Quadros clínicos subjacentes que podem se apresentar com manifestações psiquiátricas

---

##### Doenças neurológicas

Acidente vascular isquêmico

Hemorragias: subdurais, intersticial, subaracnoide, epidurais

Vasculares: aneurisma, tromboses venosas, isquemia, insuficiência vértebro-basilar

Tumores em SNC

Trauma

Infecciosos: meningite, encefalite, abscesso, HIV, sífilis

Malformações congênitas

Hidrocefalia

Crises convulsivas

Doenças neurodegenerativas: esclerose múltipla, coreia de Huntington

Esclerose tuberal

Delirium

**Metabólicas, endocrinológicas, distúrbios hidroeletrolíticos**

Hiponatremia

Hipocalemia

Hipo/hiperglicemia

Cetoacidose

Uremia

Hiperamonemia

Erros inatos do metabolismo: doenças do metabolismo lipídico, Niemann-Pick, doença de Gaucher

Hipopituitarismo

Hipoparatireoidismo, hiperparatireoidismo

Feocromocitoma

### **Respiratórias**

Hipoxia

Hipercapnia

Falência respiratória

### **Medicações**

Síndrome de abstinência: álcool, anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepínicos, cocaína, medicações psiquiátricas

### **Overdose**

Drogas de abuso: cocaína, maconha, MDMA, LSD,

Drogas prescritas: esteroides, anticoncepcionais, antibióticos, anticonvulsivantes, antivirais, barbitúricos, relaxantes musculares, anestésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas, imunossupressores

Drogas de uso psiquiátrico: antidepressivos, antipsicóticos, lítio

### **Hematológico/oncológico**

Neoplasias

Tumores benignos

Síndrome paraneoplásica

### **Inflamatórios/reumatológicos**

Sarcoidose

Lúpus eritematoso sistêmico

**Toxinas**

Monóxido de carbono

Intoxicação por chumbo

Organofosforados

Substâncias voláteis

**Outras**

Febre

Maus-tratos

---

## **Manejo e tratamento da fase aguda em pacientes agitados**

A abordagem psicofarmacológica dependerá do diagnóstico, sendo indicado o uso de neurolépticos com cautela devido a risco de sintomas extrapiramidais e discinesia tardia em até 41% das crianças.

## Contenção

Entre crianças e adolescente essa medida é incomum, porém dependendo do quadro de agitação, pode ser necessária. Tais condutas podem ser usadas de forma concomitante ou em sequência, porém ambas possuem um potencial de complicações. É importante usar primeiramente medidas para acalmar o paciente, sendo a contenção indicada apenas quando estratégias menos restritivas falharem.

Para guiar os profissionais que estão frente a um paciente agitado é importante sempre levar em conta alguns pontos importantes, como maximizar a segurança do paciente e da equipe, auxiliar o paciente a manejar as próprias emoções e manter ou retomar o controle, usar métodos menos restritivo possível e apropriados para a idade, e diminuir abordagens coercitivas que podem piorar a agitação.

É importante escalonar as estratégias para redução da raiva e do estresse como parte do manejo da agitação.

A contenção pode ser dividida em contenção verbal, contenção física e contenção química.

### Contenção verbal

Com técnicas diversas para a realização dessa medida, e também da eficácia ainda contraditória em estudos, é a primeira medida a ser usada. Inicialmente é importante criar um ambiente calmo e seguro, com a eliminação de objetos que possam ser usados como armas, eliminação de gatilhos para agitação, e treinamento da equipe para situações de emergências.

Entre as alternativas de contenção verbal, sugerimos os dez passos para acalmar o paciente:

1. Respeitar o espaço pessoal
2. Minimizar comportamento agressivo
3. Estabelecer contato verbal
4. Ser conciso
5. Identificar as expectativas do paciente

6. Escutar ativamente
7. Concordar OU concordar em desacordar
8. Explicar limites e expectativas
9. Oferecer opções e otimismo
10. Informar o paciente e a equipe.

## Contenção química

Em relação à contenção química, os estudos são realizados em adultos, e as medicações usadas geralmente são antipsicóticos típicos e atípicos e benzodiazepínicos. A forma de administração (via oral ou intramuscular) depende de acordo com o quadro do paciente, se o paciente já estiver em uso de antipsicótico é preferível tentar uma dose adicional ou aumentada. Pode-se tentar a ação combinada de benzodiazepínicos com antipsicótico de primeira geração, tomando-se as precauções necessárias, caso não estejam claras as causas da agitação, neste caso é recomendado que escolha um agente apenas. Entre as medicações mais usadas está o haloperidol, midazolam ou lorazepam ([Quadro 20.2](#)).

---

### Quadro 20.2

#### **Principais medicações usadas em pacientes agitados**

---

Medicação	Dose e forma de administração	Farmacodinâmica pico/duração
<b>Benzodiazepínicos</b>		
Lorazepam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,05-0,1 mg/kg VO</li> <li>• Dose usual em adultos: 2 mg VO</li> <li>• Pode repetir a cada 30-60 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início: 20-30 min VO</li> <li>• Pico: 2 h VO</li> <li>• Duração: 6-8 h VO</li> </ul>
Midazolam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,1 mg/kg VO, IM, EV</li> <li>• Dose usual em adultos: 7,5-15 mg VO/IM</li> <li>• Pode repetir a cada 30-60 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início: 5-10 min IV, 10-15 min IM, 20 min VO</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pico: 5-15 min IV, 15-30 min IM, 1 h, VO</li> <li>• Duração: 3-4 h</li> </ul>
--	--

## Antipsicóticos típicos

<b>Haloperidol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,025-0,075 mg/kg IM, VO</li> <li>• Dose usual crianças: 0,5-2 mg</li> <li>• Dose usual adolescentes: 2-5 mg</li> <li>• Pode repetir IM a cada 20-30 min, VO a cada 60 min</li> <li>• Dose usual para tranquilização 10-20 mg (Adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início: 20-30 min IM, 45-60 min VO</li> <li>• Pico: 60 min IM, 3 h VO</li> <li>• Duração: 4-8 h</li> </ul>
--------------------	---	---

## Atipsicóticos atípicos

<b>Risperidona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,025-0,05 mg/kg VO, IM</li> <li>• Dose usual crianças: 0,25-0,5 mg</li> <li>• Dose usual adolescentes: 0,5-1 mg</li> <li>• Pode repetir VO a cada 60 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início: 10-20 min IM, 20-30 min VO</li> <li>• Pico: 15-45min IM, 6h VO</li> <li>• Duração: 24h</li> </ul>
<b>Olanzapina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,1 mg/kg VO, IM</li> <li>• Dose usual crianças: 2,5 mg</li> <li>• Dose usual adolescentes: 5-10 mg</li> <li>• Pode repetir IM a cada 20-30 min, VO 30-45 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início: 10-20 min IM, 20-30 min VO</li> <li>• Pico: 15-45 min IM, 6 h VO</li> <li>• Duração: 24 h</li> </ul>
<b>Ziprazidona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose usual adolescentes jovens (12-16 anos): 10 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início: 4-5 h VO</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dose usual adolescentes &gt; 16 anos: 10-20 mg</li> <li>Máximo 40 mg/dia, pode repetir a cada 2 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pico: 6-8 h VO</li> </ul>
<b>Combinações</b>	Haloperidol + Midazolam (estudos em adultos sugerem maior efetividade no uso combinado em relação ao uso individual das medicações, estudos do uso combinado em crianças e adolescentes foram não conclusivos.)	

Ao usar contenção química, é necessário monitorar o paciente para efeitos adversos, como depressão respiratória, hipotensão, efeito paradoxal e desinibição, que são mais comuns em crianças pequenas e com atraso global do desenvolvimento ao usar-se benzodiazepínicos. Também é importante monitorar distonia aguda, taquicardia sinusal e outras arritmias cardíacas com o uso de antipsicóticos ([Quadro 20.3](#)).

### Quadro 20.3

#### Classes de medicação usadas no manejo do paciente agitado

Classe medicação	Efeitos colaterais	Vantagens	Comen
<b>Benzodiazepínicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sedação</li> <li>Depressão respiratória</li> <li>Hipotensão</li> <li>Efeito paradoxal (agitação e desinibição), principalmente em crianças menores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escolha para intoxicação por cocaína e síndrome de abstinência ao álcool</li> <li>Uso como adjuvante em pacientes com risco de hipertermia ou convulsões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>C en</li> <li>C ou</li> <li>C be</li> <li>pa co</li> <li>D be cl ev cri</li> </ul>

			ad
<b>Antipsicóticos de primeira geração (típicos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolongamento de intervalo QT</li> <li>• <i>Torsades de pointes</i></li> <li>• Arritmias</li> <li>• Hipotensão</li> <li>• Distorção/extracirítmica</li> <li>• Distonia/efeitos extrapiramidais</li> <li>• Síndrome neuroléptica maligna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualizadas para cada droga:</li> <li>• Haloperidol (mas comum em uso de adultos, segunda mais usada em crianças e adolescentes. Baixo risco de dependência, alto índice terapêutico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco</li> </ul>
<b>Antipsicóticos de segunda geração (atípicos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os mesmos dos de primeira geração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhor tolerado</li> <li>• Menor risco de Síndrome neuroléptica maligna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período agudo de intensidade moderada.</li> <li>• Otimização da aptidão</li> </ul>

Prolongamento de intervalo QT é o efeito colateral mais temido no uso de antipsicóticos. Geralmente observado quando há associação de outra medicação que também tenha esse efeito com altas doses de haloperidol, ou em pacientes que tenham alguma doença clínica de base, com alteração de eletrólitos, disfunção renal ou hepática, por exemplo. Em população de crianças e adolescentes outras medicações que também possam ter esse efeito são antieméticos, antibióticos (macrolídeos e fluoroquinolonas) e antifúngicos (cetoconazol).

Distonia aguda é o movimento muscular involuntário que envolve rosto, pescoço, costas e membros. Geralmente ocorre após a administração de antipsicótico. A crise oculógira é uma forma

específica de distonia aguda envolvendo músculos oculares. E uma forma rara e potencialmente letal de distonia aguda é a distonia laríngea, na qual a pessoa tem a sensação de sufocamento ou engasgo, podendo apresentar dificuldade na respiração ou estridor.

## Contenção física

Contenção física é o uso de métodos que diminuam a mobilidade física do indivíduo. Uma alternativa por vezes eficaz, e mais comumente usada em crianças pequenas é, pelo menos dois adultos segurarem o paciente por até 10 minutos, até que o paciente retome o controle ou se acalme; variáveis dessa técnica podem envolver mais adultos na contenção, com extensão de tempo por em média 20 minutos. Outro método possível é a restrição de espaço em chamados “quartos-fortes” que isolam o paciente em ambiente fechado e seguro, até que este se acalme.

A contenção física por questões de ética **nunca** deve ser feita como método punitivo ou por conveniência, possuindo indicações específicas quando o paciente está em grave risco de se machucar ou machucar a outros, para evitar ruptura do plano terapêutico e apenas quando outras medidas menos restritivas falharam no manejo da agitação.

Para a contenção física é necessário a ação de cinco pessoas, com treinamento adequado, para cada paciente: enquanto uma pessoa segura a cabeça, as outras quatro seguram cada membro. É sugerido que cada extremidade receba as contenções individualmente, com segurança no estrado da cama, e não nas grades da cama ou outras estruturas. Apesar de existirem diversas posições de contenção possíveis, e todas envolverem algum risco de complicações, a posição em supino é a mais usada, principalmente para avaliação médica continuada. Como medida de segurança, é importante deixar que a cabeça do paciente possa rotar livremente, para diminuir risco de asfixia, e a cabeceira da cama seja elevada em relação ao corpo, para redução do risco de broncoaspiração.

Para melhor segurança, também é recomendado o uso de faixas adequadas para a idade do paciente ou de couro, já que faixas feitas

de materiais macios estão mais relacionadas com menor efetividade e lesão ao paciente. Outras medidas de segurança também incluem, redução de vestes altas, evitar faixas em cintura ou altas, evitar cobrir o rosto ou a cabeça do paciente.

A posição em pronação também é possível, quando não há outra forma possível, porém está mais relacionada com mortes; desta forma, quando usada é importante monitoramento rígido das vias aéreas, alívio de pressão no pescoço e costas, e desconter o quanto antes.

A duração da contenção deve ser menor que em adultos, pois apesar das medidas adequadas é possível que ocorram complicações cardiopulmonares e mentais. Portanto, é importante avaliar frequentemente o quadro clínico do paciente, com monitoramento de sinais vitais, e neurovascular dos membros contidos.

Dentre as complicações possíveis estão: lesão da pele, comprometimento neurovascular, dano ao plexo braquial, trombose venosa profunda, rabdomiólise com alteração renal, alterações hidroeletrolíticas, hipertermia e asfixia e até morte.

A descontenção deve ser feita de forma organizada, e avaliando o risco para potencial agressividade. Se faz importante comunicar ao paciente quais comportamentos devem ser evitados para que não ocorra nova medida de contenção futura. É interessante que pelo menos um dos profissionais presentes na contenção esteja realizando a descontenção, e que seja feita a descontenção na sequência de um membro por vez, iniciando pelas pernas e depois braços, para observar a resposta do paciente à descontenção. Se durante a descontenção, o paciente retornar ao comportamento agressivo, a contenção deverá ser reaplicada.

## **Internação psiquiátrica na infância e adolescência**

No Brasil, a regularização da internação psiquiátrica em população pediátrica se dá pelo CREMESP através do Parecer 6769, de 16 de agosto de 2011. O mesmo prevê a legalidade da internação psiquiátrica dessa população, com idade inferior a 18 anos, desde que todos os recursos extra-hospitalares tenham sido esgotados.

Dentre as regras desse regime de tratamento estão a obrigatoriedade de ambiente separado de adultos tanto em habitação quanto em convivência em situações de atividades, salvo necessidade médica registrada em prontuário e com autorização do responsável legal; e a obrigatoriedade da presença de um adulto responsável, salvo situação em que essa presença seja prejudicial ao tratamento.

### **Questões para estudo**

- Qual a melhor forma de abordar e avaliar o paciente adolescente?
- Quais os diagnósticos que podem ser classificados com “transtornos externalizantes”, e por que é possível agrupá-los?
- Quais os passos do manejo de um paciente pediátrico agitado?
- Quais os sinais de alerta para suspeita de maus-tratos?
- Quais os sinais suspeitos de intoxicação aguda por substâncias?

## Referências

- APA – American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5th ed.
- Axelson D, et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1139–1148.
- Bahls S -C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 2002;78(5):359–366.
- Baren JM, Mace SE, Hendry PL, Dietrich AM, Goldman RM, Warden CR. Children's Mental Health Emergencies – Part 2: Emergency Department Evaluation and Treatment of Children with Mental Health Disorders. *Pediatric Emergency Care*. 2008;24(7).
- Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(Supl 2):S71–S77.
- Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Duarte CS. Punição física grave e problemas e saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006;28(4):290–296.
- Calfat ELB. A prescrição de medicação psicotrópica em serviço de emergência psiquiátrica. *Tese de Mestrado*. 2010: EPM-UNIFESP.
- Chun TH, Sharon E, et al. Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. *American Academy of Pediatrics*. 2016;138(3): September, e20161570.
- IACAPAP – International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. (2014) Textbook of child and adolescent mental health. Extended 2014 Edition. Section J. 1 - Emergencies.
- Jardri R, et al. From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(suppl. 4):S221–S232.
- Jassens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents a literature review. *Pediatric Emergency Care*. 2013;29:1041–1050.
- Kalb LG, Stuart EA, Freedman B, Zablotsky B, Vasa R. Psychiatric-related emergency department visits among children with an autism spectrum

- disorder. *Pediatric Emergency Care*. 2012;28(12.).
- Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorders*. 2005;7:483–496.
- Lin SC, Margolis B, Yu SM, Adimirin TA. The role of medical home in emergency department use for children with developmental disabilities in the United States. *Pediatric Emergency Care*. 2014;30(8.).
- Loureiro R, Uchida RR, Shiozawa P, Sant Anna MJC, Calfat ELB. Emergências psiquiátricas em população de infância e adolescência. projeto de conclusão de curso de especialização em psiquiatria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM)*. 2015.
- Lunsky Y, Balogh R, Cairney J. Predictors on emergency department visits by persons with intellectual disability experiencing a psychiatric crisis. *Psychiatric Services*. 2012;63(3.): Disponível em: [ps.psychiatryonline.org](http://ps.psychiatryonline.org).
- Lunsky Y, Elserafi J. Life events and emergency department visits in response to crisis in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2011;55(part 7):714–718.
- Newton AS, Ali S, Johnson DW, et al. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM*. 2009;11:447–454.
- Richmond JS, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2012;XIII(1).
- Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(supl. 2):S112–S120.
- Sikich L. Diagnosis and evaluation of hallucinations and other psychotic symptoms in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2013;22:665–673.
- Taastrøm A, Klahn J, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the psychiatric emergency department: a 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry*. 2013: early online: 1-6.  
doi:10.3109/08039488.2013.846410.
- WHO. (2002) World report on violence and health.

---

## CAPÍTULO 21

# **Emergências psiquiátricas na gestação, puerpério e lactação**

---

*Joel Rennó, Jr.*

*Renan Rocha*

*Antônio Geraldo da Silva*

## **Pontos principais**

---

- Depressão na gestação.
  - Depressão pós-parto.
  - Transtorno bipolar perinatal.
  - Transtorno de ansiedade generalizada perinatal.
  - Transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo na gestação e transtorno de estresse pós-traumático pós-parto.
  - Abordagem perinatal em emergências psiquiátricas.
  - Tratamento medicamentoso de emergências psiquiátricas na gestação, puerpério e lactação.
-

## Introdução

A grávida, a puérpera e a lactante podem apresentar manifestações psiquiátricas agudas e assim procurar atendimento nos serviços médicos de urgência e emergência. Frente a elas, o médico deverá proceder criteriosamente, fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis. As abordagens e condutas médicas de emergência psiquiátrica perinatal apresentadas neste capítulo auxiliam o médico nessa tarefa importante e peculiar.

Durante a menarca, o período de vida reprodutiva da mulher entre a menarca e a menopausa, o médico deve estar sempre muito atento à possibilidade de gravidez presente. Estima-se que cerca de 50% das gestações sejam não desejadas ou não planejadas, o que reduz a percepção da própria mulher a respeito de uma gravidez em curso.

A ponderação relativa aos riscos da exposição às medicações *versus* o impacto de uma doença não tratada nos resultados obstétricos e no desenvolvimento infantil tornam-se um grande dilema para o clínico e para a paciente. O que ambos precisam levar em conta é que não há escolha livre de risco.

Durante o período perinatal, cada mulher responde de maneira própria às mudanças fisiológicas, afetivas e sociais desse momento. O estresse materno e as exacerbações agudas de manifestações médicas psiquiátricas podem ocorrer associadas a diversos fatores: poucos recursos materiais; alta demanda ocupacional; responsabilidades domésticas intensas; relações familiares conflituosas e complicações obstétricas e puererais. A procura por profissionais da saúde é maior nessa fase, tornando-a uma oportunidade para detecção e tratamento de transtornos psiquiátricos.

As reações da gestante estão vinculadas a alterações metabólicas, principalmente no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), que de modo peculiar podem influenciar o feto. Sua exposição a um ambiente uterino desfavorável tem sido associada ao aumento significativo de doenças na idade infantil e adulta, fenômeno denominado programação fetal. A programação fetal envolve alterações epigenéticas associadas ao *imprinting* gênico, à metilação do DNA e a

modificações na cromatina. Pesquisas recentes sugerem que a programação perinatal tem consequências crônicas, possivelmente vinculadas a manifestações comportamentais e psiquiátricas ao longo da vida ([RENNÓ & RIBEIRO, 2012](#)).

## Depressão na gestação

Lamentavelmente, sintomas e sinais francamente depressivos durante a gravidez muitas vezes não são adequadamente percebidos e avaliados. Essa desvalorização de manifestações clínicas depressivas por parte das próprias gestantes, familiares e médicos tem relação com o mito de que a gestação deva ser necessariamente um período de bem-estar mental e, portanto, protetor de doenças psiquiátricas. Neste contexto cultural, muitas gestantes sentem-se culpadas por não estarem felizes e com vergonha de pedirem ajuda. Isso as leva a um distanciamento psíquico ainda maior de si próprias e das pessoas com as quais convivem, isolando-as da ajuda profissional médica e psicológica que poderiam receber.

A prevalência de depressão maior durante a gravidez é cerca de 12%, com maior prevalência no segundo e terceiro trimestres (7,4% no primeiro, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre). Dentre os fatores de risco mais relevantes para a depressão na gestação estão o episódio depressivo prévio, estresse, suportes social ou familiar inadequados e violência doméstica ([COHEN et al., 2010](#)).

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a paciente com depressão na gestação apresenta uma gravidez de alto risco. No entanto, somente cerca de 14% das grávidas com depressão realizam algum tipo de tratamento. É comum a suspensão de antidepressivos após a descoberta da gravidez, o que predispõe a exacerbações e recorrência de episódios depressivos.

A depressão da gestação está associada a um maior risco de: crescimento intrauterino restrito; pré-eclâmpsia; DM gestacional; prematuridade; baixo peso ao nascer; escores de Apgar mais baixos; prejuízos no desenvolvimento infantil (cognitivos, sociais, afetivos); dificuldades na amamentação; vínculo inseguro entre mãe e criança; depressão pós-natal; uso materno de álcool, tabaco e outras drogas; abortamento; e suicídio materno ([O'HARA & WISNER, 2014](#)).

Em função da sobreposição de algumas queixas típicas da gravidez com certos sintomas depressivos (p. ex., distúrbios do sono e do

apetite, fadiga), o médico deve estar atento a outras manifestações depressivas importantes, tais como humor depressivo, anedonia e isolamento social. Nesse sentido, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo pode ser utilizada para auxiliar a anamnese na suspeita ou seguimento de depressão também durante a gravidez.

## Depressão pós-parto

A depressão pós-parto (DP) é uma entidade clínica heterogênea que geralmente se refere a um episódio depressivo presente nos primeiros dias, semanas ou meses após o parto. De fato, a maior vulnerabilidade da mulher aos sintomas e sinais depressivos persiste no mínimo por seis meses depois do nascimento dos filhos. Nas primeiras 4 a 12 semanas após o nascimento, a prevalência da DP é de cerca de 15% a 20%, respectivamente. Especificamente, o episódio de depressão maior demonstra prevalência de 7% no primeiro trimestre pós-parto ([HÜBNER-LIEBERMANN et al., 2012](#)).

Dentre os principais fatores de risco da DP, destaca-se o episódio depressivo na gravidez. Efetivamente, 60% das mulheres com DP já apresentava depressão na gestação. Outros fatores de risco significativos são baixa autoestima, estresse no cuidado materno, manifestações psiquiátricas de ansiedade no pré-natal, eventos estressores e suporte social inadequado. Em mulheres com história de episódio de depressão maior pós-parto, há risco de recorrência de 25% na gestação subsequente. Recentemente, um estudo sugeriu importante influência de fatores genéticos na DP, devido a uma forte associação entre o gene hemicentina-1 e sintomas de humor no pós-parto.

Os novos critérios da classificação nosológica do DSM-5 não reconhecem a DP como um diagnóstico particular. A 5<sup>a</sup> edição do manual estabelece o termo especificador de início perinatal para referência ao episódio de depressão maior com início na gestação ou em até quatro semanas depois do parto. De maneira diversa, a 10<sup>a</sup> edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) identifica sob o código F53 os “transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério”, iniciados “dentro de seis semanas após o parto”, incluindo a “depressão pós-natal” ou “depressão pós-parto”. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e a Escala de Triagem para Depressão Pós-parto podem ser utilizadas para auxiliar a anamnese na suspeita do diagnóstico ou em seu seguimento ([GOLD & MARCUS, 2008](#)).

O médico deve estar atento para sintomas e sinais de mania ou hipomania, pois o período pós-parto é de alto risco para episódio de transtorno bipolar (TB). E mais, deve-se considerar a investigação clínica e laboratorial de hipotireoidismo, anemia e deficiências de micronutrientes (vitaminas D, B<sub>9</sub>, B<sub>12</sub>).

## **Transtorno bipolar perinatal**

A gestação é um período de maior vulnerabilidade para recorrência de episódios do transtorno bipolar (TB), particularmente em mulheres que apresentam história de tratamento psiquiátrico hospitalar, comorbidades psiquiátricas em curso ou suspensão da medicação pertinente durante a gravidez. Aquelas gestantes que realizam suspensão abrupta dos medicamentos demonstram uma maior morbidade do transtorno. São fatores de risco para recorrência de episódios de TB na gravidez: gestação não planejada; idade jovem no início da doença; maior número de episódios por ano; episódio recente; uso de antidepressivos; uso de anticonvulsivantes como alternativa ao lítio. A comorbidade com transtornos ansiosos e de uso de substâncias é particularmente frequente.

Independentemente da terapia medicamentosa, o TB na gestação está associado a maiores riscos de: uso de álcool, tabaco e outras drogas; malformações congênitas (p. ex., microcefalia); prematuridade; baixo peso ao nascer; placenta prévia; hemorragias; prejuízos no desenvolvimento infantil (cognitivos, sociais, afetivos). A ausência ou a inadequação de tratamento medicamentoso estão associadas à maior chance de complicações obstétricas e neonatais, bem como são seguidas por um incremento da recorrência do transtorno bipolar no puerpério. Primiparidade e presença de episódio depressivo nas primeiras quatro semanas após o nascimento também indicam maior risco de episódio de TB pós-parto, durante o qual há maior risco de suicídio e infanticídio.

Os seguintes elementos sugerem maior possibilidade de TB pós-parto ([GOLD & MARCUS, 2008](#)):

- Início de manifestações depressivas imediatamente após o parto.
- Pensamentos acelerados ou sintomas psicóticos.
- Familiares de primeiro grau com história de TB.
- Respostas atípicas a antidepressivos: muito rápidas, perdas de resposta, indução a manifestações do TB.

A psicose puerperal ocorre a partir de 0,2% dos partos. Embora rara, trata-se de uma gravíssima emergência psiquiátrica, cujo principal fator de risco é o TB e com o qual frequentemente está associada, em episódios depressivos, maníacos ou mistos. Os sintomas da psicose puerperal geralmente se manifestam nas primeiras quatro semanas após o parto. Podem incluir delírio de homicídio altruísta, no qual a mãe acredita que tal atitude salvaria a criança de um destino ainda mais trágico. De maneira peculiar, a distinção entre delírios e pensamentos obsessivos pode ser uma tarefa difícil, porém essencial para a conduta apropriada. Portanto, a manutenção ou mesmo o início de tratamento farmacológico de prevenção à recorrência de TB durante o período perinatal é uma conduta pertinente (COHEN et al., 2010; O'HARA & WISNER, 2014).

## **Transtorno de ansiedade generalizada perinatal**

É compreensível que a mulher apresente leve ansiedade em relação à gravidez em curso, à saúde da criança e aos cuidados puerperais. Entretanto, preocupações intensas e intrusivas sobre esses mesmos temas podem se desenvolver no dia a dia. Assim, manifestações ansiosas associadas às atividades maternas podem se estabelecer em um contexto global.

A prevalência do transtorno de ansiedade generalizada é em torno de 2% a 6% na população geral; a prevalência mínima é de 8,5% na gravidez e 4,4% no pós-parto. Fatores de risco importantes são gravidez não planejada, suporte social ineficiente e conflitos com o parceiro. Estudos mostram que a ansiedade durante a gestação é fator de risco independente para trabalho de parto prematuro e depressão pós-parto. Outras consequências são baixo peso ao nascer, maior necessidade de analgésicos durante o parto e dificuldade de amamentar ([ZAMBALDI & CANTILINO, 2012](#)).

## **Transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo na gestação e transtorno de estresse pós-traumático pós-parto**

Na população geral, a prevalência do transtorno do pânico é de 2,7% e, na gestação, é de 1% a 2%. Algumas pacientes conseguem ter alguma melhora dos sintomas durante a gestação, mas ainda não está provado que a gestação seja um fator protetor. Durante a gravidez, o transtorno do pânico está associado a prematuridade, bebês pequenos para a idade gestacional, polidrâmnio, anemia e descolamento de placenta.

O transtorno obsessivo-compulsivo está presente em 2% a 5% das gestantes e a gravidez está associada à exacerbação de seus sintomas e sinais em 33% das grávidas. A piora das manifestações associada à primeira gestação indica um risco substancial para exacerbações em futuras gestações. Em pacientes com quadro clínico severo, os pensamentos obsessivos graves podem parecer semelhantes a delírios psicóticos ([GUGLIELMI et al., 2014](#)).

Algumas gestantes podem apresentar um medo intenso do parto, denominado tocofobia. Recente metanálise identificou, especificamente, uma prevalência na comunidade de 3% para o transtorno de estresse pós-traumático pós-parto. Assim, o parto cesáreo pode ser visto por certas pacientes como um recurso para atenuar o sofrimento oriundo de sintomas ansiosos ou depressivos associados a expectativas negativas sobre o parto vaginal. De fato, estudos indicam que mulheres submetidas à cesariana a pedido apresentam maior frequência de manifestações psicopatológicas e doenças psiquiátricas. São fatores associados à cesariana a pedido materno: gravidez complicada anterior; experiência adversa no trabalho de parto ou parto; traços de personalidade ansiosa ou evitativa; e história de abuso sexual ([SYDSJO et al., 2015](#)).

## **Abordagem perinatal em emergências psiquiátricas**

Primeiramente, deve-se levar em conta que, diante de uma mulher em idade reprodutiva, o médico precisa estar sempre muito atento à possibilidade de gravidez presente. As condições psiquiátricas que envolvem risco à mulher no período perinatal são semelhantes às de outros pacientes, tais como intenção suicida, agitação psicomotora, auto/heteroagressividade, exposição social. Porém, durante a gestação e no pós-parto deve-se avaliar também a presença de: ideação abortiva; risco de infanticídio; sintomas e sinais psiquiátricos relacionados com a própria gestação (p. ex., medo intenso do parto) e puerpério (p. ex., medo intenso de inaptidão para a rotina materna); pensamentos ou atitudes hostis com o feto e bebê; ideias delirantes em relação à gravidez e pós-parto ([KHAN et al., 2016](#); [DI FLORIO et al., 2013](#); [WILSON et al., 2015](#)).

São exemplos de abordagens na avaliação ([WILSON et al., 2015](#)):

- Perguntar ativamente sobre ideação abortiva. Por exemplo: “Você tem vontade de perder o bebê?”.
  - Se sim, avaliar planos associados à ideia. Por exemplo: “Você provocaria um aborto?” / “Quais métodos usaria?” / “Quais seriam as consequências do ato?” / “Já tentou um aborto no passado?” / “Se arrependeu?” / “Quais são suas crenças religiosas e o que elas dizem em relação ao aborto?” / “O pai do bebê está ciente?”.
    - Investigar delírios em relação à gestação e ao feto, incluindo negação da gestação e risco de infanticídio.
    - Avaliar se a gestante coloca em risco sua própria vida ou a do feto através do uso de álcool e drogas, nutrição inadequada, comportamento sexual de risco (p. ex., ausência de uso de preservativos ou uso incorreto).
    - Avaliar as presenças de agitação psicomotora, alterações de humor, distúrbios do sono.
    - Avaliar a agressividade.

Para casos de menor risco, intervenções verbais objetivas e empáticas são efetivas para que a paciente se contenha, acalme-se gradualmente e aceite a terapia indicada.

Para a própria proteção da paciente, pode ser necessário que ela permaneça por certo tempo em um espaço mais seguro, com menos estímulos sensoriais e sem objetos perigosos.

Caso a paciente seja violenta, agrida outros, a própria criança ou a si mesma – principalmente na região abdominal, quando grávida –, ela deverá ser encaminhada para avaliação psiquiátrica de modo célere e, no pós-parto, deverá ser considerado o afastamento temporário entre a mãe e a criança.

Em casos de hostilidade e muita agitação associadas à recusa do tratamento proposto, é obrigatória a intervenção médica por meio de orientações simples e claras, contenção espacial, uso de medicações e, em último caso, contenção física. Portanto, podem ser necessárias as contenções medicamentosa e física. Para essas pacientes, tais condutas também são importantes para permitir uma avaliação mais minuciosa da paciente pelo médico ([WILSON et al., 2015](#)).

No caso específico de gestantes, evita-se restringi-las em decúbito dorsal se estiverem no segundo ou terceiro trimestre, pois há risco de redução do retorno venoso. Se deitada, a gestante deve permanecer em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, ou deve ser colocado um apoio para elevar o quadril do lado esquerdo. É importante mudar frequentemente a gestante de posição para diminuir a possível obstrução da veia cava inferior ([LADAVAC et al., 2007](#)).

## **Tratamento medicamentoso de emergências psiquiátricas na gestação, puerpério e lactação**

A cada ano, novos medicamentos são introduzidos no mercado farmacêutico, e muitas bulas trazem somente informações incipientes sobre a segurança das substâncias durante a gestação ou amamentação. No entanto, gestantes e lactantes apresentam doenças para as quais o tratamento farmacológico é essencial, de modo que médico e paciente necessitam ponderar sobre o risco de uma terapia insuficiente para a mãe, o risco da toxicidade para seu filho e outras importantes questões relacionadas com o uso de medicamentos no período perinatal ([KOREN & GADOT, 2015](#)).

Ao longo dos últimos 30 anos, houve um incremento de 60% na prescrição de fármacos no primeiro trimestre de gravidez; atualmente, cerca de 80% das mulheres utilizam ao menos um medicamento durante a gravidez. Concomitantemente, as graves consequências teratogênicas do uso da talidomida durante a gestação aumentaram significativamente a percepção de risco geral, de modo que alguns médicos e pacientes buscam evitar a utilização de quaisquer medicamentos no período perinatal, mesmo em condições médicas graves.

Em função de questões relativas à segurança embrionária, fetal e pós-natal da criança, a decisão de manter ou iniciar terapia psicofarmacológica durante a gravidez ou durante a amamentação deve levar em conta a relação entre os potenciais ganhos e os possíveis danos para mãe e filho. Deve-se considerar que episódios psiquiátricos não tratados estão associados à maior probabilidade de importantes intercorrências obstétricas, maternas, neonatais e puerperais, com implicações negativas para o desenvolvimento da criança e para as relações familiares. Portanto, na ausência de uma alternativa terapêutica apropriada, evitar o uso pertinente de medicamento psiquiátrico como meio de garantir gravidez ou amamentação livres de riscos é uma estratégia contestável ([RAMOZ & PATEL-SHORI, 2014](#)).

Infelizmente, cerca de 3% dentre todos os neonatos apresenta

malformação congênita maior. Estimativas indicam que, ao longo da vida, um indivíduo está em contato com cerca de 5 milhões de substâncias. Aproximadamente 1.500 foram pesquisadas em animais. Para o ser humano, cerca de 30 substâncias são comprovadamente teratogênicas.

Embora não exista decisão terapêutica sem risco, as escolhas mais adequadas podem ser identificadas. Assim, a respeito de determinado medicamento psiquiátrico, é fundamental avaliar com a paciente a relevância dos seus benefícios atuais ou prováveis, em curto e em longo prazos, principalmente quando as demais opções terapêuticas são insatisfatórias, indisponíveis ou inexistentes. Nesse processo de tomada de decisão, são critérios importantes as respostas individuais a tratamentos específicos e a intensidade das manifestações clínicas prévias e atuais ([KALFOGLOU, 2016](#)).

Até esse momento, nenhum psicofármaco foi classificado na categoria A – a mais segura – da FDA. As categorias de risco farmacológico na gravidez, da FDA, frequentemente expressam de modo insatisfatório o conhecimento médico disponível a respeito de certa substância, de modo que a própria agência manifestou a necessidade e a intenção de elaborar um novo modelo de classificação.

Em dezembro de 2014, a FDA apresentou novas normas para o uso de medicamentos na gravidez e na lactação, cujo valor legal teve início em 30 de junho de 2015. As novas normas substituirão gradualmente a classificação por categorias – atualmente presente na maioria das bulas – estabelecida em 1979 (A, B, C, D, X). Tais categorias serão progressivamente substituídas por um conjunto de novas informações, um resumo dos riscos perinatais do medicamento, discussão das evidências pertinentes e uma síntese dos dados mais relevantes para a tomada de decisões na prescrição. Também estarão presentes orientações essenciais sobre a identificação de gravidez, contracepção e infertilidade. O objetivo final das novas normas é facilitar o processo de prescrição por meio do oferecimento de um conjunto de informações consistentes e bem estruturadas a respeito do uso de medicamentos nos períodos da gravidez e lactação ([PEARLSTEIN, 2013](#)).

Na classificação vigente a partir de 1979, certos medicamentos colocados em uma mesma categoria de risco possuem, na verdade, características de segurança reprodutiva bastante distintas de acordo com a literatura científica. Além disso, importantes particularidades clínicas permanecem ausentes nas bulas e, lamentavelmente, informações farmacológicas questionáveis e frágeis muitas vezes não são substituídas pelas melhores evidências disponíveis.

Embora as pesquisas na área progridam, ainda não há respostas definitivas a determinadas questões para as quais os estudos ainda são insuficientes ou inconclusivos. De fato, é muito difícil sustentar cientificamente a perfeita segurança de qualquer substância durante a gestação ou a amamentação. Consequentemente, complexos dilemas clínicos, éticos e legais se apresentam e exigem do médico uma conduta. Médicos especialistas não psiquiatras costumam superestimar o risco reprodutivo relacionado com medicamentos neuropsiquiátricos, enquanto médicos psiquiatras demonstram uma percepção de risco reprodutivo em maior conformidade com o conhecimento médico concernente. Ambos, usualmente, deparam-se com as seguintes situações, dentre outras, a respeito do uso de medicamentos psiquiátricos na gestação e na amamentação ([KOREN et al., 2014](#)):

- Presença de informações e recomendações divergentes na literatura médica especializada.
- O viés de pesquisa contra a hipótese nula, ou seja, distorções favoráveis à hipótese da existência de associação entre medicamentos (p. ex., antidepressivos) e desfechos adversos.
- A dificuldade de alguns médicos em interpretar de modo correto importantes aspectos epidemiológicos, bioestatísticos e metodológicos das pesquisas e estudos perinatais.
- As categorias de risco farmacológico na gravidez da FDA, presente nas bulas norte-americanas, que – de acordo com a própria FDA – frequentemente expressam de modo insatisfatório ou inadequado o conhecimento médico a respeito da segurança reprodutiva de determinada substância.

- Informações incompletas ou incorretas nos meios de comunicação.
- Psicofobia perinatal.
- Ansiedade antecipatória da paciente.
- Conceitos ou condutas tecnicamente equivocados de médicos ou outros profissionais.

A pertinência do conhecimento profissional do médico sobre os possíveis riscos do uso materno de quaisquer medicamentos durante a gravidez ou a lactação demanda, necessariamente, constante dedicação à atualização. Os resultados de estudos de associação devem ser recebidos com particular cautela, principalmente em função de potenciais vieses e fatores de confundimento, dentre outros elementos metodológicos de validade interna. Para melhor compreensão das possíveis implicações clínicas, deve-se avaliar os prováveis riscos também a partir dos números absolutos dos sujeitos de pesquisa e da magnitude dos efeitos observados. O significado médico dos achados de pesquisa somente pode ser identificado no trabalho com a realidade singular de cada paciente ([KALFOGLOU, 2016](#); [KOREN et al., 2014](#)).

## Antipsicóticos

Em emergências psiquiátricas, antipsicóticos são particularmente indicados para agitação psicomotora vinculada a episódio psicótico e a exacerbações agudas de transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia ou depressão maior.

Para sintomas e sinais maníacos, são particularmente efetivos e eficazes haloperidol, olanzapina, risperidona e quetiapina. Estudos sobre a segurança reprodutiva de tais medicamentos não têm identificado associação significativa com malformações congênitas maiores. Durante a gravidez, determinados antipsicóticos podem ser opções estratégicas para episódios de transtorno bipolar, em função de suas propriedades estabilizadoras do humor e de risco teratogênico inferior aos do lítio, do ácido valproico e da carbamazepina. Dentre os antipsicóticos referidos, haloperidol, olanzapina e risperidona estão disponíveis para administração intramuscular, no Brasil ([ZELLER & CITROME, 2016](#)).

Em casos de manifestações psicóticas associadas à depressão maior, a quetiapina apresenta algumas características favoráveis: propriedades antidepressivas significativas; medicamento adjunto de escolha em depressão refratária; menores níveis de passagem placentária que haloperidol, olanzapina e risperidona ([ENNIS & DAMKIER, 2015](#)).

Dentre os antipsicóticos típicos ou de primeira geração de baixa potência mais disponíveis, a clorpromazina apresenta segurança reprodutiva favorável, sem associação significativa com malformações maiores. Outra fenotiazina disponível, a prometazina, recomendada em alguns protocolos de emergência psiquiátrica, é de uso seguro durante a gestação ([HOGAN & FREEMAN, 2016; ZHOU et al., 2015](#)).

Na lactação, antipsicóticos típicos, como o haloperidol, não foram vinculados a efeitos adversos frequentes ou graves nos lactentes. Dentre os atípicos, destaca-se a olanzapina, em função de recentes estudos que demonstram efeitos adversos geralmente ausentes ou discretos, bem como pequena quantidade no leite materno ([KHAN et al., 2016; GALBALLY et al., 2014](#)).

## Benzodiazepínicos

Em emergências psiquiátricas, os benzodiazepínicos são especialmente indicados para manifestações ansiosas agudas, intoleradas pelo paciente. São exacerbações de diferentes transtornos, tais como o transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada ou um episódio de intoxicação ou abstinência de substâncias ([MAVROGIORGOU et al., 2011](#)).

As pesquisas sobre a segurança reprodutiva dos benzodiazepínicos têm produzido alguns resultados divergentes e controversos. Os estudos mais recentes e a maioria das pesquisas indicam a ausência de maior risco de malformações congênitas associadas aos benzodiazepínicos. Em relação à fissura orofacial, estudos recentes prospectivos e retrospectivos não identificaram associação de benzodiazepínicos com essa malformação específica. Particularmente ao lorazepam, embora ele apresente certas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas relativamente favoráveis à segurança reprodutiva, duas pesquisas concluíram que haveria associação entre o seu uso na gravidez e atresia anal. Como regra geral a todos os benzodiazepínicos, recomenda-se que, caso exista indicação para o uso na gestante, seja utilizada a menor dosagem terapêutica pelo período mais breve possível, respeitando-se as peculiaridades médicas de cada caso. Durante a lactação, geralmente os efeitos sedativos dos benzodiazepínicos em crianças são mínimos ou ausentes. De particular importância, no contexto das emergências médicas, é a ausência de risco na lactação quando houver administração de uma única dose, uso intermitente ou terapia de curto prazo (até 72 horas) ([CHISOLM & PAYNE, 2016](#)).

## Lítio

Alguns estudos indicam que o uso do lítio durante a gravidez está associado a maior risco de malformações congênitas. Dentre as alterações anatômicas associadas ao lítio, destaca-se a anomalia de Ebstein, um defeito congênito da valva tricúspide e do ventrículo direito em que os anexos dos folhetos da válvula septal e posterior apresentam deslocamento apical. Embora o risco absoluto para a anomalia de Ebstein seja considerado pequeno por alguns experts, recomenda-se cautela no emprego do lítio para a gestante, principalmente no primeiro trimestre. De modo mais prudente, outros pesquisadores e especialistas avaliam que, ao menos momentaneamente, o lítio deveria ser considerado um teratógeno relevante. Assim, perante uma paciente com episódio de transtorno bipolar de intensidade leve a moderada, pondera-se a suspensão gradual do lítio e seu possível uso depois do período embrionário ou posteriormente ao primeiro trimestre, pois a partir do início do segundo trimestre, malformações cardíacas não poderiam ser causadas. Por outro lado, a manutenção do lítio no primeiro trimestre é particularmente indicada em gestante que apresenta transtorno bipolar com manifestações atuais ou passadas moderadas a graves e com impactos funcionais intensos ([MAVROGIORGOU et al., 2011](#); [CHILSOLM & PAYNE, 2016](#)).

Durante a lactação, a utilização do lítio é desestimulada, devido à possibilidade de intoxicação e outros eventos adversos. Se houver imperiosa necessidade médica e desejo esclarecido da paciente, realiza-se seguimento clínico e laboratorial do lactente de modo minucioso e intenso, incluindo-se monitoramento de litemia, sinais vitais e alterações comportamentais.

## **Ácido valproico, carbamazepina e lamotrigina**

Ácido valproico e carbamazepina são substâncias teratógenas. Ambos estão associados a importante risco de anomalias congênitas, notadamente os defeitos do tubo neural. O uso do ácido valproico na gravidez somente deve ser considerado em mulheres com transtorno bipolar francamente grave cuja única resposta terapêutica satisfatória ocorre apenas com esse fármaco. A carbamazepina deve ser evitada no primeiro trimestre, sempre que possível. Para a lactação, ácido valproico e carbamazepina apresentam recomendações de segurança favoráveis em razão de seus baixos níveis lácteos e poucos eventos adversos – são considerados fármacos compatíveis com a amamentação ([DAVANZO et al., 2013](#)).

A lamotrigina não está associada a risco superior de malformações congênitas maiores. Em comparação com os principais estabilizadores do humor, demonstra um perfil de segurança na gestação mais favorável. Devido à alteração em seu metabolismo, ao longo da gravidez os níveis séricos da lamotrigina usualmente diminuem e podem exigir incrementos de dosagem. Porém, logo após o parto, há importante elevação de seus níveis e consequente necessidade de uma redução atenta e gradual de doses, bem como monitoramento para prevenção de intoxicação. Seu uso na lactação apresenta maior risco de *rash* cutâneo à criança ([CHILSMON & PAYNE, 2016](#); [DAVANZO et al., 2013](#)).

### **Questões para estudo**

- Estima-se que cerca de 50% das gestações sejam não desejadas ou não planejadas, o que reduz a percepção da própria mulher a respeito de uma gravidez em curso. Durante a menacme, o período de vida reprodutiva da mulher entre a menarca e a menopausa, o médico deve estar sempre muito atento à possibilidade de que fato?
- Na abordagem perinatal em emergências psiquiátricas deve-se avaliar particularmente a presença de quais sintomas?

- Durante o segundo ou terceiro trimestre, quais são os cuidados em relação ao decúbito na gestante?
- Na gestação e na lactação, quais são as recomendações de segurança em relação ao ácido valproico e à carbamazepina?

## Referências

- Chisolm, M.S., Payne, J.L. (2016) Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ*. 20;532:h5918.
- Cohen LS, Wang B, Nonacs R, et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clin N Am*. 2010;33:273–293.
- Davanzo R, Dal Bo S, Bua J, Copertino M, Zanelli E, Matarazzo L. Antiepileptic drugs and breastfeeding. *Ital J Pediatr*. 2013;39:50.
- Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, et al. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(2):168–175.
- Ennis ZN, Damkier P. Pregnancy exposure to olanzapine, quetiapine, risperidone, aripiprazole and risk of congenital malformations. A systematic review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2015;116(4):315–320.
- Galbally M, Snellen M, Power J. Antipsychotic drugs in pregnancy: a review of their maternal and fetal effects. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5(2):100–109.
- Gold KJ, Marcus SM. Effect of maternal mental illness on pregnancy outcomes. *Expert Rev of Obstet Gynecol*. 2008;2(3):391–401.
- Guglielmi V, Vulink NC, Denys D, et al. Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. *Depress Anxiety*. 2014;31(12):979–987.
- Hogan CS, Freeman MP. Adverse effects in the pharmacologic management of bipolar disorder during pregnancy. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(3):465–475.
- Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(24):419–424.
- Kalfoglou AL. Ethical and clinical dilemmas in using psychotropic medications during pregnancy. *AMA J Ethics*. 2016;18(6):614–623.
- Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, et al. Bipolar disorder in pregnancy and postpartum: principles of management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):13.
- Koren, G., Gadot, Y. (2015) Medication use in pregnancy; treating the mother: protecting the unborn. In: Harrison-Wollrich, M. *Medicines for women*. New York: Springer.
- Koren G, Madjunkova S, Maltepe C. Bias against the null hypothesis: scaring pregnant women about drugs in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2014;60:441–442.
- Ladavac AS, Dubin WR, Ning A, et al. Emergency management of agitation in

- pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(1):39–41.
- Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(13):222–230.
- Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(2):207–218.
- O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3–12.
- Pearlstein T. Use of psychotropic medication during pregnancy and the postpartum period. *Womens Health (Lond Engl)*. 2013;9:605–615.
- Ramoz LL, Patel-Shori NM. Recent changes in pregnancy and lactation labeling: retirement of risk categories. *Pharmacotherapy*. 2014;34:389–395.
- Rennó Jr., J., Ribeiro, H.L. (2012) Aspectos gerais da saúde mental da mulher. In: Rennó Jr., J., Ribeiro, H.L. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu, p. 1-7.
- Sydsjo G, Moller L, Lilliecreutz C, et al. Psychiatric illness in women requesting caesarean section. *BJOG*. 2015;122:351–358.
- Wilson MP, Nordstrom K, Shah AA, et al. Psychiatric emergencies in pregnant women. *Emerg Med Clin North Am*. 2015;33(4):841–851.
- Zambaldi, C.F., Cantilino, A. (2012) Transtorno de ansiedade na gestação e pós-parto. In: Rennó Jr., J., Ribeiro, H.L. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu, p. 183-192.
- Zeller SL, Citrome L. Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting. *West J Emerg Med*. 2016;17(2):165–172.
- Zhou X, Ravindran AV, Qin B, et al. Comparative efficacy, acceptability, and tolerability of augmentation agents in treatment-resistant depression: systematic review and network meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(4):487–498.

---

## CAPÍTULO 22

# Emergências psiquiátricas em idosos

---

*Lucas Alves Pereira*

## Pontos principais

---

- Avaliação inicial do idoso em situação de emergência psiquiátrica.
  - Principais situações de emergências psiquiátricas no idoso:
    - Depressão
    - Suicídio
    - Agitação psicomotora: psicose geriátrica e demência
    - *Delirium*
    - Abuso de substâncias psicoativas
    - Maus-tratos e negligência
    - Polifarmácia e iatrogenias
-

## Introdução

A população mundial apresenta o maior percentual de idosos de sua história e envelhece ainda em ritmo acelerado, dado o aumento da expectativa de vida. A OMS classifica cronologicamente como idosos as pessoas com 65 anos ou mais em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento.

O envelhecimento da população traz como uma de suas consequências o aumento na prevalência dos problemas de saúde característicos aos idosos: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas e alguns transtornos mentais. Os processos de demências e depressão, por exemplo, são transtornos que interferem de forma negativa na vida daqueles envolvidos com seus cuidados. Esse segmento etário mais frágil experimenta maiores taxas de morbidade e mortalidade quando comparado ao restante da população e, naturalmente, demanda maior percentual de internações hospitalares e atendimentos em unidades de urgência e emergência, inclusive psiquiátricas. Requerem assim mais cuidados por parte dos serviços psiquiátricos e mais atenção das políticas públicas de saúde, e já representam uma das principais áreas de gasto com a saúde da população em países desenvolvidos

A despeito da crescente demanda por atendimentos psiquiátricos de urgência e emergência, principalmente pela população geriátrica, os serviços públicos especializados são cada vez mais raros no Brasil, bem como é rara a presença de psiquiatras e outros profissionais de saúde especializados nas emergências de hospitais gerais. Na atualidade, pacientes que necessitem de atendimento de urgência e emergência psiquiátricas no Brasil serão atendidos principalmente em unidades especializadas em emergências psiquiátricas (UEP), que muitas vezes são ligadas a hospitais psiquiátricos, e nas unidades de emergências gerais (UEG), normalmente ligadas a hospitais gerais. Nas referidas situações, o atendimento psiquiátrico poderia servir também como importante porta de entrada para o seguimento ambulatorial. Todavia nas UEP, por exemplo, após o primeiro atendimento a perspectiva de continuação do acompanhamento

psiquiátrico muitas vezes é desfavorável, pois os pacientes de forma contumaz não conseguem atendimento ambulatorial para o seguimento. Um paciente idoso com demanda ambulatorial, por exemplo, pouco tem acesso a ambulatórios de psiquiatria (em extinção no SUS). É comum observarmos uma verdadeira “peregrinação” desses pacientes em busca de atendimento especializado, e de forma contumaz acabam recorrendo novamente a UEP, com demandas ambulatoriais como renovação de receitas, pois não conseguiram atendimento de psiquiatria ou psicogeriatría.

O cenário é similar nas UEG. Caso um idoso tente suicídio por intoxicação exógena, por exemplo, ele será atendido por um médico não psiquiatra, que após estabilização do quadro dará alta com encaminhamento para consulta com psiquiatra, ou acompanhamento psicológico; o que dificilmente ele conseguirá nos serviços públicos.

O atendimento aos pacientes idosos em situação de emergência/urgência é particularmente desafiador, haja vista as comorbidades associadas, a polifarmácia e os problemas psicossociais subjacentes. A avaliação psiquiátrica nesses casos depende da correta interpretação da complexa interdependência de sistemas funcionais envolvidos nas operações mentais. Não apenas funções do próprio sistema nervoso central (SNC) apoiam tais sistemas operacionais, mas também, e especialmente no caso dessa população, a homeostase sistêmica constitui pano de fundo importante na perfeita orquestração dessas funções. Um idoso com pneumonia, por exemplo, poderá sofrer intenso impacto em seu funcionamento cognitivo e comportamental por causa dessa doença, podendo, inclusive, apresentar quadro de *delirium* ou demência de rápida instalação.

Pacientes que padecem de esquizofrenia, por exemplo, têm 15 anos em média da redução da expectativa de vida (LAURSEN et al., 2014), e as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade (BROWN et al., 2000) nesse grupo. Nesse contexto, esses pacientes tornam-se biologicamente idosos muito precocemente, demandando assim o mesmo cuidado que um paciente cronologicamente idoso.

Os objetivos principais da abordagem psiquiátrica em um serviço de emergência são: conduzir uma avaliação adequada, identificar uma

hipótese diagnóstica e prover tratamento de emergência. Para que isso seja concretizado é necessário um serviço devidamente estruturado.

## Avaliação inicial

Situações de urgência e emergência psiquiátricas em idosos podem ser consequência tanto da agudização de um transtorno mental preexistente, quanto por condições psiquiátricas de início tardio, que podem ser primárias ou consequências de doenças clínicas ou neurológicas.



**FIGURA 22.1** Avaliação inicial na unidade de emergência.

Os idosos com doença mental prévia agudizada correspondem à grande parte dos atendimentos nas UEP, por realizarem tratamento no serviço de psiquiatria anexo, por terem sido previamente atendidos nessa unidade, ou em outra UEP, em outro momento de agudização da doença. Um exemplo seria um paciente idoso em agitação psicomotora, na fase maníaca do transtorno bipolar do humor, do qual padece há cerca de 40 anos. Por outro lado, sintomas psiquiátricos secundários a uma condição clínica em curso também são causa de atendimentos nessas unidades. Esse mesmo idoso bipolar pode ser levado à emergência também em agitação psicomotora, porém decorrente do estado de *delirium*, que é muito prevalente em idosos. Outro exemplo: um paciente idoso que padece de esquizofrenia em comorbidade com diabetes tipo 2 é levado a UEP apresentando rebaixamento agudo do nível de consciência, com a suspeita por parte dos familiares de sedação, ocorrida após reajuste da dosagem do antipsicótico pelo psiquiatra assistente. Na verdade, o paciente apresentou um episódio de hipoglicemia.

Nas UEG a maioria das situações de urgência/emergências psiquiátricas em pacientes idosos é decorrente de uma causa física ou

orgânica subjacente, portanto é essencial que os médicos de emergência investiguem, com cuidado, condições clínicas nessa vulnerável população de pacientes.

Pacientes apresentando depressão grave frequentemente são encaminhados as UEG quando muito comprometidos clinicamente, com suspeita de doença clínica em curso. Nesse contexto de atendimento ao idoso devemos sempre aventar a hipótese de depressão, entre outras doenças psiquiátricas, principalmente para os pacientes que apresentam síndrome consumptiva, posto que os transtornos mentais, em geral, são a segunda maior causa da referida síndrome.

Antes de qualquer conduta farmacológica, é necessário observar as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas do paciente idoso, elencadas nos [Quadros 22.1](#) e [22.2](#).

---

## Quadro 22.1

### Alterações fisiológicas × alterações farmacocinéticas

---

- Redução do fluxo sanguíneo intestinal: ↓ da taxa de absorção do fármaco no plasma
- Menor filtração glomerular: ↓ da taxa de eliminação do fármaco
- Redução do fluxo sanguíneo hepático: ↓ depuração hepática
- Diminuição da massa magra e aumento do tecido adiposo: alteração no volume de distribuição de fármacos lipossolúveis e ↑ da  $\frac{1}{2}$  vida

---

Fonte: [Cordeiro e Baldaçara \(2007\)](#).

---

## Quadro 22.2

### Alterações fisiológicas × alterações farmacocinéticas

---

- Sistemas colinérgico: ↓ de receptores
- Sistema dopaminérgico: ↓ de célula nos núcleos da base; efeitos extrapiramidais

- Sistema noradrenérgico: ↓ da NA sérica
- Sistema histaminérgico/gabaérgico: ↓ número de receptores: ↑ da sensibilidade

---

*Fonte:* Cordeiro e Baldaçara (2007).

## Depressão

Embora a depressão seja o transtorno psiquiátrico mais comum nos idosos, ela permanece mal reconhecida e subtratada. Embora as experiências de vida na população geriátrica estejam associadas a uma série de perdas físicas e eventos difíceis da vida em que a tristeza pode ser considerada uma resposta normal, a depressão não pode ser encarada como uma consequência natural do envelhecimento. Quando ocorre, o transtorno depressivo está associado à incapacidade física, à precipitação do declínio funcional, ao aumento do risco de hospitalização, à diminuição da qualidade de vida, ao aumento do uso de serviços médicos e da mortalidade ([GANGULI et al., 2002](#); [UNUTZER et al., 2000](#)).

Um episódio depressivo *per si* não configura uma urgência/emergência psiquiátrica. Todavia, pacientes com episódio depressivo em curso, mas que não estão em situação de urgência ou emergência, de forma contumaz procuram atendimento nas UEP. Essa procura vem aumentando a cada dia no Brasil, no contexto da já mencionada escassez de ambulatórios de psiquiatria e superlotação dos CAPS no Sistema Único de Saúde.

Apesar da depressão no idoso seguir os mesmos critérios diagnósticos do adulto jovem, algumas características na apresentação dos sintomas no idoso podem confundir o reconhecimento desse transtorno. A presença de uma variedade de sintomas físicos, o uso de várias medicações, a ideia errônea de que alguns sintomas podem ser atribuídos ao envelhecimento e a vergonha e/ou dificuldade com que o indivíduo lida com seus sintomas emocionais podem “mascarar” o diagnóstico correto da depressão.

## Epidemiologia

Estudos relatam até 5% de prevalência de transtorno depressivo maior (depressão grave) e uma prevalência de 8% a 27% para depressão menor (depressão subsindrômica) ([Meldon et al., 1997](#); [NIH, 1992](#); [Blazer, 1989](#)). A depressão maior está presente em 5% a 12% dos pacientes hospitalizados e 12% a 16% dos pacientes residentes em

casas de repouso ou asilos (KOENIG, 1991).

## Fatores de risco

Idosos são susceptíveis ao desenvolvimento de um transtorno de humor, pois apresentam vários fatores de risco biológicos e psicossociais como doenças clínicas, incapacidade funcional, isolamento social, morte de pessoas próximas, vulnerabilidades genéticas e o próprio acúmulo desses fatores estressores. As doenças clínicas correlacionam-se com a depressão em uma relação bidirecional, na qual uma predispõe a outra. Cerca de um quinto dos pacientes submetidos a cateterismo cardíaco ou em recuperação de infarto do miocárdio recente (IAM) (CARNEY et al., 1995), e cerca de um terço dos pacientes nos primeiros 12 meses após o IAM apresentam episódio depressivo (LESPERANCE et al., 1996). A mortalidade pós-IAM é maior nesses pacientes, sugerindo que a depressão contribui para a patogênese da doença cardíaca (VAN MELLE et al., 2004). Similar correlação entre depressão e doença clínica se aplica a uma série de outras condições, incluindo doença cerebrovascular e demência (KRISHNAN, 2001).

## Avaliação

Os transtornos do humor são significativamente subdiagnosticados na população geriátrica, particularmente em ambientes de atenção primária, nos quais cerca de metade de todos os pacientes idosos com transtornos do humor não são identificados quando deprimidos (HARMAN et al., 2001; SHAH & HARRIS, 1997). O reconhecimento da depressão por médicos nas unidades de emergência geral também é insatisfatório (MELDON et al., 1997).

---

### Quadro 22.3

#### **Fatores que podem dificultar o diagnóstico da depressão no idoso**

---

- Frequentemente apresentam queixas somáticas vagas ou sobreposição com sintomas de doença médica que podem mimetizar ou mascarar sintomas depressivos subjacentes

- Os sintomas ocorrem frequentemente após um evento estressor importante; portanto, são interpretados como “compreensíveis”, sem necessidade de mais intervenção
  - A concomitância de comprometimento cognitivo ou demência, devido à sobreposição de sintomas (p. ex., apatia, afastamento emocional, regressão, diminuição da concentração) e alteração da memória
  - Pacientes idosos podem estigmatizar a depressão e, portanto, são menos propensos a aceitar o diagnóstico e aderir ao tratamento
- 

Devemos realizar uma avaliação psiquiátrica e neurológica completas, bem como saber os medicamentos – e substâncias psicotivas de abuso. É imprescindível a investigação das habilidades funcionais, o engajamento na comunidade, do estilo de vida e das perdas recentes. Consultar os membros da família, cuidadores e amigos – para corroborar a história é fundamental.

Chamamos “pseudodemência” (depressão com sintomas cognitivos) o transtorno depressivo que apresenta sintomas cognitivos pronunciados, podendo ser confundido com demência. O miniexame do estado mental pode, inclusive, demonstrar comprometimento significativo (abaixo de 18), porém tal prejuízo pode ser revertido com o tratamento da depressão. A presença de sintomas do humor, perda do interesse e prazer, ideias de culpa, autonegligência, história prévia de transtorno depressivo e ideação suicida podem sugerir depressão. Entretanto é comum a presença de transtorno depressivo em indivíduos demenciados. É recomendado, na dúvida diagnóstica, proceder o tratamento, uma vez que a depressão não tratada leva ao pior prognóstico, principalmente quando associada à demência. No contexto do atendimento na unidade de emergência é fundamental que orientemos o prosseguimento da investigação diagnóstica, posto que é comum que um episódio depressivo no idoso constitua o início de um quadro demencial.

## **Manejo**

Geralmente os pacientes geriátricos deprimidos em situação de urgência ou emergência chegam a UEP ou UEG devido ao comprometimento clínico ou pelo risco de suicídio. A depressão é o

fator de risco mais comum em idosos que cometem suicídio, relatado em até 85% casos (BIRRER & VEMURI, 2004) e devemos sempre, de maneira adequada, abordar esse tópico na avaliação do paciente deprimido, conforme veremos adiante.

A primeira medida, no pronto-socorro, com relação a um idoso deprimido é a avaliação do risco. É essencial a presença de um familiar ou cuidador para o planejamento da terapêutica. Devemos avaliar não apenas o risco de suicídio, mas a capacidade do idoso em seguir as orientações e cuidar-se. A depressão não tratada está associada ao aumento da mortalidade por problemas médicos comórbidos (SCHULZ et al., 2002), suicídio, aumento do risco de incapacidade e comprometimento do funcionamento psicossocial. Vale ainda ressaltar que a incapacidade de diagnosticar a depressão, seja nas unidades de emergências ou no consultório, pode causar excesso de solicitações de exames laboratoriais e prescrições de medicamentos caros, entre outros tratamentos (DASGUPTA, 1998).

O tratamento inclui metas como aliviar os sintomas depressivos, reduzir o risco de recorrência e recaídas, melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade (DASGUPTA, 1998). Devemos pensar em proceder com a internação quando os pacientes mais graves apresentam ideias e intenção suicidas, já tentaram o suicídio, têm dificuldade de gerir ou negligenciam o seu tratamento, apresentam sintomas psicóticos e quando apresentam comorbidades clínicas que poderiam complicar o tratamento da depressão ambulatorialmente. Para os casos menos graves outras formas de tratamento devem ser usadas, como internação em hospital-dia, programa de consultas regulares com o psiquiatra e psicólogo e, sobretudo, manejo e supervisão domiciliar pela família e cuidadores. Na impossibilidade de medidas adequadas em domicílio, a indicação é de observação e até mesmo internação. Os idosos com muitas comorbidades clínicas e saúde física precária deverão ser encaminhados para internação em hospital geral, com acompanhamento conjunto das diversas especialidades necessárias.

Um dilema vivido pelos psiquiatras que trabalham nas UEPs do sistema de saúde pública no Brasil se dá quando existe indicação de

internação psiquiátrica de um idoso deprimido, por exemplo. Primeiro, muitas UEPs não apresentam arcabouço material (“carrinho de parada”, monitor cardíaco, drogas inotrópicas positivas, antiarrítmicos etc) para manejo de eventuais complicações de doenças clínicas comórbidas. Segundo, muitas enfermarias de hospitais psiquiátricos públicos são mistas, ou seja, pacientes femininos e masculinos são internados no mesmo ambiente. Nesse contexto, proceder com a internação de uma idosa de 65 anos deprimida com ideação suicida, em uma enfermaria com, por exemplo, três ou mais homens jovens em fase maníaca do transtorno bipolar do humor, agitados, eventualmente desinibidos sexualmente, pode ser catastrófico. E mais, é corriqueiro que as equipes de profissionais estejam em número diminuto nas referidas unidades, aquém da necessidade mínima para fornecer os cuidados que geralmente um idoso mais frágil demanda.

Nas emergências, devemos focar o tratamento em agentes indutores do sono, alguns antipsicóticos atípicos, principalmente a quetiapina pelo seu efeito antidepressivo, além do carbonato de lítio, bem como nas orientações para o seguimento ambulatorial, e eventualmente na vigilância ininterrupta pela família no que tange ao risco de autoextermínio.

Intervenções farmacológicas, psicoterapia e eletroconvulsoterapia são eficazes no tratamento da depressão geriátrica. Alguns riscos envolvendo antidepressivos em idosos pode afetar a escolha de um determinado agente. Geralmente sertralina, escitalopram, citalopram, IRSN, mirtazapina, trazodona, agomelatina e vortioxetina constituem tratamentos eficazes para depressão unipolar em idosos. Fluoxetina, paroxetina e bupropiona devem ser usados com cuidado, pois, principalmente os dois primeiros, inibem fortemente a subenzima hepática 2D6 (P450). Os antidepressivos tricíclicos e IMAOs não são a primeira opção para a população idosa nessa circunstância, e devem ser evitados na maioria dos casos. A escolha de um agente antidepressivo é sempre individualizada, baseada nas características do paciente e da doença, e na possibilidade de aquisição. Também devemos lembrar que uma grande proporção de pacientes apresenta

depressão bipolar, e nesses casos, o tratamento com antidepressivos deverá ser evitado e mesmo contraindicado (principalmente os noradrenérgicos) no contexto da UEP, uma vez que podem agravar a ideação suicida mediante ativação da angústia e da ansiedade, bem como ocasionar uma virada maníaca.

## **Suicídio**

A população geriátrica representa a faixa etária com o maior risco de morte por suicídio entre todos os grupos etários no Brasil ([BRASIL, 2006](#)) e na maior parte do mundo. Ela é mais propensa a viver isolada socialmente, tende a ter menos histórias de tentativas prévias e a ideação ou planejamento de autoextermínio são ainda mais difíceis de serem descobertos a tempo. Também, nos Estados Unidos, por exemplo, a razão de tentativas para suicídios efetivados é em torno de 4:1 entre idosos, enquanto entre jovens é de 8:1 a 20:1, na população em geral, indicando que as tentativas dos idosos são mais fatais ([PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006](#)).

## **Epidemiologia**

Os adultos mais velhos correm maior risco de suicídio do que qualquer outro segmento da população, atingindo a taxa de 15,6 por 100 mil indivíduos em 2002 nos Estados Unidos.

No Brasil, os idosos suicidam-se principalmente com enforcamento, estrangulamento e sufocação (1º lugar), seguidos por uso de armas de fogo (segunda causa entre homens) e por salto de grandes alturas (segunda causa entre mulheres) ([BRASIL, 2006](#)). Apesar de ainda subnotificada, a morte por suicídio representa aproximadamente 1% do total de óbitos no Brasil, com cerca de 12 suicídios para cada 100 mil homens e 2,5 para cada 100 mil mulheres ([BRASIL, 2006](#)).

Intervenções agressivas e imediatas são necessárias quando se identifica risco de suicídio na população em apreço. Mais de 70% dos idosos vítimas de suicídio visitaram seu médico de cuidados primários um mês antes de tentar o autoextermínio. Destes, quase um terço foi visto até uma semana antes do ato de suicídio ([PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006](#)).

## **Fatores de risco e consequências**

Doença psiquiátrica em curso ou mesmo em remissão é o fator de risco mais importante, pois aproximadamente 90% das pessoas que

cometem suicídio têm doença mental (SZANTO et al., 2001). A depressão é o diagnóstico mais comum em idosos vítimas de suicídio, enquanto no adulto mais jovem o abuso de substâncias comórbido a um transtorno do humor é mais frequente (WAERN et al., 2002). Os idosos com depressão que foram vítimas de suicídio, padeciam do primeiro episódio depressivo.

O segundo transtorno psiquiátrico mais comum associado ao suicídio em idosos é o transtornos por uso de substâncias psicoativas, particularmente o álcool. O abuso ou dependência de derivados etílicos está associado ao suicídio como fator de risco independente, ou exacerbando as doenças psiquiátricas ou físicas comorbidadas (BLOW et al., 2004) ou ainda como causa de perdas de apoios sociais. Estima-se, baseado em estudos de autópsia psicológica, que 3% a 44% dos idosos suicidas tinham algum transtorno por uso de substâncias psicoativas (CONWELL et al., 2002).

Transtornos psicóticos primários, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade parecem desempenhar um papel menor no suicídio entre idosos do que em pacientes mais jovens (CONWELL et al., 2002). As doenças físicas são consideradas fator predisponente para suicídio em idosos, em particular vítimas de suicídio com idade superior a 80 anos (RICH et al., 1991). Doenças como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar crônica e convulsões são fatores de risco independentes para o suicídio (JUURLINK et al., 2004), bem como HIV/AIDS, doença de Huntington, neoplasias malignas, esclerose múltipla, úlcera péptica, doença renal, lúpus eritematoso estão relacionados com o aumento da mortalidade por suicídio (HARRIS & BARRACLOUGH, 1994). Além disso, deficiência visual, distúrbio neurológico e neoplasias malignas podem estar associados independentemente ao suicídio em idosos. A dor não tratada ou subtratada, a ansiedade antecipatória em relação à progressão da doença física, o medo da dependência de outros e de sobrecarregar a família são os principais agravantes nos idosos suicidas com doença física.

Estressores sociais acompanham a vida dos pacientes em apreço que tendem a se aglomerar nas semanas ou meses que precedem uma

tentativa de suicídio. São exemplos: aposentadoria, falecimento de entes queridos, isolamento social e aumento das limitações físicas. Alguns correlatos biológicos do suicídio foram identificados. Os sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos e neuroendócrinos são mais frequentemente implicados na neurobiologia do suicídio (RIFAI et al., 1992). As anormalidades no sistema serotoninérgico central têm sido associadas à predisposição a atos impulsivos e agressivos. Várias revisões examinaram a evidência do papel dos sistemas de neurotransmissores na biologia do suicídio nos idosos. No entanto, um número insuficiente de idosos foi incluído para permitir a análise ou uma conclusão.

---

## Quadro 22.4

### Suicídio em idosos

---

- Grupo etário com maior risco no Brasil (BRASIL, 2006)
  - Tentativas de suicídio/suicídios efetivados é em torno de 4:1 entre. Entre jovens é de 8:1 a 20:1 (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006)
  - Das vítimas idosas de suicídio, 70% visitaram seu médico no mês em que o cometem (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006)
  - Tendem a admitir suas ideações suicidas quando o tópico é introduzido (BHARUCHA & SATLIN, 1997)
- 

### Avaliação

As estratégias de intervenção clínica dirigidas a indivíduos com alto risco de suicídio de acordo com fatores demográficos, psiquiátricos, sociais e médicos podem ser mais eficazes na prevenção do suicídio do que as intervenções que identificam apenas indivíduos com ideação ou comportamento suicida. O fato de que a maioria dos idosos foi vista por seu médico no mês anterior a sua morte, juntamente com a constatação de que a maioria das vítimas de suicídio tiveram episódios depressivos tardivamente sugerem que a detecção e tratamento da depressão pode ser uma forma eficaz para prevenir suicídio no idoso.

A probabilidade de suicídio e comportamentos suicidas não fatais

aumenta com fatores de risco adicionais. O papel do médico é reconhecer os pacientes de maior risco ao determinar situações psicossociais e clínicas associadas com maior probabilidade de suicídio. A avaliação deve incluir indagações sobre tentativas prévias de suicídio, episódios de depressão, psicose, mania, transtorno por uso de substâncias e/ou do controle de impulsos, apoios sociais e eventos estressantes recentes.

## Manejo

O primeiro passo no manejo de um idoso com potencial suicida deve centrar-se na avaliação exaustiva do nível e intensidade do risco. O psiquiatra deverá decidir sobre a necessidade de internação com base nas seguintes variáveis: gravidade do risco, capacidade e eficiência da rede social familiar para monitorar e prevenir tentativas (evitando o acesso aos meios, como armas), grau de acesso e adesão ao tratamento ambulatorial, a emergências e/ou hospital-dia. O tratamento hospitalar deve ser destinado aos pacientes cujo transtorno não pode ser manejado de maneira segura em ambulatório ou hospital-dia. É importante frisar que a internação é um recurso fundamental para o tratamento dos idosos nos serviços de psiquiatria, e quando qualquer dúvida existir sobre tais variáveis, o psiquiatra não deve hesitar em indicá-la como medida protetora. Essa medida objetiva fornecer a monitorização adequada a fim de evitar que o doente recorra à autólise. Permite ainda a avaliação de condições psiquiátricas coexistentes, resposta clínica aos psicofármacos e a psicoterapia através das consultas regulares, bem como a posterior transição para tratamento ambulatorial. Esse tratamento otimizado após crises graves é essencial na sequência do acompanhamento, uma vez que os idosos sobreviventes do comportamento suicida continuam a ser um grupo de alto risco e necessitam de uma estreita monitorização.

A eletroconvulsoterapia constitui a primeira opção para pacientes idosos com grave risco de suicídio e rede sociofamiliar carente, bem como em casos refratários a psicofármacos, ou em que o idoso apresente contra indicação para o uso deles. Essa importante modalidade terapêutica deveria estar presente em todos os serviços de

maior complexidade psiquiátrica, porém por questões ideológicas é rara no SUS, e seu uso está quase restrito aos pacientes que têm planos de saúde e/ou condições de custear os valores desse valioso tratamento.

Na fase aguda, recomenda-se que idosos com comportamento suicida recebam sempre antipsicóticos mais sedativos e que tenham efeito antidepressivo (p. ex., quetiapina), em doses eficazes. O uso do lítio também está associado à redução da ideação suicida, mesmo na depressão unipolar ([CONWELL et al., 2002](#)) e, sempre que possível, deve ser indicado em associação ao antipsicótico, porém com cuidado redobrado nessa população. Ansiolíticos também podem ser necessários para a redução da angústia e da ansiedade, além de manterem o paciente menos capaz de engendrar ações contra si.

Quanto ao tratamento após uma tentativa frustrada de suicídio, infelizmente, na realidade brasileira, a maior parte dos pacientes que tenta suicídio não receberá atendimento psiquiátrico, pois lamentavelmente são raros os serviços públicos de emergência que contam com esses profissionais na equipe. Após o atendimento realizado pelos médicos que oferecerão os primeiros socorros, muitas vezes será o serviço de psicologia que dará o amparo técnico para a decisão sobre a alta.

## Agitação psicomotora

A população geriátrica pode apresentar agitação em qualquer uma dessas etiologias. Daremos maior atenção a agitação nas psicoses geriátricas, que podem acontecer tanto nas demências, no *delirium*, nos transtornos psicóticos primários entre outras situações. Falaremos um pouco mais neste tópico sobre outras situações nas demências.

---

### Quadro 22.5

#### Subtipos de agitação psicomotora

---

- *Agitação nas demências*: secundária ao quadro demencial, podendo estar associado a episódios paranoides, obnubilação e piora das capacidades cognitivas.
- *Agitação no delirium*: origem orgânica. Além da agitação e irritabilidade, o paciente se encontra obnubilado, não apreendendo o ambiente, desorientado no tempo e espaço, com fluxo confuso de pensamento.
- *Agitação maníaca*: secundária a um intenso taquipsiquismo. O indivíduo se apresenta logorreico, inquieto, com ideias de grandeza e desinibição social.
- *Agitação paranoide*: secundária ao delírio paranoide e alucinações. O paciente se mostra desconfiado, hipervigilante, potencialmente agressivo e hostil, pronto para defender-se das possíveis ameaças que supostamente o cercam.
- *Agitação oligofrênica*: devido à dificuldade em compreender o ambiente, o paciente com deficiência mental se constrange e desespera-se, entrando em estado de agitação podendo ficar hétero ou autoagressivo.
- *Agitação catatônica*: agitação impulsiva e intensa com movimentos repentinos e explosões agressivas.
- *Agitação explosiva*: associada a transtornos de personalidade do tipo explosivo, borderline e sociopático. Os pacientes, quando minimamente frustrados, reagem de maneira agressiva e explosiva, voltando à calma quando atendidas suas necessidades.
- *Agitação explosiva*: associada a transtornos de personalidade do tipo explosivo, borderline e sociopático. Os pacientes, quando minimamente frustrados, reagem de maneira agressiva e explosiva, voltando à calma quando atendidas suas necessidades.
- *Agitação histérica*: agitação mais teatral e escandalosa, com sentido

comunicativo.

- *Agitação ansiosa*: secundária à ansiedade e angústia extrema, o paciente se mostra irritado, tenso, andando rapidamente de um lado para o outro. Neste caso, o risco de suicídio deve ser sempre considerado e as medidas de segurança rapidamente tomadas.

---

Fonte: Dalgalarrondo (2000).

A agitação pode ainda ser secundária a diversas causas clínicas e neurológicas. A seguir, estão elencados alguns diagnósticos diferenciais.

---

### Quadro 22.6

#### Diagnósticos diferenciais de agitação psicomotora

---

- Hipoglicemia
  - Hipóxia
  - TCE
  - Sangramento
  - Hiper e hipotermia
  - Meningite ou sepse
  - AVE
  - Estados pós-ictais ou *status epilepticus*
  - Tumores encefálicos
  - Doenças tireoidianas
  - Hiperparatireoidismo
  - Doença de Wilson
  - Doença de Huntington
  - Hemorragia subaracnoidea
- 

### Psicoses geriátricas

As psicoses nos idosos podem ser manifestações de uma variedade de condições neuropsiquiátricas e representam um desafio diagnóstico significativo para um clínico. As manifestações psicóticas na população geriátrica podem ser divididas em psicose de início precoce, com sintomas que se prolongam até a terceira idade e a

psicose de início tardio. O aparecimento de sintomas psicóticos no final da vida pode ser o primeiro sinal de doença clínica ou neurológica, ou ainda uma condição induzida por uma substância; portanto merecem uma avaliação cuidadosa na unidade de emergência e no seguimento.

## Epidemiologia

A prevalência de esquizofrenia e transtornos esquizofreniformes em idosos varia entre 0,2% e 0,9% ([MYERS et al., 1984](#)). Por outro lado, 16% a 23% da população idosa apresenta psicoses “orgânicas”, sendo a demência a principal causa ([TARGUM & ABBOTT, 1999](#); [KOENIG et al., 1994](#)). Mais de 50% dos idosos com demência apresentam pensamento paranoide e alucinações em algum momento ([TARGUM & ABBOTT, 1999](#); [KOENIG et al., 1994](#); [WRAGG & JESTE, 1989](#)).

## Fatores de risco

A incidência de psicose em geral aumenta com a idade. A deterioração das áreas corticais, como os lobos frontal e temporal, bem como as alterações neuroquímicas comuns no envelhecimento, podem estar implicadas no aumento da incidência de psicose. Outros fatores de risco possíveis são deficiência auditiva e visual, isolamento social, déficits cognitivos, uso de substâncias e de múltiplos medicamentos.

## Avaliação

As entidades mais comuns no grupo das psicoses de início tardio são demência, *delirium*, transtornos psicóticos primários, transtornos do humor e sintomas psicóticos secundários a causas clínicas. Nesses casos devemos incluir avaliação clínica, neurológica e psiquiátrica para definir a causalidade dos sintomas. Exames de rotina incluem hemograma completo, perfil metabólico, dosagem de B<sub>12</sub>/folato, de função tireoidiana, eletrocardiograma e, se necessário, exames de imagem. A avaliação cuidadosa de todos os medicamentos e história de uso de substâncias psicoativas é também de suma importância.

Cerca de 10% dos casos de esquizofrenia ocorrem em pacientes com

mais de 45 anos. A esquizofrenia de início tardio (60 anos ou mais) é extremamente rara e não é uma entidade comumente reconhecida.

## **Manejo da agitação**

A agitação é uma manifestação comum da psicose tardia. Inquietação e resistência aos cuidados são comportamentos comuns nos pacientes demenciados. Doenças clínicas e fatores ambientais (estimulação excessiva) também podem contribuir para os episódios de agitação no idoso.

O manejo da agitação e agressão em idosos representa um desafio significativo no serviço de emergência. A população geriátrica é particularmente suscetível a efeitos adversos de medicamentos devido a comorbidades, polifarmácia e possíveis interações medicamentosas e as já referidas mudanças nas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Portanto, o tratamento agudo e a longo prazo da agitação em idosos deve combinar medicamentos e intervenções comportamentais. Ajustar o ambiente físico, retirar pacientes angustiados do ambiente estressor, falar calmamente, promover interações e atividades sociais apropriadas podem diminuir alterações do comportamento. Sintomas psicóticos que ocorrem durante o curso da demência parecem estar associados à deterioração cognitiva mais rápida, à propensão à agressão no idoso e ao aumento da carga de trabalho do cuidador. O tratamento psicossocial dos sintomas psicóticos deve, portanto, envolver a participação ativa da família e dos cuidadores. Educação, apoio e descanso devem ser oferecidos a todos os cuidadores para evitar o *burnout*, que pode interferir na capacidade de cuidar do idoso.

Deve-se tentar conter a agitação aguda inicialmente com medidas não farmacológicas, quando o psiquiatra julgar possível e dependendo de cada caso. Medidas de contenção física podem ser executadas por equipes treinadas. O paciente contido no leito deve estar isolado de outros pacientes e precisa ser avaliado em curtos espaços de tempo, prevenindo-se a desidratação e outras complicações.

Quando a agitação implica riscos imediatos a terceiros ou ao

próprio paciente, medidas rápidas devem ser tomadas, geralmente recorrendo-se aos psicofármacos. É importante saber a etiologia da agitação, para se proceder a uma escolha mais racional do tipo de agente farmacológico. A agitação no caso de uma catatonía hipercinética, por exemplo, responderá bem à administração de benzodiazepínicos EV, mas poderá responder mal ao uso de antipsicóticos. Na agitação em contexto de *delirium*, ao contrário, o antipsicótico pode auxiliar, e o benzodiazepílico, agravar o quadro. O tratamento farmacológico deve ser realizado preferencialmente por via oral. A clorpromozina, a levomepromazina e a tioridazina, antipsicóticos sedativos, devem ser evitados em paciente idosos pelo risco de hipotensão e quedas e alterações eletrocardiográficas.

---

## **Quadro 22.7**

### **Medicações para uso oral: sugestões para idosos (disponíveis no Brasil)**

---

Risperidona (apresentação em solução e comprimidos)  
0,25-2 mg ao dia - Pico 1 h: meia-vida: 3 a 24 h

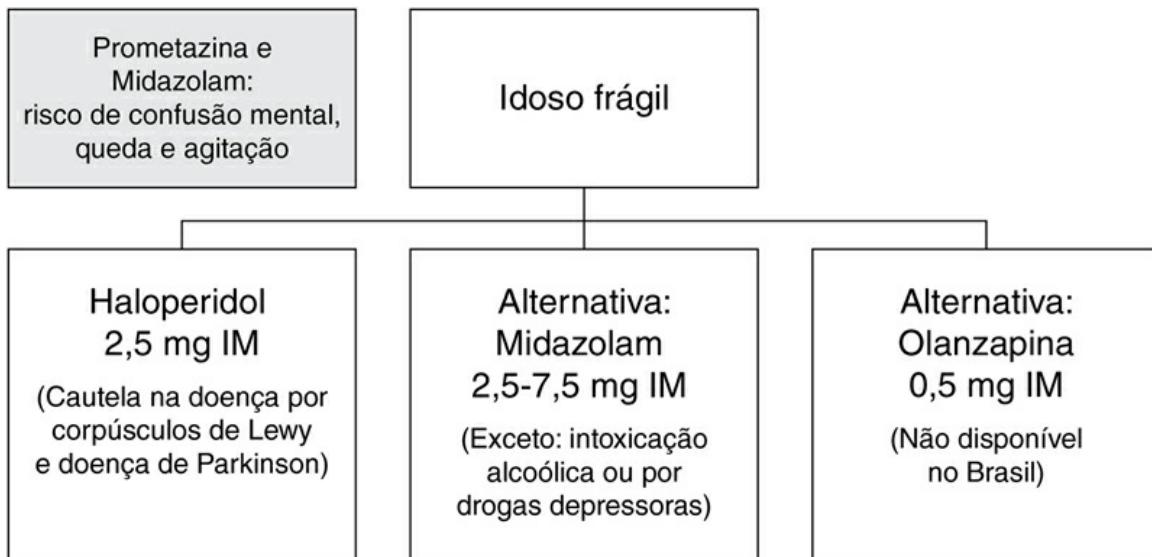
Haloperidol (apresentação em solução e comprimidos)  
1-2,5 mg VO ao dia - Pico 1 a 4 h: meia-vida: 15 a 37 h

Quetiapina (comprimidos)  
12,5-50 mg ao dia - Pico: 1,2 a 1,8 h/meia-vida: 7 a 12 h

Lorazepam (comprimidos)  
0,5-2 mg ao dia (Pico 2 h meia-vida: 20 a 40 h)

Clonazepam (apresentação em solução e comprimidos)  
0,25-2 mg ao dia - Pico 1 a 3 h meia-vida.

---



**FIGURA 22.2** Alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas do paciente idoso. *Fonte:* Adaptação de Cordeiro, D. C. & Baldaçara, L. (2007).

## Demência

As demências são caracterizadas pelos sintomas cognitivos com consequências funcionais (prejuízo das atividades de vida diária) e principalmente psicológicos e comportamentais. Nesse último grupo estão os sintomas psicóticos, depressivos e a agitação. Além disso, estão entre as principais causas de busca por emergências e internação (BALDAÇARA et al., 2012) e são o principal motivo de institucionalização (CAIXETA, 2006). Visto sua importância, tais situações recebem denominação própria e são chamadas sintomas comportamentais e psicológicos das demências (SCPD). Muitas síndromes demenciais podem evoluir progressivamente para SCPD, enquanto outras podem iniciar os sinais mais evidentes através de SCPD.

## Epidemiologia

Afeta cerca de 8% a 10% das pessoas com mais de 65 anos e quase 50% das pessoas com mais de 85 anos (KRISHNAN, 2001). A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência seguida de demência vascular e demência com corpos de Lewy.

## Avaliação

O primeiro passo na avaliação do distúrbio comportamental em pacientes com demência é avaliar as variáveis – clínicas, farmacológicas e ambientais, que poderiam precipitar a alteração do comportamento. A neurobiologia das manifestações comportamentais envolve uma correlação entre a diminuição da função colinérgica, o esgotamento dos níveis de serotonina e norepinefrina. Em sintomas depressivos e de agitação à desregulação do GABA, serotonina e norepinefrina têm associação à agressividade e impulsividade.

## Manejo

Agressividade e agitação são comuns nas demências e apesar de serem frequentemente transitórias, essas situações estão relacionadas com a entrada em instituições de cuidados. O manejo medicamentoso é limitado, sendo recomendada a associação do tratamento comportamental com o uso de psicofármaco, porém considerando, e muito, os custos e os benefícios.

O primeiro passo é o diagnóstico diferencial e o melhor tratamento específico para a causa. Entre as principais causas estão os sintomas deliríoides secundários ao prejuízo cognitivo, mesmo assim, são transitórios e podem ser manejados de forma não medicamentosa. Entretanto, outras causas merecem atenção, conforme o [Quadro 22.8](#).

---

### Quadro 22.8

#### Causas de agitação nas demências

---

- Sintomas deliríoides (delírio secundário ao prejuízo cognitivo)
- Intoxicação medicamentosa (por estimulantes)
- Ansiedade
- Sintomas extrapiramidais (acatisia)
- Estado confusional agudo
- Insônia
- Estados vegetativos (fome, sede, constipação ou retenção urinária)

---

*Fonte:* Adaptado de Baldaçara (2012).

Uma vez identificada a causa, independentemente da conduta faz-se necessária a implementação das medidas comportamentais gerais. Secundariamente partimos para as medidas medicamentosas. Entretanto, em casos de agitação severa, recomenda-se primeiro as medidas medicamentosas e posteriormente as ambientais (DOCHERTY et al., 1998). O ideal é iniciar por medicações por via oral, em baixas doses (pelo menos 1/3 da dose para adultos) e fracionadas (duas ou três vezes ao dia) para se evitar os efeitos colaterais. É importante atentar para as interações medicamentosas, que podem inclusive piorar o quadro de agitação.

Há evidência de que os antipsicóticos atípicos possam ser utilizados para a redução da agitação e da agressividade, tais como risperidona, quetiapina e olanzapina. Entretanto, estes têm potencial de grandes complicações, tais como ganho de peso, efeitos extrapiramidais, efeitos cardíacos e até maior risco de acidente vascular cerebral. Além disso, doses excessivas podem levar o idoso a ficar mais tempo acamado e diminuir sua funcionalidade. Os antipsicóticos (principalmente risperidona e os típicos) também podem agravar as alucinações nos portadores de doença de Lewy e agravar os sintomas extrapiramidais, assim como na demência de Parkinson. Outro alerta que deve ser feito é o de que os antipsicóticos, se utilizados de forma não criteriosa, podem aumentar o risco de mortalidade, visto seus efeitos cardiovasculares e a lentificação da psicomotricidade.

## ***Delirium***

O *delirium* é um estado sindrômico caracterizado por alteração do nível de consciência, déficit de atenção e outras alterações da cognição, podendo apresentar-se na forma hiperativa, hipoativa ou mista. É uma condição cada vez mais comum entre pessoas hospitalizadas e acomete, principalmente idosos e debilitados. Trata-se de uma emergência médica, sendo comprovada sua ligação com maiores taxas de mortalidade, maior tempo de internação e maiores índices de institucionalização. O mecanismo fisiopatológico ainda não está bem definido, sendo a alteração na neurotransmissão o mecanismo mais provável.

Pode ainda ser pensado como “insuficiência cerebral aguda”, uma síndrome multifatorial análoga à insuficiência cardíaca aguda. Essa visão pode fornecer uma nova abordagem para elucidar o funcionamento do cérebro e sua fisiopatologia. O referido início agudo em resposta a insultos nocivos, como cirurgia ou sepse maior, o *delirium* pode ajudar a lançar luz sobre a reserva cognitiva; ou seja, a resiliência do cérebro para suportar fatores externos (SIKKA et al., 2015). Neste contexto, o estado sindrômico em questão pode servir como um marcador de vulnerabilidade cerebral. Evidências recentes sugerem que a trajetória do envelhecimento cognitivo “normal” pode não ser um declínio linear suave, senão uma série de declínios e recuperações pontuais, diante dos insultos à saúde, como ocorre no estado no estado confusional agudo (SIKKA et al., 2015).

## **Epidemiologia**

A prevalência de *delirium* em idosos varia conforme as características individuais, o local de atendimento e a sensibilidade do método de detecção. Sua prevalência na comunidade como um todo é baixa (1% a 2%), mas aumenta com a idade, chegando a 14% entre pessoas com mais de 85 anos. Atinge entre 10% e 30% das pessoas idosas que vão a setores de emergência, e sua presença pode indicar uma doença clínica de base. A prevalência em pacientes admitidos em hospitais varia de 14% a 24%, com estimativas da incidência dessa condição

durante a hospitalização variando de 6% a 56% em hospitais em geral. Ocorre ainda em 15% a 53% dos idosos no pós-operatório e em 70% a 87% daqueles em unidades intensivas; em até 60% das pessoas em instituições para idosos ou em locais de atendimento pós-agudo; e em até 83% de todas as pessoas no fim da vida (SIKKA et al., 2015).

## Fatores de risco

Os fatores ambientais são prejuízo funcional, imobilizações, história de quedas, baixos níveis de atividade e uso de drogas e medicamentos com propriedades psicoativas (especialmente álcool e anticolinérgicos). Os genéticos e fisiológicos são transtornos neurocognitivos maiores e leves. Em concomitância com demência é referido como *delirium* sobreposto à demência (DSD). Nesse caso prejuízo cognitivo prévio dificulta o diagnóstico de *delirium*. A prevalência de DSD em pacientes varia de 1,4% a 70%.

## Avaliação

Ao mesmo tempo que a maioria dos indivíduos que apresenta *delirium* tem recuperação completa com ou sem tratamento específico, o reconhecimento e a intervenção precoces costumam reduzir sua duração. Porém, por diversas vezes passa despercebido por profissionais de saúde, e chega a apresentar taxas de não detecção de até 70% (SIKKA et al., 2015).

A abordagem do paciente deve incluir a identificação de fatores predisponentes e precipitantes, bem como intervenções adequadas visando a resolução do quadro de base. O diagnóstico depende da avaliação clínica cuidadosa, envolvendo uma coleta de história ampla (doenças, medicações, início e curso dos sintomas), exame físico, neurológico e psíquico acurados. Essa condição, todavia, pode progredir até estupor, coma, convulsões ou morte, em especial quando a causa subjacente continua sem tratamento.

Além das complicações das condições clínicas prévias, uma das principais causas de *delirium* em idosos é a medicamentosa, seja devido ao uso incorreto das doses prescritas, seja de origem iatrogênica. É importante lembrar que esse grupo é mais sensível aos

efeitos adversos dos medicamentos, principalmente os de efeito sedativo e anticolinérgico. Também é importante ressaltar que idosos são mais propensos a prejuízos sensoriais (p. ex., deficiência visual e auditiva), imobilizações e maior risco de quedas.

## Manejo

O tratamento deve ser ágil, dados os altos índices de morbimortalidade relacionados com o *delirium*, devendo ser principalmente dirigido à correção da etiologia, mas também abordando os fatores agravantes. Deve-se considerar sempre, na estratégia terapêutica adotada, os fatores precipitantes e predisponentes de cada caso. Gerir o delírio implica identificar e gerir a causa subjacente. A maioria das evidências apoia o uso de haloperidol, sendo as doses mais elevadas associadas a efeitos adversos. Se realmente for necessário, recomenda-se as seguintes medicações.

---

### Quadro 22.9

#### Tratamento não farmacológico do *delirium*

---

- Reorientação dos pacientes
  - Correção dos déficits sensoriais
  - Medidas para normalizar o ciclo sono
  - Evitar desidratação ou desnutrição
  - Mobilização precoce
  - Melhor adequação ambiental do quarto
  - Analgesia adequada e cuidados gerais
- 

---

### Quadro 22.10

#### Tratamento farmacológico do *delirium*

---

##### Via Oral (preferir)

- Risperidona 0,25-1 mg VO à noite
- Lorazepam 0,5 a 1 mg à noite ou clonazepam 0,25 a 0,5 mg à noite

## Via parenteral

- Haloperidol 1-5 mg IM (não ultrapassar 7,5 mg/dia) a cada 30 minutos até tranquilização

---

Fonte: [Cordeiro e Baldaçara \(2007\)](#)

---

## Quadro 22.11

### Diagnóstico diferencial de *delirium*

	<i>Delirium</i>	Demência	Depressão	Psicose
Íncio	Agudo	Gradual	Variável	Variável
Curso	Flutuante	Progressivo	Recorrente	Crônico
Consciência	Alterada	Normal	Normal	Normal
Atenção	Prejudicada	Normal (até a fase avançada)	Pode ser prejudicada	Pode ser prejudicada
Orientação	Flutuante	Prejudicada	Normal	Normal
Alucinações	Comum	Raras (até a fase avançada)	Raras	Comum
Duração	Horas-meses	Meses-anos	Semanas-meses	Meses-anos

Fonte: [Piechniczek-Buczek \(2010\).](#)

## **Abuso de substâncias**

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas na população geriátrica é um problema de saúde pública, porém ainda é uma das condições frequentemente ignoradas pelos gestores. O problema tende a aumentar nos próximos anos à medida que cresce o número de idosos. Atualmente, a maioria dos pacientes com transtorno por abuso de substâncias é atendido em hospitais gerais, tornando-se imperativo que os clínicos se familiarizem com critérios diagnósticos, fatores de risco, consequências e opções de tratamento para o melhor manejo dos casos (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006).

## **Epidemiologia**

As estimativas sugerem que a prevalência de abuso ou dependência de álcool em pessoas com 65 anos ou mais variam de 0,6% a 3,7%, e que cerca de 50% dessa população usa álcool pelo menos ocasionalmente, 40% bebem regularmente, e 10% a 22% consomem diariamente (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2010). Aproximadamente 4% a 10% dos pacientes que à atenção primária atendem aos critérios de dependência de álcool (um adicional de 10% a 15% são bebedores pesados, mas não são considerados dependentes do álcool). A prevalência do uso de *Cannabis* e cocaína pelos idosos americanos é de 0,7% e 0,04% respectivamente (BLAZER, 1989).

## **Fatores de risco**

As taxas de abuso e dependência de álcool, em geral, parecem diminuir à medida que aumenta a idade; seja pelo declínio no consumo seja pela subdetecção. O consumo global de álcool também diminuiu e as taxas de abstinência aumentam com o avançar da idade (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006).

Cerca de dois terços dos idosos são “bebedores de início precoce”, ou seja, iniciaram o uso ainda jovens (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006). Por outro lado, “bebedores de início tardio” começam a beber mais tarde na vida, muitas vezes em resposta a eventos traumáticos,

como aposentadoria, morte de um cônjuge, necessidade de assistência médica e mais limitações físicas. Os bebedores com início tardio têm menos problemas relacionados com o álcool, menos comorbidades psiquiátricas, são menos propensos a ter histórico familiar significativo para transtornos de uso de álcool e são mais propensos a aderir ao tratamento. Fatores como estar solteiro, sedentarismo, ser do sexo masculino, viver sozinho, ter história prévia de uso ou abuso de álcool estão associados ao aumento do risco de abuso de álcool na vida adulta (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006).

As alterações fisiológicas ligadas ao processo de envelhecimento fazem com que os idosos sejam mais vulneráveis – aos efeitos tóxicos do álcool, pois o teor de gordura aumenta, e diminui a massa corporal magra e a porcentagem de água corpórea necessária para a distribuição de substâncias solúveis, como álcool. Também ocorre diminuição da atividade da álcool desidrogenase no estômago, o que amplifica a vulnerabilidade. As mesmas mudanças biológicas que aumentam o efeito do álcool também aumentam o efeito de medicamentos e drogas ilícitas, causando uma maior vulnerabilidade aos efeitos de drogas e interações medicamentosas. Por exemplo, os idosos processam benzodiazepínicos e opiáceos de forma diferente dos adultos mais jovens (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006). Os benzodiazepínicos são lipossolúvies, e isso pode ocasionar também o aumento da sua meia-vida. O clonazepam, por exemplo, que em um adulto jovem tem uma meia-vida de 40 horas, pode chegar a 80 horas ou mais em um idoso.

Por serem afetados por doenças crônicas e normalmente serem assistidos por mais médicos, os idosos são mais suscetíveis a receber prescrições de medicamentos. O álcool pode interagir com muitos desses fármacos e ocasionar efeitos diretos sobre a capacidade metabólica do fígado, aumentando o potencial de efeitos colaterais em pacientes geriátricos. Idosos etilistas têm taxas aumentadas de doença hepática, cânceres de cabeça e pescoço, esôfago, pulmão e da mama. O uso crônico de etanol pode causar miopatia, neuropatia periférica, que juntas podem ocasionar alterações do equilíbrio, contribuindo também para ocorrência de alterações da marcha, que associadas à

osteoporose podem resultar em maiores taxas de fraturas de quadril, por exemplo (PIECHNICZEK-BUCZEK, 2006). Adicionalmente, várias síndromes que envolvem comprometimento da função cerebral podem ocorrer em idosos que abusam de álcool (*delirium*, encefalopatia de Wernicke). Essas síndromes são frequentemente sobrepostas e estão associadas a déficits cognitivos (demência, comprometimento cognitivo leve). Muitas vezes o motivo da visita a UEG é doença gastrointestinal e sangramento (como rompimento de varizes esofágicas).

O consumo crônico de álcool está ainda associado a comorbidades psiquiátricas significativas, especificamente transtornos do humor, ansiedade, comprometimento cognitivo, transtornos de personalidade e esquizofrenia. A depressão é uma preocupação particular, posto que ambos estão implicados no aumento da morbidade e mortalidade em idosos, incluindo risco aumentado de suicídio.

O uso de *cannabis* por adultos mais velhos é o mais prevalente entre as drogas ilícitas. A crescente aceitação desse uso, tanto medicinal como recreacional, também pode representar riscos a essa população. A maconha pode causar comprometimento da memória de curto prazo, aumento da frequência cardíaca e respiratória e elevação da pressão arterial. Pode ainda aumentar em quatro vezes no risco de IAM na primeira hora após o uso da maconha. Esses riscos podem ser pronunciados em idosos cujos sistemas cognitivos ou cardiovasculares já estão comprometidos.

O tabagismo entre adultos mais velhos está associado a maior mortalidade, riscos de eventos coronarianos e mortes cardíacas, cânceres relacionados com fumo, doença pulmonar obstrutiva crônica, declínio da função pulmonar, desenvolvimento de osteoporose, risco de fraturas de quadril, perda de mobilidade.

Os benzodiazepínicos são amplamente prescritos para população idosa, a despeito das várias contraindicações. Além disso, os idosos são grandes consumidores de medicações que não demandam receita médica para compra, o que aumenta ainda mais o risco de interações farmacológicas.

## Avaliação

A avaliação da emergência oferece uma oportunidade única para a detecção do uso abusivo do álcool. Muitas vezes o diagnóstico é perdido seja pela suposição arbitrária de que o idoso não abusa de álcool, seja pela crença de que a qualidade de vida dos idosos permanecerá pobre, mesmo que o abuso de substâncias seja tratado com sucesso. Além disso, muitos idosos com transtornos relacionados com o álcool entendem que estão rompendo com valores morais, o que, por sua vez, cria vergonha e medo do estigma, e os impede de procurar ajuda ou admitir o uso.

Os médicos podem apresentar dificuldades em diagnosticar pacientes com transtornos ligados ao consumo de álcool, pois os referidos transtornos apresentam uma variedade de sintomas inespecíficos (quedas, alterações do sono, confusão mental, irritabilidade). A própria estereotipagem (os médicos percebem menos problemas de álcool nas mulheres, nas pessoas com maior grau de escolaridade e maior poder socioeconômico) também é um empecilho importante para o diagnóstico. A triagem é recomendada em todos os idosos, particularmente os que vivem momentos de transição na vida ou apresentam sintomas físicos inespecíficos.

Várias ferramentas de triagem breves, práticas e bem validadas para alcoolismo estão disponíveis. O questionário CAGE e o MAST-G (*Michigan Alcoholism Screening Test-geriatric Version*) são duas ferramentas que foram validadas para uso em adultos mais velhos. Esses instrumentos não distinguem, entretanto, entre consumo atual e comportamento prévio. Dados suplementares sobre a frequência e as quantidades de ingesta recente devem ser investigadas.

## Manejo

É uma tarefa importante para o médico de emergência a detecção dos problemas de abuso de substâncias na população geriátrica e indicar o tratamento adequado para cada caso. Em tóxicodependentes idosos os problemas médicos comórbidos, as limitações do autocontrole, a suscetibilidade a estados inflamatórios e os próprios efeitos adversos dos tratamentos farmacológicos podem aumentar o risco de

compliações na retirada da substância. História de síndromes de abstinência grave, de convulsões, *delirium tremens* ou condições médicas comórbidas instáveis devem ser indicações de internação para desintoxicação. Após a alta os pacientes devem ser encaminhados para tratamento em hospital dia ou ambulatorial, nos quais intervenções psicológicas como psicoeducação, aconselhamento e entrevistas motivacionais podem ser fornecidas.

O uso de medicamentos que promovem a abstinência não tem sido estudado extensivamente em indivíduos idosos. O disulfiram deve ser utilizado com cautela devido ao risco de precipitação do estado de confusão mental. A naltrexona mostrou alguma eficácia (prevenção da recidiva) em indivíduos de 50 a 74 anos. Tratar a comorbidade psiquiátrica é imprescindível para o aumento das taxas de abstinência.

## Maus-tratos e negligência

A ocorrência de maus-tratos e negligência contra o idoso é um problema grave e crescente na sociedade atual. Sua extensão real não é conhecida devido a detecção limitada, subnotificação e descrições variadas do mesmo problema. A American Medical Association (AMA) define abuso e negligência aos idosos como “um ato de omissão que resulta em dano ou ameaça de danos à saúde ou bem-estar de uma pessoa idosa”. Os maus-tratos no idoso podem assumir muitas formas, incluindo abuso físico, abuso psicológico, negligência do cuidador e exploração financeira.

## Epidemiologia

Estima-se que mais de 2 milhões de idosos são maltratados todos os anos nos Estados Unidos ([SIKKA, 2015](#)). O abuso de idosos ocorre em todos os segmentos da sociedade e em todos os ambientes. Os abusadores são mais frequentemente membros da família, sendo que cerca de dois terços eram filhos ou cônjuges das vítimas. Os idosos também são abusados – nos hospitais, casas de repouso e outras instituições.

## Fatores de risco

Várias características dos idosos e dos seus cuidadores podem estar associadas a um risco aumentado de maus-tratos. A deficiência cognitiva da vítima, a vida compartilhada com o agressor e a dependência para atividades da vida diária podem ser fatores de risco. Outros fatores predisponentes incluem isolamento social, alto grau de dependência do cuidador, idade avançada. O perfil do agressor inclui a dependência dos idosos para apoio financeiro e moradia (dependência invertida) pelo primeiro, bem como presença de abuso de substâncias e transtornos de personalidade.

---

### Quadro 22.12

#### Fatores de risco para abuso de idosos

---

Idosos \_\_\_\_\_  
Autor \_\_\_\_\_  
Relação \_\_\_\_\_  
Meio Ambiente \_\_\_\_\_

Deterioração cognitiva  
Carga ou estresse do cuidador  
Discordância familiar  
Problemas comportamentais  
Doenças psiquiátrica  
Conflitos  
Apóio, suporte  
Dependência funcional  
Má saúde física  
Fragilidade  
Baixa renda  
Trauma ou abuso passado  
Etnia

---

*Fonte:* Sikka et al. (2015).

## Avaliação

Frequentemente, identificar maus-tratos é difícil, pois as vítimas podem relutar em apresentar relatos fidedignos da situação pelo medo de retaliação ou por estarem incapazes pelo próprio comprometimento cognitivo. O diagnóstico de abuso de idosos deve ser considerado em todos os pacientes geriátricos que apresentam lesões múltiplas em vários estágios de evolução ou quando as lesões são inexplicáveis. A negligência deve ser suspeitada quando uma pessoa idosa com recursos adequados e designada por acompanhante apresenta negligência significativa em higiene, nutrição ou assistência médica, como consultas perdidas ou prescrições não preenchidas.

Uma abordagem sem pré-julgamento, centrada na empatia costuma ser eficaz. A avaliação documentada em prontuário, incluindo caracterização das lesões e a descrição literal dos eventos é particularmente importante, e pode ser inserida como prova em uma

audiência de julgamento criminal ou de tutela. Para identificação de possíveis vítimas de abuso, o médico dever fazer uma anamnese cuidadosa e pormenorizada. É recomendado que inicialmente o paciente seja entrevistado sem a presença do cuidador. A entrevista deve começar com perguntas gerais e abertas, sobre as percepções de segurança do paciente em casa, em sua rua e bairro. Posteriormente, a discussão deve abordar questões acerca do responsável pelos cuidados e assistência e, somente em seguida, direcionar para perguntas mais específicas sobre maus-tratos.

## **Manejo**

A avaliação deve centrar-se na garantia da segurança para o idoso. Pacientes que estão em risco, por exemplo, não devem ser autorizados a regressar ao ambiente onde o abuso ou negligência ocorre. Existe, todavia, relutância por parte de muitos psiquiatras em denunciar os maus-tratos contra o idoso, em virtude do ceticismo de que tal conduta irá melhorar a situação; do medo de irritar o agressor; da dificuldade de solicitar o apoio de membros da família do paciente; e, às vezes, da falta de cooperação da própria pessoa abusada. Porém, todos os profissionais de saúde são obrigados por lei a relatar supostos maus-tratos de idoso, e comunicar às autoridades responsáveis.

---

### **Quadro 22.13**

---

#### **Estatuto do Idoso**

---

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado.

Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

---

## Polifarmácia e iatrogenias

Diante da suspeita de iatrogenia, as medicações supostamente envolvidas devem ser descontinuadas com prontidão, devendo o psiquiatra notificar o médico assistente responsável pela prescrição a respeito dessa modificação. Em geral, deve-se simplificar a prescrição do idoso de forma responsável, descartando medicações mal indicadas ou sem evidência de benefício e associações manipuladas. Os antidepressivos tricíclicos devem ser usados com cuidado nos idosos, pois podem ocasionar constipação, hipotensão postural, além de pode ocasionar alterações da condução e disfunção cardíaca, especialmente em pacientes com doença arterial coronariana subjacente. O lítio tem uma estreita margem terapêutica, e os pacientes mais velhos estão em maior risco de desenvolver toxicidade. O uso concomitante com AINEs, tiazídicos, furosemida, IECA e BRA deve ser cauteloso e supervisionado, pois tende elevar os níveis séricos do lítio. Devemos atentar ainda para a restrição salina e a desidratação no paciente que usa lítio, também pelo risco de intoxicação. O uso dos benzodiazepínicos deve ser cauteloso, principalmente pelo risco de queda. Na emergência podemos usar o flumazenil, antagonista benzodiazepínico, nos casos de intoxicação.

Quase 11% das visitas de ED em pacientes com mais de 65 anos são causadas por reações adversas aos medicamentos, em comparação com apenas 4% no geral população ([SIKKA, 2015](#)). Esse achado está relacionado principalmente com o fato de que os idosos têm taxas de metabolismo e excreção de drogas prejudicadas, o que resulta em desfechos clínicos adversos. Alguns efeitos colaterais podem ser prontamente corrigidos: efeitos colaterais extrapiramidais (p. ex., distonia) de antipsicóticos, antivertiginosos ou antieméticos podem ser tratados com prometazina injetável, com rápida reversão dos sintomas. Efeitos hipoglicemiantes da insulina podem ser corrigidos com a adequação da dose.

## Intoxicações

A maior parte delas (aproximadamente 85%) é accidental, enquanto 7,5% associam-se à tentativa de suicídio. É comum a troca de medicações entre idosos, sem prescrição médica. Recomenda-se observar se houve troca e uso inadivertido de medicações por parte do idoso intoxicado, na avaliação de emergência.

---

### Quadro 22.14

#### Agentes mais comumente envolvidos em intoxicações no idoso

---

- Produtos de limpeza
- Cosméticos
- Corpos estranhos
- Plantas
- Xaropes
- Agentes tópicos
- Pesticidas
- Produtos alimentares
- Hidrocarbonetos
- Outros químicos
- Sedativos/hipnóticos
- Antipsicóticos
- Álcool
- Antidepressivos
- Anti-histamínicos
- Analgésicos
- Antimicrobianos

---

Fonte: [Riba e Ravindranath \(2010\)](#).

## Considerações finais

O atendimento a população geriátria nas unidades de emergência é complexo e muitas vezes multifatorial. É muito importante que o médico clínico, além do diagnóstico correto, forneça aos idosos as orientações adequadas, seja para admissão ou seja para a alta. Muitas vezes, essas orientações também se estendem à família e cuidadores do paciente.

É importante relatar a dificuldade de comparar pesquisas sobre emergências psiquiátricas, pois existem muitos modelos diferentes de trabalhos. O atendimento a uma situação de emergência/urgência psiquiátrica aguda pode ocorrer em casa, no ambulatório, em clínicas de internação, em unidades de emergência psiquiátrica, na unidade de emergência geral e em outros locais ou situações. Isso dependerá dos pacientes, políticas e características de cada país. Além disso, a heterogeneidade e falta de padronização nos modelos de atendimento em emergências psiquiátricas é maior para a população idosa. Levando em conta a elevada morbimortalidade dos idosos por causas psiquiátricas diretas e indiretas, entre elas o suicídio e alterações orgânicas graves subjacentes aos quadros de *delirium*, cabe aos profissionais de saúde atender melhor a demanda crescente nessa faixa etária, o que só será possível através do conhecimento de um perfil detalhado dessa população. Sendo assim, as novas políticas de atenção nos diversos níveis (primário, secundário, terciário) de assistência à saúde poderão tornar-se, cada vez mais, custo-efetivas.

## Questões para estudo

- Quais as principais características da agitação psicomotora em idosos com quadros demenciais?
- Como manejar a psicose na doença de Parkinson?
- Quais as indicações da eletroconvulsoterapia (ECT) na população geriátrica?

## Referências

- Baldaçara, L. et al. (2012) Relationship between structural abnormalities in the cerebellum and dementia, posttraumatic stress disorder and bipolar disorder. *Dement. neuropsychol.* [online], v. 6, n. 4, p. 203-211. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642012DN06040003>.
- Bharucha and Satlin (1997) Bharucha AJ, Satlin A. (1997) Late-life suicide: a review. *Harv Rev Psychiatry*;5(2):55–65.
- Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*. 2004;69:2375–2382.
- Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med*. 1989;320(3):164–166.
- Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. Role of alcohol in late-life suicide. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5 Suppl):48S–56S.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006) Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: Uma análise da desigualdade em saúde.[Internet].
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006) Mortalidade por suicídio. Capítulo 12, p. 567-85. Disponível em:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/27/saud>  
Acesso em 30 junho 2013.
- Brown S, Inskip H, Barraclough B. (2000) Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*;177:212-7. Epub 2000/10/21.
- Caixeta L. *Demência: abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.
- Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, et al. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol*. 1995;14(1):88–90.
- Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry*. 2002;52(3):193–204.
- Conwell Y, Olsen K, Caine ED, et al. Suicide in later life: psychological autopsy findings. *Int Psychogeriatr*. 1991;3(1):59–66.
- Cordeiro DC, Baldaçara L. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- DasGupta K. Treatment of depression in elderly patients: recent advances. *Arch Fam Med*. 1998;7(3):274–280.
- Ganguli M, Dodge HH, Mulsant BH. Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(11):1046–1052.
- Harman JS, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. The effect of patient and visit characteristics on diagnosis of depression in primary care. *J Fam Pract*.

- 2001;50(12):1068.
- Harris EC, Barracough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*. 1994;73(6):281–296.
- Huang BY, Cornoni-Huntley J, Hays JC, et al. Impact of depressive symptoms on hospitalization risk in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(10):1279–1284.
- Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. 2004;164(11):1179–1184.
- Koenig HG. Depressive disorders in older medical inpatients. *Am Fam Physician*. 1991;44(4):1243–1250.
- Koenig HG, George LK, Schneider R. Mental health care for older adults in the year 2020: a dangerous and avoided topic. *Gerontologist*. 1994;34(5):674–679.
- Krishnan KR. Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatry*. 2001;52:185–192.
- Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med*. 1996;58(2):99–110.
- Meldon SW, Emerman CL, Schubert DS. Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. *Ann Emerg Med*. 1997;30(4):442–447.
- Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(10):959–967.
- NIH Consensus Conference. (1992) Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA*, 268(8):1018-24.
- Piechniczek-Buczek J. Psychiatric emergencies in the elderly population. *Emerg Med Clin North Am*. 2010;24(2):467–490.
- Riba, M.B., Ravindranath, D. (2010) Clinical Manual of Emergency Psychiatry. American Psychiatric Association, 2010.
- Rich CL, Warstadt GM, Nemiroff RA, et al. Suicide, stressors, and the life cycle. *Am J Psychiatry*. 1991;148(4):524–527.
- Rifai AH, Reynolds CF, Mann JJ. Biology of elderly suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1992;22(1):48–61.
- Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry*. 2002;52(3):205–225.
- Shah S, Harris M. A survey of general practitioner's confidence in their management of elderly patients. *Aust Fam Physician*. 1997;26(Suppl

1):S12–S17.

Sikka V, et al. Psychiatric emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am.* 2015;33(4):825–839.

Szanto K, Mulsant BH, Houck PR, et al. Treatment outcome in suicidal vs. non-suicidal elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2001;9(3):261–268.

Targum SD, Abbott JL. Psychoses in the elderly: a spectrum of disorders. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(Suppl 8):4–10.

Unutzer J, Patrick DL, Diehr P, et al. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr.* 2000;12(1):15–33.

van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2004;66(6):814–822.

Waern M, Runeson BS, Allebeck P, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case – control study. *Am J Psychiatry.* 2002;159(3):450–455.

Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry.* 1989;146(5):577–587.

---

## CAPÍTULO 23

# **Transtornos de personalidade nas emergências**

---

*Flavia Ismael*

*Cintia de Azevedo Marques Périco*

## **Pontos principais**

---

- Pacientes com transtornos de personalidade costumam ser frequentadores habituais dos serviços de emergência.
  - O maior risco para suicídio, transtorno por uso e abuso de substâncias, lesão accidental, depressão e homicídio são fatores relacionados com a busca pelas emergências.
  - A psicoterapia é o tratamento principal para os TP.
  - As medicações não são a primeira linha de tratamento para qualquer transtorno de personalidade. Elas devem ser vistas como um complemento à psicoterapia para que o paciente possa participar produtivamente do processo psicoterápico.
-

## Introdução

Transtornos de personalidade (TP) são transtornos mentais caracterizados por uma dificuldade nos relacionamentos interpessoais e um comportamento mal adaptado em meio familiar e social, sendo que essas características iniciam na adolescência ou no início da vida adulta.

Uma das principais características desses transtornos são as dificuldades interpessoais, sociais e a disfunção ocupacional, bem como o incômodo que causam às pessoas nos meios em que convivem.

O DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual – 5) propõe o modelo dimensional, contextualizando os transtornos de personalidade como um extremo de mal adaptação do espectro de personalidade.

## Epidemiologia e importância da situação

A prevalência de TP na população não clínica era desconhecida até o início da década de 1990. Porém, nas últimas décadas, a epidemiologia dos transtornos mentais tem sido largamente estudada na comunidade, por meio de estudos que utilizam entrevistas estruturadas e específicas para detectá-los na população.

São transtornos mentais relativamente comuns; dados epidemiológicos sugerem que aproximadamente 1 em cada 10 indivíduos tem um diagnóstico provável de transtorno de personalidade.

Estudos relatam a prevalência média de 10,6% de “qualquer TP” em comunidade. As taxas são mais altas em ambientes clínicos: 25% dos pacientes da atenção primária. Em ambulatórios de psiquiatria, 50% dos pacientes preenchem pelo menos um critério para o diagnóstico de transtorno de personalidade.

Estudos em serviços de saúde detectaram que mulheres possuem mais critérios diagnósticos para o TP quando comparado aos homens. Porém estudos em comunidade mostram exatamente o contrário, que homens são mais acometidos.

Quando comparamos com portadores de outros transtornos mentais, indivíduos portadores de TP têm mais envolvimento com serviços de saúde mental, são hospitalizados com mais frequência, tem maior contato com serviços de seguimento ambulatorial e maior envolvimento com intervenções psicoterapêuticas, psicofarmacológicas e psicossociais.

Pacientes com transtornos de personalidade costumam ser frequentadores habituais dos serviços de emergência. Além disso, pacientes que apresentam outro transtorno psiquiátrico e a comorbidade com TP frequentam mais as emergências psiquiátricas quando comparados àqueles que têm apenas o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico (sem comorbidade com TP). Em estudo recente realizado no Canadá, encontrou-se uma alta taxa de indivíduos que possuíam diagnóstico comórbido ou primário de TP, e que 87% dos indivíduos com diagnóstico de transtorno de personalidade

antisocial ou borderline utilizaram 5 ou mais vezes em 1 ano um serviço de emergência psiquiátrica.

Um fator que limita e dificulta a abordagem do indivíduo portador de TP no serviço de saúde é o estigma. Recente evidência a respeito de portadores de transtorno mental sugere que o portador de TP é mais estigmatizado, e que profissionais relacionados com serviços de psiquiatria (enfermeiros e psiquiatras), possuem atitudes negativas e menor empatia com relação ao paciente, principalmente para portadores de TP borderline. O estigma tem efeito deletério na qualidade de atendimento e no acesso ao tratamento desse indivíduo.

É importante detectarmos fatores associados ao diagnóstico de transtorno de personalidade nos indivíduos que procuram os serviços de emergência psiquiátrica, de modo a facilitar o manejo da crise e diminuir sua busca pelos serviços de emergência.

Nas emergências, indivíduos com TP são mais propensos a terem as seguintes características:

- Mulher
- Jovem (entre 18 e 24 anos)
- Mais provável ter sido trazido pela polícia que pela ambulância
- Chega entre 18 e 24h
- Tem maior tempo médio de internação
- Visitas repetidas

## Fatores de risco, causas e fatores de proteção

Quando consideramos a etiologia dos TP, sabemos que as influências genéticas e ambientais (principalmente primeiras experiências na família) são igualmente importantes e não se pode ignorar nenhuma delas. Os TP iniciam cedo e podem durar quase toda a vida do indivíduo acometido.

As provas genéticas mais amplas que temos até hoje referem-se aos transtornos de personalidade paranoide, esquizoide, esquizotípica, borderline e antissocial, principalmente para estes dois últimos.

Os fatores ambientais, especialmente o ambiente familiar, em interação com os aspectos genéticos, são fundamentais no início e desenvolvimento do TP, ou seja, predisposições biológicas de um indivíduo interagindo com experiências próprias e únicas dentro de um ambiente familiar, leva ao desenvolvimento dos pilares básicos da infância, e que podem, ou não, levar a estruturas de personalidade disfuncionais e mal adaptativas.

Existem ainda aspectos biológicos que não são de natureza genética, mas que também interferem no desenvolvimento da personalidade. Como exemplo, um comportamento de maior agressividade pode estar relacionado com níveis maiores do hormônio testosterona. Por outro lado, níveis aumentados de serotonina podem gerar um comportamento mais sociável.

Baseado em um modelo cognitivo, no qual os padrões de personalidade são estratégias filogeneticamente determinadas para facilitar a sobrevivência e reprodução, acredita-se que os comportamentos são motivados por um sistema de controle interno, composto por processos de autorregulação, que determina como a pessoa se comunica com si mesma. Esses processos de autorregulação são: autovigilância, autoavaliação, autoconselhos e autoinstruções. Quando esses processos são deficitários ou exagerados, a capacidade do indivíduo em lidar com estressores ambientais é falha, resultando em um indivíduo que pode passar de um estilo de personalidade a um transtorno de personalidade.

Situações que favorecem a negligência, maus-tratos e abuso sexual

na infância são fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno de personalidade, pois no momento em que o cérebro estaria sendo modulado pelas experiências vividas, essas situações favoreceriam uma alteração na circuitaria cerebral, predispondo a agressividade, hiperatividade, distúrbios da atenção, delinquência e abuso de drogas.

Sendo assim, indivíduos que conseguem adaptar-se e superam situações de risco, que possuem competência social, conseguem amenizar os efeitos negativos dos fatores de risco, e então são estabelecidos como fatores de proteção, auxiliando os indivíduos a enfrentarem e superarem problemas e adversidades da vida.

## Critérios diagnósticos dos transtornos de personalidade

Transtorno de personalidade (TP) é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é estável ao longo do tempo e leva ao sofrimento ou prejuízo, além de associar-se a rupturas, em nível pessoal e social. Normalmente o quadro inicia-se na adolescência ou início da vida adulta e dificilmente são diagnosticados antes dessa fase.

Pelo DSM-5, são critérios para TP os seguintes aspectos:

- A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
  1. Cognição (isto é, formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
  2. Afetividade (isto é, variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
  3. Funcionamento interpessoal.
  4. Controle de impulsos.
- B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.
- E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F. O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo crânioencefálico).

O diagnóstico de TP exige a avaliação de padrões de funcionamento a longo prazo do indivíduo. Os traços de personalidade que definem esses transtornos devem também ser diferenciados das características que surgem em resposta a estressores situacionais específicos ou a quadros psiquiátricos mais transitórios, como por exemplo, transtornos de humor, transtornos ansiosos ou uso de substâncias. Assim, deve-se avaliar a estabilidade desses traços ao longo do tempo e em diversas situações. Embora uma única entrevista com o indivíduo seja algumas vezes suficiente para fazer o diagnóstico, é frequentemente necessário realizar mais de uma entrevista e espaçá-las ao longo do tempo. Por esse motivo, fazer o diagnóstico de TP na emergência psiquiátrica é muitas vezes complicado e recomenda-se cautela.

A seguir estão listados os transtornos de personalidade descritos no DSM-5 com suas principais características:

- Transtorno da personalidade paranoide: padrão de desconfiança e de suspeita tamanhas que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas.
- Transtorno da personalidade esquizoide: distanciamento das relações sociais e faixa restrita de expressão emocional.
- Transtorno da personalidade esquizotípica: padrão de desconforto agudo nas relações íntimas; distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento.
- Transtorno da personalidade antissocial: padrão de desrespeito e violação de direitos dos outros.
- Transtorno da personalidade borderline: instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.
- Transtorno da personalidade histriônica: padrão de emotionalidade e busca de atenção excessiva.
- Transtorno da personalidade narcisista: grandiosidade, necessidade de ser admirado e falta de empatia.
- Transtorno da personalidade evitativa: inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações

negativas.

- Transtorno da personalidade dependente: padrão de comportamento submisso e apegado, relacionado com a necessidade excessiva de ser cuidado.
- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva: preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.
- Mudança de personalidade devido a outra condição médica: perturbação persistente da personalidade decorrente de uma condição médica (p. ex., lesão cerebral).
- Outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado: utilizados em casos nos quais o padrão da personalidade atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, estando presentes traços de vários transtornos, mas os critérios para qualquer um desses transtornos específicos não são preenchidos; ou quando o padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um TP, mas considera-se que ele tenha um transtorno da personalidade que não faz parte da classificação do DSM-5 (p. ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva).

A CID-10, de forma semelhante divide os transtornos da personalidade em: paranoica, esquizoide, dissocial, TP com instabilidade emocional, histriônica, anancástica, ansiosa ou esquiva, dependente, outros transtornos específicos da personalidade e transtorno não especificado da personalidade.

É frequente que um mesmo paciente preencha critérios para mais de um TP. Assim, em uma avaliação de emergência, caso seja possível diagnosticar um TP, nem sempre é recomendado especificar qual TP o paciente tem. Mais recomendado seria categorizar dentre um dos três clusters ou grupos descritos pelo DSM. São eles: grupo A (TP paranoide, esquizoide e esquizotípica), grupo B (TP antissocial, borderline, histriônica e narcisista) e grupo C (TP evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva). As características de personalidade dos grupos A e B tendem a ficar menos graves ao longo

*da vida, enquanto as do grupo C costumam se acentuar com o passar dos anos.*

## **Manejo e tratamento dos transtornos de personalidade na emergência**

Como já citado anteriormente, pacientes com transtornos de personalidade costumam ser frequentadores habituais dos serviços de emergência.

O maior risco para suicídio, transtorno por uso de substâncias, lesão accidental, depressão e homicídio, nos pacientes portadores de TPs, favorecem a busca pelas emergências. Além disso, para essa população, o risco de morte geralmente está relacionado com condições ou comportamentos decorrentes do transtorno. Ou seja, a morte pode resultar de suicídio, abuso de substância, trauma de acidentes de veículos motorizados ou lesões por comportamento agressivo.

A psicoterapia é o tratamento principal para os TPs. Como os sintomas desses transtornos surgem como resultado de habilidades de enfrentamento pobres ou limitadas, a psicoterapia visa melhorar as percepções e as respostas aos estressores sociais e ambientais.

As medicações não são a primeira linha de tratamento para qualquer transtorno de personalidade. Elas devem ser vistas como um complemento à psicoterapia para que o paciente possa participar produtivamente do processo psicoterápico. Além disso, na hora de medicar um paciente com TP o clínico deve ter em mente o potencial letal da medicação e o risco de desenvolvimento de efeitos colaterais mais graves como, por exemplo, discinesia com antipsicóticos. Por sua vez, não há medicações específicas para os TPs, apesar de haver evidências de alterações neuroquímicas de sistemas distintos para alguns traços de personalidade. Em relação aos transtornos do Cluster A, há poucas evidências de tratamentos eficazes, assim como para o Cluster C, exceto o uso de inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) para o TP obsessivo-compulsiva, quando há sintomas ansiosos associados. Já entre o Cluster B, há mais evidências, principalmente para o TP borderline. ISRS podem ser usados para desregulação emocional e impulsividade e estabilizadores de humor para impulsividade e agressividade. Baixas doses de antipsicóticos de

segunda geração podem ser eficazes para os sintomas cognitivos. Uma revisão da Cochrane mostrou que antipsicóticos de segunda geração, estabilizadores do humor e suplementação dietética com ácidos graxos ômega-3 têm alguns efeitos benéficos para esses pacientes, enquanto os antidepressivos podem ser úteis quando as comorbidades estão presentes. Benzodiazepínicos são contraindicados, uma vez que podem piorar a impulsividade e apresentam potencial de abuso e dependência. Em relação ao transtorno de personalidade antissocial, estabilizadores de humor, antipsicóticos atípicos e antidepressivos podem ter algum efeito sobre ansiedade, impulsividade e raiva, respectivamente.

Na emergência psiquiátrica o ideal é manter o esquema terapêutico do paciente, exceto quando houver contraindicação para isso. O diálogo entre os serviços é fundamental e a medicação nesse ambiente deve ser feita caso haja realmente essa necessidade e baseando-se nos sintomas apresentados.

Os critérios para hospitalização de pacientes com transtornos de personalidade são geralmente os mesmos que para pacientes com distúrbios psiquiátricos do eixo I: perigo iminente para si próprios ou outros, incapacidade de cuidar de necessidades básicas ou estressores psicossociais que ultrapassem a capacidade do paciente de lidar com a situação. O tempo de permanência deve ser minimizado para evitar a dependência ao serviço. Curtas estadias podem ser usadas para estabilizar fatores externos, ajustar esquema medicamentoso ou implementar uma intervenção psicoterapêutica de curto prazo. Muitos pacientes com TP começam a fazer uso da emergência como fuga de problemas do cotidiano. Assim, sempre que possível, a equipe de emergência deve comunicar-se de forma clara e próxima daqueles que cuidam do paciente de forma horizontal, para que juntos possam traçar metas mais efetivas de intervenção.

Dentre os transtornos de personalidade mais frequentes nos serviços de emergência psiquiátrica estão o transtorno de personalidade borderline (TPB) e o transtorno de personalidade antissocial (TPAS). Além disso, esses pacientes costumam chegar aos serviços no período da noite, quando normalmente o suporte de

outros profissionais, como o serviço social costuma ser menor. O motivo da procura a emergência normalmente envolve atos violentos, tentativas de suicídio ou crises. No momento da crise a apresentação costuma envolver angústia e vulnerabilidade a atos impulsivos, além de oscilações emocionais e ataques de raiva. Em um ambiente de emergência hospitalar, que já é caracterizado por imprevisibilidade, a contenção dessas crises costuma ser um desafio. Aliado a isso, há, também, por parte dos profissionais (como médicos e enfermeiros) da psiquiatria estigma e preconceito contra pacientes com TP, o que acarreta em mais uma barreira de cuidado a esses indivíduos.

Uma das características de alguns TPs e principalmente do TPB é a idealização *versus* a desvalorização. Isso implica muitas vezes que o profissional que está atendendo o caso seja colocado pelo paciente no lugar do “bom” ou do “mau” profissional, ou às vezes a equipe é colocada entre essas duas categorias. Por isso, é importante que a equipe atente a isso e trabalhe em conjunto. Os pacientes costumam confiar mais quando a equipe adota o diálogo aberto, e a postura direta, clara e não julgadora.

Para pacientes com TP, a avaliação de risco de suicídio é de suma importância. Dentre os TP, aqueles classificados no Cluster B apresentam maior risco, principalmente o TPB e o TPAS. Pacientes com TP narcisista têm maior risco de suicídio quando envelhecem. Aqueles com TPAS apresentam tentativas mais agressivas e com maior potencial de letalidade, enquanto aqueles com TPB são os que apresentam maior número de tentativas. Alguns critérios diagnósticos como impulsividade, distúrbios da identidade e instabilidade afetiva estão mais associados ao risco de suicídio. Outros fatores de risco são: tentativas prévias, comorbidade com transtornos do humor, desesperança, história familiar de suicídio, comorbidade com uso de substâncias, história de abuso sexual e altos níveis de impulsividade ou traços antissociais. Além disso, o risco crônico contínuo pode ser periodicamente intensificado por fatores situacionais.

É importante investigar se o ato agressivo tinha intenção suicida ou apenas de aliviar angústia ou sofrimento. A escuta é fundamental e é importante que o clínico a faça, resistindo à tentação de proceder

imediatamente à prestação de conselhos. Quando há intenção suicida, o envolvimento da família ou de pessoas próximas ao paciente é primordial. Para aqueles que vão à emergência com frequência, o ideal é traçar um plano de cuidado junto com outros profissionais da emergência e com serviços que acompanham o paciente, pois ausência de plano de cuidado aumenta o risco de suicídio.

Para aqueles pacientes que são frequentadores assíduos do serviço, a atitude da equipe não raro é de perceber esse indivíduo como buscando atenção. É importante ter em mente que esses pacientes apresentam dificuldade extrema em lidar com problemas de cotidiano e buscam no serviço alguém que na visão deles tenha mais condições de lidar com situações estressantes. Além disso, o medo de abandono, real ou imaginário tende a alcançar proporções enormes. Assim, mais interessante é ver esses pacientes como buscando vínculos ou afeto e não atenção. Isso aproxima a equipe do paciente e fortalece a relação.

Em suma, a emergência é um ambiente frequentemente visitado por pacientes com TP e uma avaliação cuidadosa deve ser feita, evitando punições, uso de medicações sem uma real indicação e fortalecendo os vínculos para que o paciente possa buscar cuidados em serviços horizontais.

## Questões para estudo

- Descreva as características principais dos TP que mais frequentam as emergências.
- Descreva os motivos principais que levam pacientes com TP à emergência.
- Quais as medicações mais recomendadas para os TP? O que se recomenda não fazer nesses casos?
- Quais as recomendações não medicamentosas para manejo desses casos na emergência?
- Descreva as principais barreiras para um bom atendimento dos TP na emergência.
- Quais os critérios para internação dos TP?



## Referências

- APA – American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bender DS, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):295–302.
- Bodner E, et al. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2015;15:2.
- Caballo VE. *Manual de transtornos da personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2011.
- Catthoor K, et al. Psychiatric stigma in treatment-seeking adults with personality problems: evidence from a sample of 214 patients. *Front Psychiatry*. 2015;6:101.
- Chang G, et al. Predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):716–720.
- Koehne K, Snads N. Borderline personality disorder: an overview for emergency clinicians. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2008;11:173–177.
- Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):395–403.
- Magallón-Neri EM, et al. The influence of personality disorders on the use of mental health services in adolescents with psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*. 2012;53(5):509–515.
- Mazza M, Marano G, Janiri L. An update on pharmacotherapy for personality disorders. *Expert Opin Pharmacother*. 2016;17(15):1977–1979.
- Moran P, et al. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(1):52–57.
- O'Connor BP, Dyce JA. Rigid and extreme: a geometric representation of personality disorders in five-factor model space. *J Pers Soc Psychol*. 2001;81(6):1119–1130.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1993) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Penfold S, et al. A retrospective analysis of personality disorder presentations in a Canadian university – affiliated hospital's emergency department.

- BJPsych Open.* 2016;2(6):394–399.
- Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The stigma of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(1):11.
- Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;16(6).
- Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012: 15.
- Sullivan PF, Bulik CM, Forman SD, Mezzich JE. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44(4):376–380.
- Suominen KH, Isometsä ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lönnqvist JK. Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(2):118–125.
- Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet.* 2015;385(9969):717–726.
- Vandyk AD, et al. Profiling frequent presenters to the emergency department for mental health complaints: socio-demographic, clinical, and service use characteristics. *Arch Psychiatr Nurs.* 2014;28(6):420–425.

---

## CAPÍTULO 24

# Noções de psicofarmacologia nas emergências psiquiátricas

---

*Fernando Portela Câmara*

*Antonio Geraldo da Silva*

## Pontos principais

---

- Os sintomas psicóticos estão associados a uma hiperestimulação dopaminérgica da via mesolímbica, sendo essa a razão pela qual a maioria dos antipsicóticos são antagonistas da dopamina.
- Os antipsicóticos podem ser típicos ou atípicos. Os primeiros interferem nas demais vias dopaminérgicas, além da mesolímbica, causando efeitos indesejáveis, bem como por sua ligação com outros tipos de receptores além dos receptores D2. Os atípicos causam menos efeitos colaterais e têm mais seletividade para receptores D2 e 5-HT.
- Dois outros neurotransmissores são de particular importância para o cérebro, além de serem amplamente distribuídos no SNC: o ácido glutâmico (glutamato), neurotransmissor excitatório, e o ácido gama aminobutírico (GABA), inibitório.

Ambos modulam receptores NMDA na origem da via mesolímbica e aparentemente estão envolvidos na formação dos sintomas psicóticos (hipótese glutamatérgica da esquizofrenia).

- Os benzodiazepínicos promovem a modulação allostérica positiva de receptores GABA e produzem cinco tipos principais de efeitos no organismo: sedativo, hipnótico, miorrelaxante, amnésia anterógrada e anticonvulsivante.
  - Estabilizadores do humor – lítio e anticonvulsivantes – têm principal indicação no tratamento do transtorno bipolar, podendo ser utilizado concomitantemente aos antipsicóticos na agitação maníaca.
  - Antidepressivos são raramente utilizados nas emergências psiquiátricas, uma vez que não são uma medicação de emergência, dado que o período de latência da ação desses psicofármacos leva em média cerca de duas semanas.
-

## Introdução

Em medicina distinguimos as abordagens interventionistas em *emergência, urgência e situações eletivas*. Emergência é uma intervenção imediata em uma situação em que há risco real de ameaça a vida e/ou de ameaça social. A urgência envolve riscos menores, havendo tempo para se proceder a exames e planejamento terapêutico. As situações eletivas são situações pontuais em que o tempo de ação não é fator decisivo.

Em psiquiatria, as emergências envolvem os pacientes agitados e violentos (surtos psicóticos agudos), o *delirium tremens*, abuso de substâncias, crises de ansiedade (pânico) e tentativas de suicídio. Alguns outros casos são menos frequentes como as crises conversivas e dissociativas. Percebe-se que a psicofarmacologia das emergências psiquiátricas privilegia certas classes de medicamentos, notadamente os antipsicóticos e os benzodiazepínicos, usados para estabilizar o paciente em um curto espaço de tempo, antes de entregá-lo para acompanhamento clínico e psicossocial.

Nos serviços de emergência psiquiátrica a regra é agir com rapidez para controlar um paciente que possa pôr em risco a sua própria vida ou a segurança das pessoas em seu entorno. Nesses serviços, a farmacologia se impõe, devendo sempre que possível criar um espaço para conexão verbal com o paciente e exploração dos seu estado mental. A primeira providência é excluir causa orgânica e em seguida partir para a estabilização do paciente, o que envolve sua tranquilização.

Entre os pacientes mais comuns em uma emergência psiquiátrica destacam-se:

*Paciente agitado.* Alterações mentais que se manifestam como agitação psicomotora, distorções sensoperceptivas e do juízo de realidade formam o quadro denominado *psicose*. Essa desordem mental poderá evoluir para comportamentos de risco, tais como eventos de auto ou heteroagressividade ou ambos, ameaças à ordem pública e negativismo (como a recusa em fazer uso da medicação). Tais pacientes são geralmente levados ao serviço de emergência

psiquiátrica contra a própria vontade. O psiquiatra tomará as providências necessárias para contenção do paciente e aplicação da medicação, assumindo uma conduta expectante até que a remissão do quadro psicótico aconteça. Utilizam-se aqui doses repetidas de um antipsicótico da alta potência como, por exemplo, o haloperidol IM (ampolas de 5 mg) a cada 30 minutos até a estabilização. Monitoram-se os sintomas alvos que devem ser reduzidos tais como agitação e/ou agressividade, tensão e hiperatividade. Se o paciente não responde bem ao AP, pode-se associar um benzodiazepínico tal como o midazolam IM, exceto nos casos de intoxicação por drogas.

*Paciente em crise de pânico.* É comum nos pronto atendimentos do hospital geral. A tranquilização verbal explicando-se o que acontece com o paciente e um benzodiazepínico VO ou IM com encaminhamento para tratamento ambulatorial.

*Tentativas de suicídio.* Nas tentativas malogradas deve-se remover de imediato o risco de morte iminente e então estabilizar o paciente, encaminhando-o para acompanhamento clínico, psicossocial e psicoterápico.

Bem menos comuns nos dias de hoje, mas igualmente importante, são as emergências de *crises conversivas e dissociativas* (as “crises histéricas”), geralmente envolvendo mulheres jovens ou relativamente jovens de nível sociocultural baixo. Esses casos podem simular uma agitação seguida ou não de um estado de pós-agitação, não sendo difícil diferenciá-la de uma crise psicótica. Esses casos dispensam o uso de antipsicóticos e indicam benzodiazepínicos em uma intervenção breve e encaminhamento para psicoterapia.

Embora a psicofarmacologia de emergência não seja diferente da psicofarmacologia clínica ([CORDIOLI, 2000](#); [OLIVEIRA & SENA, 2006](#); [STAHL, 2014](#)), ela tem algumas peculiaridades quanto ao cenário em que atua. A psicofarmacologia de emergência seleciona as intervenções que tenham maior eficiência na redução do risco de auto ou heteroagressividade do paciente, sendo mantida até que os riscos sejam eliminados.

Neste capítulo daremos as noções farmacodinâmicas essenciais à compreensão dos mecanismos de ação dos medicamentos mais

comuns nas emergências para que o emergencista possa formular melhor seu julgamento e curso da ação.

## Noção breve de fisiologia das sinapses

Os neurônios interagem entre si por meio de conexões denominadas *sinapses*, espaço formado por membrana pré-sináptica, membrana pós-sináptica e um espaço de 20 a 50 nm entre elas denominado *fenda sináptica*. Vesículas contendo neurotransmissores acumulam-se nos terminais pré-sinápticos (nos axônios e dendritos), que migram e fundem-se com a membrana pós-sináptica por efeito da chegada do impulso bioelétrico no local. Nesse momento, liberam-se neurotransmissores na fenda sináptica que imediatamente interage com receptores na membrana pós-sináptica mediando o impulso nervoso. Esse processo de fusão se dá pela abertura de canais de cálcio voltagem-dependentes. O neurotransmissor atua como um sinal químico que ativa ou inibe os receptores da membrana pós-sináptica, mediando uma corrente iônica que propagará ou inibirá a passagem do impulso nervoso. Imediatamente em seguida o neurotransmissor será degradado ou reabsorvido, desse modo finalizando seu efeito. Esse tipo de *sinapse química* constitui a maioria das conexões do sistema nervoso. Um segundo tipo de sinapses não possui fenda sináptica, sendo formada por junções comunicantes (*gap junctions*) entre as membranas pré e pós sinápticas por onde passa a corrente iônica, permitindo a comunicação direta do impulso nervoso (BEAR et al., 2002), sem mediação química, portanto. Esse tipo de sinapse é denominado *sinapse elétrica*.

Quanto à sua natureza, os neurotransmissores podem ser aminoácidos (p. ex., glutamato); aminas (p. ex., acetilcolina, dopamina, adrenalina, noradrenalina, serotonina, histamina); e peptídeos (p. ex., colecistoquinina, endorfinas, somatostatina, substância P) (BEAR et al., 2002). De particular interesse em psiquiatria são os aminoácidos e as aminas.

Os receptores são estruturas proteicas inseridas na membrana pós-sináptica que sofrem modificação ao interagir com um neurotransmissor específico, dessa forma ativando uma corrente de íons para a célula, ativando ou inibindo a passagem de um impulso nervoso. Alguns receptores são ligados à uma “proteína G”, e ao

serem ativados elicitam a ativação de um segundo sinal químico através dessa proteína, que inicia uma cascata de reações que culmina na liberação de um sinal. Outros receptores ao sofrerem mudança conformacional funcionam como canal iônico, formando uma espécie de poro que se abre à passagem de certos íons. Por fim, outros receptores atuam como transportadores, por exemplo, como recaptadores do neurotransmissor (esse tipo de receptor são os principais alvos dos antidepressivos).

Dois outros conceitos fundamentais em farmacologia clínica são os *agonistas* e os *antagonistas*. Os primeiros são aquelas substâncias que promovem a mesma resposta de um dado receptor, por exemplo, a apomorfina produz o mesmo efeito da dopamina, portanto é um agonista desta (CORDIOLI, 2000); se a resposta for inferior dizemos que o agonista é parcial. Os antagonistas ou *bloqueadores* são aquelas substâncias que anulam o efeito do receptor. Eles atuam competitivamente com o sítio de ligação para o neurotransmissor, impedindo a ação deste. O haloperidol, a risperidona, e alguns outros antipsicóticos, por exemplo, são antagonistas para receptores de dopamina. Por fim, temos ainda a considerar os “agonistas inversos”, que são aquelas substâncias que promovem respostas contrárias ao efeito dos neurotransmissores.

## Vias dopaminérgicas e psicoses

Os sintomas psicóticos estão associados a disfunções de receptores dopaminérgicos, sendo por isso que a maioria dos antipsicóticos são antagonistas da dopamina, um composto derivado do metabolismo da tirosina. Os receptores de dopamina se distribuem por quatro vias principais do cérebro, as chamadas “vias dopaminérgicas”, que são:

- *Via mesocortical.* Origina-se na área tegmentar ventral do mesencéfalo projetando-se para o córtex frontal. Essa via estaria envolvida na motivação e resposta emocional, e é essencial à função cognitiva do córtex pré-frontal dorsolateral. Acredita-se que a hipoatividade dopamérgica dessa via estaria relacionada com os sintomas negativos da esquizofrenia (embotamento afetivo, isolamento social) ([DIAZ, 1996](#); [TISCH et al., 2004](#); [MALENKA et al., 2009a](#)).
- *Via mesolímbica.* Tem a mesma origem da via mesolímbica, projetando-se porém para o núcleo accumbens, situado no sistema límbico, amígdala cerebelosa, hipocampo e córtex pré-frontal medial. Essa via está ligada ao comportamento de recompensa, sendo ativada por algumas drogas que causam dependência, promovendo euforia. Ao ser hiperestimulada, essa via leva a sintomas psicóticos produtivos (alteração da sensopercepção e do juízo de realidade) ([TISCH et al., 2004](#); [FULLER & LU, 2009](#); [MALENKA et al., 2009b](#)). As vias mesocortical e mesolímbica formam a via corticolímbica.
- *Via nigroestrial.* Origina-se na substância negra (mesencéfalo) e se projeta para os gânglios da base (corpo estriado), integrando-se à via extrapiramidal, relacionada com o controle dos movimentos. A redução de dopamina nessa região levaria aos movimentos involuntários que constituem o quadro de parkinsonismo. Na via nigroestriatal coexistem os neurotransmissores dopamina e acetilcolina, e como a dopamina inibe a atividade colinérgica, sugere-se que a diminuição de dopamina levaria a um aumento da atividade

colinérgica (DIAZ, 1996; FULLER & LU, 2009).

- *Via túbero-infundibular.* Origina-se no hipotálamo e projeta-se na hipófise anterior, estando relacionada com a secreção de prolactina (MALENKA et al., 2009c).

Uma vez liberada na fenda sináptica a dopamina pode mediar a passagem do impulso nervoso ativando um receptor dopaminérgico na membrana pós-sináptica, e então é finalizada pela catecol-D-metiltransferase (COMT), ou recaptada na membrana pré-sináptica ou ainda terminada pela monoamino-oxidase (MAO).

## Antipsicóticos

O fato de que a cocaína e a anfetamina produzem ou exacerbam um quadro psicótico; que a reserpina causa depleção de dopamina ao mesmo tempo que melhora os sintomas psicóticos, e a demonstração de que os primeiros antipsicóticos inibiam a ação da dopamina, fez surgir a hipótese de que *as psicoses decorreriam de um aumento da atividade dopaminérgica na via mesolímbica*. Os antipsicóticos (APs) atualmente em uso são antagonistas da dopamina. Evidências sugerem que os quadros psicóticos estão correlacionados com uma hiperativação de receptores dopaminérgica na via mesolímbica, particularmente os receptores D<sub>2</sub>, sendo este, portanto, o alvo dos antipsicóticos *típicos*, também denominados *neurolépticos*.

Os APs típicos são conhecidos no jargão farmacológico como fármacos “sujos”, pois não somente bloqueiam os receptores D<sub>2</sub>, como também bloqueiam, em maior ou menor grau, receptores muscarínicos M<sub>1</sub> (colinérgicos), receptores α<sub>1</sub> (adrenérgicos) e receptores H<sub>1</sub> (histaminérgicos). São exemplos a clorpromazina, haloperidol, levomepromazina, tioridazina, pimozida, zuclopentixol.

Desses bloqueios surgem os efeitos colaterais dos APs típicos.

- O bloqueio colinérgico produz efeitos como turvação da visão, constipação intestinal, boca seca e sonolência.
- O bloqueio adrenérgico produz queda da hipotensão ortostática, impotência, dificuldade de ejaculação, tontura e sonolência.
- O bloqueio histaminérgico leva a ganho de peso e sonolência.

Segundo a intensidade com que um AP bloqueia os receptores D<sub>2</sub>, podemos dividi-los em “antipsicóticos de alta potência” e “antipsicóticos de baixa potência” ([OLIVEIRA & SENA, 2006](#)). Os de alta potência (p. ex., haloperidol, pimozida) têm grande afinidade por receptores dopaminérgicos ([OLIVEIRA & SENA, 2006](#)), permitindo que com doses menores se atinja um efeito antipsicótico competente, e

com isso uma pouca ação bloqueadora  $M_1$ ,  $\alpha_1$  e  $H_1$ . Os de baixa potência (p. ex., clorpromazina, levomepromazina, periciazina) atingirão o mesmo efeito com doses maiores, portanto com ação bloqueadoras  $M_1$ ,  $\alpha_1$  e  $H_1$  mais intensa ([OLIVEIRA & SENA, 2006](#)). Por exemplo, 2 mg de haloperidol equivalem ao efeito de 100 mg de clorpromazina ([CORDIOLI, 2000](#)). Os APs de baixa potência são bastante sedativos, podem causar boca seca, ganho de peso e queda da pressão arterial. O [Quadro 24.1](#) resume essas propriedades.

### **Quadro 24.1**

#### **APs típicos quanto às suas potências**

Intensidade de efeitos	Alta potência (haloperidol, flufenazina, trifluoperazina)	Baixa potência (cloppromazina, tioridazina)
<b>Maior</b>	Ligaçāo a receptores $D_2$ Eficácia nos sintomas positivos Incidēncia de SEP Incidēncia de discinesia	Sedação Efeito colinérgico Problemas cognitivos Efeitos cardiovasculares
<b>Menor</b>	Sedação Efeito colinérgico Problemas cognitivos Efeitos cardiovasculares	Ligaçāo a receptores $D_2$ Eficácia nos sintomas positivos Incidēncia de SEP Incidēncia de discinesia

Idealmente, esses APs deveriam atuar somente na via mesolímbica, controlando os sintomas produtivos das psicoses, porém, eles atuam igualmente nas outras três vias dopaminérgicas, trazendo com isso outros efeitos indesejáveis. O bloqueio dopaminérgico na via mesocortical potencializa os sintomas negativos (isolamento social e embotamento afetivo); na via nigroestriatal leva ao aumento da acetilcolina, aumentando os sintomas extrapiramidais ([Quadro 24.2](#)); e na via túbero-infundibular o bloqueio leva a um aumento da

prolactina, que pode levar à galactorreia.

## Quadro 24.2

### Sintomas extrapiramidais (SEP) observados com o uso de APs típicos

SEP	Características	Observação
<b>Distonia aguda</b>	Movimentos espasmódicos da língua, boca, pescoço. Aparecem nas primeiras 48 horas.	Reversível
<b>Parkinsonismo</b>	Desenvolvimento gradual de rigidez muscular (sinal da roda dentada), bradicinesia, máscara facial, tremor de extremidades, instabilidade postural.	Reversível
<b>Acatisia</b>	Inquietação motora, desejo incontrolável de movimentar-se, sensação de tensão interna.	Reversível
<b>Discinesia tardia</b>	Desenvolvida em 15%-20% dos pacientes, na maioria idosos, após uso prolongado.	Irreversível
<b>Síndrome neuroléptica maligna</b>	Forma grave de parkinsonismo, instabilidade autonômica, diminuição da sudorese e febre muito alta. Atinge 0,5%-1,0% dos pacientes, com mortalidade em torno de 10%.	Reversível com anticolinérgicos de ação central

Se os neurolépticos controlam os sintomas produtivos das psicoses, também levam a efeitos indesejáveis, exigindo o seu controle por meio de outros medicamentos, e com isso a polifarmácia passa a fazer parte da prescrição dos APs típicos (p. ex., associando-se um bloqueador da acetilcolina como a prometazina ou o biperideno para controlar efeitos extrapiramidais). A necessidade de um AP que bloqueasse a via mesolímbica e estimulasse as outras três levou à seleção de APs não convencionais atualmente conhecidos como *antipsicóticos atípicos*, como a risperidona, ziprazidona, olanzapina, clozapina, quetiapina,

aripiprazol.

Os atípicos são bloqueadores de receptores D<sub>2</sub> e 5-HT<sub>2</sub> que têm como alvos as vias mesolímbica e nigroestriatal. A via nigroestriatal possui neurônios dopaminérgicos e neurônios serotoninérgicos, estes últimos modulando a ação dos primeiros via receptor 5-HT<sub>2</sub>. Quando estimulados pela serotonina, esses receptores promovem uma diminuição da produção de dopamina nos neurônios dopaminérgicos, e se bloqueados, aumentam a produção. Consequentemente, além do bloqueio D<sub>2</sub> na via mesolímbica, que confere sua ação antipsicótica, os APs típicos bloqueiam os receptores 5-HT<sub>2</sub> na via nigroestriatal, impedindo a diminuição de dopamina nessa via, e desse modo, produz menos efeito extrapiramidal. Por outro lado, sua ação moderada nos receptores D<sub>2</sub> tem menor efeitos na via mesocortical (assim também como na via nigroestriatal), supostamente melhorando os sintomas negativos.

A maioria dos antipsicóticos é lipofílico e tem boa absorção gastrointestinal ([OLIVEIRA & SENA, 2006](#)). São também bem absorvidos por via intramuscular mais rapidamente do que via oral, razão porque esta é a via de escolha nos serviços de emergência psiquiátrica. Os antipsicóticos são metabolizados no fígado, em geral, pelos citocromos P 450 e eliminados via renal ([OLIVEIRA & SENA, 2006](#)).

## Em resumo

O comportamento bizarro e a agitação nas psicoses orgânicas e não orgânicas são controlados pelos antagonistas da dopamina denominados *antipsicóticos* (APs). Estes podem ser *típicos*, que são os clássicos ou convencionais, ou *atípicos*. Os primeiros exibem maior potencial para efeitos indesejáveis (SEP e outros), pouca eficácia nos sintomas negativos, algumas vezes agravando-os, e apresentando refratariedade em cerca de 30% dos casos. Os atípicos apresentam maior eficácia nos sintomas positivos, podem melhorar os sintomas negativos em alguma extensão, raramente produzem SEP ou hiperprolactinemia, são eficazes em 50%-70% dos casos, e previnem a esquizofrenia quando em uso prolongado.

O alvo dos APs é a via mesolímbica, cuja hiperestimulação dos receptores D<sub>2</sub> levam aos sintomas positivos por excesso de dopamina subcortical, melhorando com a administração de antagonistas D<sub>2</sub>. Essa via compartilha com a via mesocortical a mesma origem, cuja hipoatividade leva a sintomas negativos e déficit cognitivo por diminuição de dopamina pré-frontal (hipoestimulação dos receptores D<sub>1</sub> e D<sub>2</sub>). Desse modo, os antagonistas D<sub>2</sub> típicos pioram esses sintomas ou não os melhoram. Os atípicos, por serem antagonistas moderados de D<sub>2</sub> e também antagonistas de 5-HT<sub>2</sub> não somente são eficazes nos sintomas positivos, como podem melhorar os sintomas negativos em certo grau.

## Sistemas glutamatérgicos e gabaérgicos

Dois neurotransmissores são de particular importância para o cérebro: o ácido glutâmico ou glutamato e um derivado desse aminoácido, o ácido gama aminobutírico (GABA). Eles são amplamente distribuídos no SNC; o glutamato é um neurotransmissor excitatório e o GABA é inibitório. Este se divide em dois subtipos: GABA A, ligado a um canal de cloro, e o GABA B de função ainda não bem estabelecida.

O glutamato tem dois tipos de receptores: o receptor NMDA, assim chamado pelo seu agonista exógeno o N-Metil-D-Aspartato (NMDA), e o receptor AMPA, que tem por agonista o ácido alfa-metil-propiônico (AMPA). A hiperestimulação glutamatérgica dos receptores NMDA leva ao fenômeno da excitotoxicidade, ou morte celular devido a um influxo exagerado de cálcio ([PAOLETTI et al., 2013](#)), que explicaria o déficit cognitivo nas demências.

O receptor NMDA é um receptor ionotrópico ativado pelo glutamato e aspartato, sendo o principal receptor do sistema glutamatérgico, mediando a cognição normal, memória e aprendizagem. Ele também participa da plasticidade neuronal e é excitotóxico, ou seja, responsável por alterações neurotóxicas ([KUGAYA & SANACORA, 2005](#)). O receptor NMDA possui vários sítios de ligação além do glutamato, para coagonistas como a glicina e a D-serina, mas o glutamato é o neurotransmissor principal e o responsável pela ativação dos NMDAs ([PAOLETTI et al., 2013](#)).

O receptor NMDA é um canal iônico cujo poro está normalmente bloqueado por um íon  $Mg^{++}$  quando a membrana está em potencial de repouso. Esse bloqueio é voltagem-dependente, tal que é necessária uma pré-despolarização para que o  $Mg^{++}$  separe-se do canal permitindo a entrada de íons  $Ca^{++}$ , o qual despolariza ainda mais a célula ativando as vias do segundo sinal. Essa pré-despolarização ocorre por ativação de receptores não NMDA, como os receptores AMPA em regiões adjacentes da membrana plasmática ([PAOLETTI et al., 2013](#)). A ativação dos receptores de glutamato resulta na abertura de um canal iônico não seletivo para os cátions que permite o

influxo de  $\text{Ca}^{++}$  para o interior da célula durante a despolarização da membrana (inversão da bomba  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ ). É, contudo, o influxo de cálcio para o interior das células que define os processos neurofuncionais mediados por esse receptor, assim como sua neurotoxicidade ([PAOLETTI et al., 2013](#)). Os íons de zinco ( $\text{Zn}^{++}$ ) também podem bloquear o canal do NMDA, porém não apresentam bloqueio voltagem-dependente.

A liberação de glutamato na fenda sináptica leva à sua interação com os receptores NMDA na membrana pós-sináptica, aumentando a permeabilidade desta aos íons  $\text{Ca}^{++}$ . O influxo de  $\text{Ca}^{2+}$  ativa a proteína cinase II dependente de cálcio-calmodulina (CaMKII), que fosforila os receptores AMPA tornando-os mais permeável aos íons  $\text{Na}^+$ , diminuindo assim o potencial de repouso da célula. A célula fica, então, mais sensível a impulsos de entrada, fenômeno conhecido como *potenciação de longo prazo*, o que favorece os processos de memória e aprendizagem. Além disto, a atividade aumentada da CaMKII aumenta o número de receptores AMPA na sinapse.

## Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia

O uso do anestésico fenciclidina (PCP) como droga dissociativa e alucinógena, que ficou conhecida como “pó de anjo” (*angel dust*) ou “poeira da lua”, mostrou que ela produzia uma alteração mental muito semelhante à da esquizofrenia. Verificou-se que ela faz isto bloqueando o receptor de glutamato NMDA, e isso originou a hipótese de que os receptores NMDA podem ser hipofuncionais na esquizofrenia não tratada (STAHL, 2007). Diversos estudos mostraram que esquizofrênicos têm concentrações reduzidas de glutamato no córtex pré-frontal e no hipocampo, e que antagonistas de receptores NMDA como o dipeptídeo N-acetil aspartil glutamato (NAAG) e o ácido cinurênico, eram elevados nessas regiões. Outros estudos demonstraram redução da densidade de receptores AMPA em neurônios pós-sinápticos, bem como no hipocampo. Como isso pode levar à esquizofrenia? Uma importante via glutamatérgica descendente projeta-se dos neurônios piramidais corticais para os neurônios dopaminérgicos na área ventral tegmentar do mesencéfalo, origem da via mesolímbica, como já vimos. Essa via descendente atua como um freio nessa via, modulando a dopamina através de um inibidor, o ácido gama-aminobutírico (GABA), nos interneurônios da área ventral tegmentar. Se os receptores de NMDA forem hipoativos nessa região, não inibindo os neurônios mesolímbicos de dopamina, isto causaria uma hiperestimulação mesolímbica e induziria os sintomas positivos da esquizofrenia ou um surto psicótico (STAHL, 2007).

As pesquisas atuais dos antipsicóticos tentam de alguma forma estimular receptores NMDA sem promover os efeitos colaterais próprios da excitotoxicidade. Atualmente vem se testando fármacos, ainda em fase de experimentação, que atuam sobre a glicina, coagonista de receptores NMDA (STAHL, 2007). O receptor NMDA vem sendo também alvo para drogas com ação anestésica, antipsicótica, antidepressiva, estabilizadora (BERMAN et al., 2000, GHASEMI et al., 2014), devido ao seu papel-chave na modulação de diversas funções do sistema nervoso central.

Alguns dos antagonistas dos receptores de NMDA são amantadina, memantadina, metadona, óxido nitroso, PCP, ketamina, etanol, tramadol entre outros, que podem ser utilizados com finalidades experimentais e terapêuticas por seu papel de mediadores da resposta excitatória, fisiológicas e patológicas, no sistema nervoso central ([PAOLETTI et al., 2013](#)).

## **Os benzodiazepínicos e a modulação gabaérgica**

O GABA é um neurotransmissor central inibitório que atua sobre receptores pós-sinápticos permitindo a entrada de cloro através da abertura de um canal iônico. Esses receptores possuem sítios alostéricos para outros neurotransmissores, o que leva a uma modulação alostérica da resposta ao GABA. Essa modulação pode ser positiva, se potencializar a resposta ao neurotransmissor, ou negativa, se diminuir.

Os benzodiazepínicos (BZD) são moléculas assim chamados por terem um anel 1,4-benzodiazepínico. Eles são moduladores alostéricos positivos dos receptores de GABA, portanto, acentuam a inibição do SNC. Seus receptores se distribuem por diferentes regiões do SNC, tais como cerebelo, corpo estriado, hipocampo, medula espinhal, o que leva os BZDs a produzir cinco tipos principais de efeitos no organismo: sedativo, hipnótico, miorrelaxante, amnésia anterógrada e anticonvulsivante. Os BZDs mais utilizados o diazepam e bromazepam (de ação longa); lorazepam, alprazolam, clordiazepóxido (de ação intermédia); clonazepam (de ação curta); midazolam e flunitrazepam (de ação ultracurta).

A absorção dos BZDs por via intramuscular é errática, exceção do midazolam e do lorazepam, e sua metabolização se dá no fígado, por oxidação, e em locais extra-hepáticos, por conjugação a glicuronídeos (p. ex., clonazepam, lorazepam), razão pela qual podem ser administrados naqueles pacientes com a função hepática comprometida.

Usa-se benzodiazepínicos nas emergências psiquiátricas como sedativos nos casos de agitação psicomotora, em combinação com APs, como ansiolítico nas crises de pânico, como anticonvulsivante nas convulsões, hipnótico nos casos de insôrias tenazes e na síndrome de abstinência alcoólica (*delirium tremens*), para reverter a hiperestimulação glutamatérgica própria dessa situação.

Não se deveria usar benzodiazepínicos a longo prazo. Uma vez controlado os sintomas agudos deve-se passar ao tratamento específico se houver um transtorno de base.

## **Os estabilizadores de humor e os anticonvulsivantes**

O transtorno afetivo bipolar, especialmente o episódio maníaco, constitui parte das condições daqueles que frequentam as emergências psiquiátricas. Destaca-se aqui o risco de auto e/ou heteroagressividade.

O lítio tem uma eficácia bem estabelecida no tratamento preventivo e na mania aguda, e ainda hoje é amplamente utilizado, mas a escolha de um antipsicótico como a olanzapina ou a risperidona pode ser importante nessa fase, especialmente no atendimento de emergência, para deter a agitação e as manifestações psicóticas, podendo-se adicionar concomitantemente o lítio que acompanhará o paciente no tratamento ambulatorial.

O mecanismo de ação do lítio não é muito bem compreendido e há várias hipóteses; diremos apenas que ele é um estabilizador de membrana, regulando a bomba sódio/potássio e assim o impulso nervoso.

O lítio é bem absorvido via oral e tem eliminação renal. A janela terapêutica é muito estreita (0,5-1,5 nmol/L), o que exige monitoramento na administração, razão pela qual seu emprego em serviço de emergência é limitado. Os principais sinais indicativos de toxicidade são tremor de extremidades, náusea, vômitos e diarreia e ganho de peso (retenção de sódio). O lítio inibe a ação do hormônio antidiurético levando à poliúria e à polidipsia ([CORDIOLI, 2000](#)). Não é improvável que o emergencista possa atender algum caso de intoxicação por lítio.

Os anticonvulsivantes são amplamente usados no tratamento e prevenção da polarização do humor. Dentre eles o principal destaque é do ácido valproico, cuja eficácia é comparada à do lítio, e que deve ser a primeira escolha em casos de episódio misto. A carbamazepina também é tradicionalmente indicada, com bons índices de sucesso, embora inferiores ao lítio e ácido valproico. Novos anticonvulsivantes têm sido usados com sucesso, embora discutível, tais como a lamotrigina (nos casos em que predominam episódios depressivos), o

*topiramato e gabapentina.*

O mecanismo de ação básico dos anticonvulsivantes é a potencialização do GABA, levando ao bloqueio dos canais de sódio e cloro, com diminuição da excitabilidade neuronal, além de antagonizar o glutamato, ajudando a prevenir inclusive a excitotoxicidade.

## Antidepressivos

Diremos pouco sobre esse assunto uma vez que não é uma medicação de emergência, dado que o período de latência da ação desses psicofármacos leva em média cerca de duas semanas. Por essa razão, eles são usados em enfermarias e ambulatório ([ROMANO-SILVA et al., 2013](#)).

A investigação sobre o mecanismo de ação dessas medicações deu origem à hipótese monoaminérgica, que propõe a origem da depressão em uma diminuição de catecolaminas na fenda sináptica, sobretudo da norepinefrina (NE) e da serotonina (5-HT). Disto decorre um *down regulation* dos receptores pós-sinápticos, que daria como consequência sintomas tais como desânimo, anedonia, desregulação do sono e do apetite, prejuízo da libido, déficit cognitivo. A estratégia da farmacologia antidepressiva baseia-se na evidência de que os neurotransmissores NE e 5-HT estão reduzidos na fenda sináptica, tal que a ação consiste em inibir a recaptura desses sinais pela membrana pré-sináptica, deste modo fazendo o neurotransmissor atuar por mais tempo na membrana pós-sináptica.

Os antidepressivos tricíclicos bloqueiam a recaptura de monoaminas em nível pré-sináptico, principalmente NE e 5-HT, em menor proporção dopamina (DA). As aminas terciárias inibem preferencialmente a recaptura de 5-HT e as secundárias a de NE. Atualmente se usa mais frequentemente os inibidores seletivos da recaptura de serotonina com primeira escolha por sua melhor tolerabilidade. Os antidepressivos de dupla ação também podem ser usados. O problema do uso continuado desses medicamentos é o seu alto custo, um fato que prejudica a adesão necessária ao tratamento ([SILVA E CÂMARA, 2013](#)).

Se for o caso de se iniciar um antidepressivo em uma emergência, deve-se levar em conta uma possível cardiotoxicidade, se antidepressivos tricíclicos forem a opção, dado que, por serem bloqueadores de canal de sódio, expõe o paciente ao risco de bloqueio cardíaco. Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) devem ser evitados pelos efeitos colaterais, além de exigirem dieta pobre no

aminoácido tiramina, precursor das catecolaminas, para evitar crises hipertensivas potencialmente fatal.

## Conclusão

As emergências psiquiátricas giram em torno de uma molécula cuja regulação depende boa parte do funcionamento cerebral: a dopamina. Compreender como ela atua, como é regulada por outras moléculas, seus receptores e seus antagonistas e agonistas é um desafio para a psiquiatria. Na medida em que aprofundamos nosso conhecimento sobre a gênese das doenças mentais, maior nossa capacidade de responder a esse desafio e proporcionar ao paciente tratamentos mais seguros, mais eficientes e mais simples.

### Questões para estudo

- 1) Paciente dá entrada na emergência com quadro delirante, muito agitado e agressivo, não sendo possível fazer contato verbal com ele dado o seu estado confusional. O informante diz que ele é esquizofrônico e usuário eventual de cocaína. Qual o procedimento de escolha?
  - a) Sedar com benzodiazepínico.
  - b) Conter o paciente e esperar que a crise psicótica termine.
  - c) Conter o paciente e sedar com dose alta de midazolam.
  - d) Conter e aplicar antipsicótico de alta potência, repetindo a cada meia hora até a tranquilização.
  - e) Conter e aplicar lorazepam IM a cada meio hora até a sedação.
- 2) No caso anterior, podemos dizer que o paciente manifesta:
  - a) Hiperestimulação dopaminérgica da via tuberoinfundibular.
  - b) Hiperestimulação dopaminérgica da via nigroestriatal.
  - c) Hiperestimulação dopaminérgica da via corticolímbica.
  - d) Hiperestimulação dopaminérgica da via mesolimbica.
  - e) Hiperestimulação noradrenérgica da amigdala.
- 3) Uma hipótese do suposto efeito sedativo dos benzodiazepínicos como potencializador dos antipsicóticos no

controle de um paciente com agitação psicótica, segundo a hipótese glutamatérgica da esquizofrenia, seria:

- a) Reforço da inibição mediada pelos interneurônios gabaérgicos na região ventral tegmentar da via mesolímbica.
- b) Estimulação dos interneurônios gabaérgicos na região ventral tegmentar da via mesolímbica.
- c) Compensar a hipofunção dos receptores NMDA dos interneurônios gabaérgicos da região ventral tegmentar da via mesolímbica.
- d) As hipóteses a e c são possíveis.
- e) Todas as hipóteses (a, b, c) são possíveis.

## Referências

- Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Berman RM, Cappiello A, Anand A, et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biological Psychiatry*. 2000;47:351–354.
- Cordioli AV. *Psicofarmacologia: consulta rápida*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- Diaz J. *How drugs influence behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1996.
- Fuller, P.M., Lu, J. (2009) Dopamine control of arousal. New York: Academic Press, Encyclopedia of Neuroscience, p. 557-62.
- Ghasemi M, Cristy P, Ludwig T, et al. The role of NMDA receptors in the pathophysiology and treatment of mood disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2014;47:336–358.
- Kugaya A, Sanacora G. Beyond monoamines: glutamatergic function in mood disorders. *CNS spectrums*. 2005;10:808–819.
- Malenka RJ, Nestler SE, Hyman RC. Chapter 13: Higher cognitive function and behavioral control. 2<sup>a</sup> ed. *Molecular neuropharmacology: a foundation for clinical neuroscience*. New York: McGraw-Hill Medical; 2009: p. 318.
- Malenka RC, Nestler EJ, Hyman SE. Chapter 6: Widely projecting systems: monoamines, acetylcholine, and orexin. In: Sydor A, Brown RY, eds. *Molecular neuropharmacology: a foundation for clinical neuroscience*. 2<sup>a</sup> ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2009:147–148: 154-157.
- Malenka RC, Nestler EJ, Hyman SE. Chapter 10: Widely projecting systems: monoamines, acetylcholine, and orexin. In: Sydor A, Brown RY, eds. *Molecular neuropharmacology: a foundation for clinical neuroscience*. 2<sup>a</sup> ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2009:147–148: 154-157.
- Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(suppl. 1):24–40.
- Oliveira IR, Sena EP. *Manual de psicofarmacologia clínica*. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.
- Paoletti P, Bellone C, Zhou Q. NMDA receptor subunit diversity: impact on receptor properties, synaptic plasticity and disease. *Nature Reviews Neuroscience*. 2013;14:383–400.
- Romano-Silva MA, Miranda DM, Rosa DV, Alvim-Soares A. Tratamento farmacológico da depressão. In: Quevedo J, Silva AG, eds. *Depressão: teoria e*

- clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2013:67–81.
- Silva AG, Câmara FP. Psicoeducação e tratamento da depressão. In: Quevedo J, Silva AG, eds. *Depressão: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2013:107–113.
- Stahl SM. Beyond the dopamine hypothesis to the NMDA glutamate receptor hypofunction hypothesis of schizophrenia. *CNS Spectr*. 2007;12:265–268.
- Stahl SM. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.
- Tisch S, Silberstein P, Limousin-Dowsey P, Jahanshahi M. The basal ganglia: anatomy, physiology, and pharmacology. *Psychiatric Clinics of North America*. 2004;27:757–799.

---

## CAPÍTULO 25

# **Manejo dos efeitos colaterais de psicotrópicos: síndrome neuroléptica maligna, distonia aguda, acatisia, intoxicações por antidepressivos, intoxicação por lítio**

---

*Paulo Rubens Gaspar Filho*

*Leonardo Baldaçara*

*Melina dos Santos Teixeira*

*Amanda Cristina Galvão de Almeida*

*Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa*

## **Pontos principais**

---

- As medicações psicotrópicas podem causar efeitos colaterais leves, moderados ou até graves.
- O reconhecimento, o diagnóstico precoce e diagnóstico diferencial são os primeiros passos para o sucesso no manejo.

---

## **Introdução**

Neste capítulo serão discutidas as formas de reconhecer e abordar alguns dos efeitos colaterais das medicações psicotrópicas de maior frequência e gravidade. Sugere-se também a leitura do [Capítulo 10](#).

# Síndrome neuroléptica maligna

## Aspectos gerais

A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é um efeito colateral raro e idiosincrásico, porém extremamente grave e muitas vezes fatal dos antipsicóticos. Estudos indicam que a mortalidade varia entre 11% e 30% dos casos e a incidência ocorre entre 0,02% e 3,2% dos pacientes tratados com neurolépticos ([BERMAN, 2011](#)).

A síndrome foi descrita primeiramente por Delay et al. em 1960. Os sintomas são agudos e a síndrome pode ocorrer completamente entre 24 e 48 horas sendo caracterizado por rigidez muscular, febre, *delirium* e alterações autonômicas ([BERMAN, 2011](#)). Geralmente ocorrem nas primeiras duas semanas de tratamento medicamentoso, mas também podem ocorrer em pacientes que fazem uso da medicação há vários anos ([POPE et al., 1991](#)).

## Diagnóstico

A síndrome neuroléptica maligna se caracteriza pelos sintomas da tétrade clássica:

- a. Rigidez muscular (em “cano de chumbo” na sua forma mais grave)
- b. Febre
- c. *Delirium*
- d. Instabilidade autonômica (taquicardia, aumento e/ou instabilidade da pressão arterial, taquipneia, sudorese).

O paciente também pode apresentar acinesia, tremor, distonia aguda, disfagia, sialorreia, sudorese, mutismo, palidez ou rubor e incontinência urinária.

A suspeita diagnóstica deve ser feita na presença de dois dos sintomas quatro sintomas clássicos.

O diagnóstico é clínico e as alterações laboratoriais não são específicas, mas podem ajudar no esclarecimento do quadro. A mais

importante é a elevação da enzima creatino quinase (CK) que varia de 200iu/l até 100.000ui/l (mais provável acima de 1000 ui/l). Os níveis da CK são importantes no seguimento do paciente, pois sua diminuição indica resolução do quadro. Os leucócitos podem ir de 10 mil a 20 mil células por cm cúbico com ou sem desvio à esquerda (devido ao estresse). Pode ocorrer elevação das enzimas hepáticas e mioglobina (BERMAN, 2011).

Na SNM desencadeada por antipsicóticos atípicos o paciente apresenta menor rigidez muscular e febres mais baixas do que as que ocorrem com antipsicóticos típicos (neurolépticos) (SUSMAN, 2001).

A história de uso de medicação antipsicótica é muito importante no diagnóstico e a exclusão de outras causas de febre, rigidez muscular e alteração do nível de consciência devem ser investigadas, como o uso de outras medicações com atividade antidopaminérgica ou ainda a retirada de agentes dopaminérgicos.

A apresentação da SNM é variável, podendo iniciar tanto com os sinais autonômicos mais proeminentes ou com os sintomas extrapiramidais. A temperatura está elevada mas nem sempre chega a níveis de hipertermia ( $> 41^{\circ}\text{C}$ ). A alteração do nível de consciência pode apresentar variação de desorientação e confusão mental com sonolência até a não responsividade do paciente e o coma.

O diagnóstico diferencial é feito com hipertermia maligna (ocorre após anestesia geral), encefalite (rigidez de nuca), catatonía letal (inicia com quadro de extrema agitação, sem história de uso de neurolépticos), condições inflamatórias ou autoimunes, síndrome serotoninérgica (tônus muscular aumentado apenas em membros inferiores), estado de mal epiléptico, feocromocitoma, tireotoxicose, tétano, intoxicação por drogas (ecstasy, cocaína), porfiria aguda (SUSMAN, 2001).

## Fisiopatologia

As causas da SNM são desconhecidas e as manifestações clínicas decorreriam do bloqueio da dopamina (estado hipodopaminérgico) a nível do estriado produzindo rigidez muscular e outros sintomas extrapiramidais. A hipertermia é produzida pela ação combinada do

calor gerado pela contração muscular da rigidez e pelo descontrole do centro regulador de temperatura no hipotálamo secundário à insuficiência dopaminérgica (SUSMAN, 2001; BERMAN, 2011; TSE et al., 2015).

A importância da diminuição da função dopaminérgica pode ser observada em quadros SNM-like produzidos por outros mecanismos de ação como, por exemplo, a retirada de L-dopa em pacientes com síndrome de Parkinson, ou o uso de agentes depletores de dopamina (reserpina), e a retirada de drogas que causam importante bloqueio colinérgico abruptamente induzindo um rebote colinérgico e relativo déficit dopaminérgico (SUSMAN, 2001; BERMAN, 2011; TSE et al., 2015).

A hipertermia prolongada leva à sudorese e à perda de fluidos que somados à diminuição da ingestão acarreta hipovolemia, colapso circulatório e falência renal. A rigidez muscular provoca rabdomiólise e a mioglobinemia prejudica o funcionamento dos rins contribuindo para o desenvolvimento de insuficiência renal.

A disfagia e a respiração prejudicada podem provocar durante alimentação a aspiração de alimentos e consequentemente uma pneumonia aspirativa.

O paciente restrito ao leito devido à impossibilidade de locomoção junto com a hipovolemia, e a hipertermia pode induzir a formação de tromboembolismo. As causas mais frequentes de morte na SNM são a pneumonia aspirativa, a insuficiência renal e o embolia pulmonar (BERMAN, 2011; TSE et al., 2015).

A hipertermia também pode levar a convulsões, arritmias cardíacas e coagulação vascular disseminada (BERMAN, 2011; TSE et al., 2015).

## Fatores de risco

Vários fatores podem predispor o paciente a desenvolver síndrome neuroléptica maligna. O uso de antipsicóticos típicos de alta potência (neurolépticos), o aumento rápido da dose, a administração parenteral e medicação de depósito são importantes fatores de risco. A desidratação que requer atenção especial no tratamento e está presente em 92% dos pacientes pode ser um fator de risco ou apenas

uma consequência da SNM. A utilização concomitante de lítio, transtorno afetivo, má nutrição, desequilíbrio hidroeletrolítico, intercorrências clínicas, síndrome cerebral orgânica e a utilização de contenções por longos períodos de tempo são fatores de risco que também devem ser avaliados no quadro. Outros fatores de risco incluem mudanças no balanço acetilcolina/dopamina, fatores genéticos, história pregressa de SNM e o paciente ser do sexo masculino (BERMAN, 2011; SU et al., 2014; TSE et al., 2015).

A síndrome neuroléptica maligna aparentemente não é relacionada com a dosagem podendo ocorrer mesmo em dosagens padrão.

---

## Quadro 25.1

### Medicações associadas à síndrome neuroléptica maligna

---

Neurolépticos típicos

Neurolépticos atípicos

Não neurolépticos com atividade antidopaminérgica: metoclopramida, tetrabenazina, reserpina, prometazina, diatrizoato

Retirada de dopaminérgicos: levodopa, amantadina, tolcapone e agonistas dopaminérgicos

Lítio

Fenelzina

Desipramina

Trimipramina

---

Fonte: Modificado de [Berman \(2011\)](#).

---

## Quadro 25.2

### Diagnóstico diferencial da síndrome neuroléptica maligna

---

Diagnóstico diferencial	Ferramentas para diferenciar
Infecções: meningites,	História prodrômica de doença viral,

encefalites, abcesso cerebral, sepse, raiva	cefaleia, sinais meníngeos, presença de crises convulsivas, sinais neurológicos localizatórios Exames de neuroimagem Exame do liquor
Causas metabólicas: insuficiência renal aguda, rabdomiólise, tireotoxicose, feocromocitoma	Testes de função renal e tireoidiana Presença de hipertensão severa Elevação das catecolaminas e metanefrinas
Causas ambientais: insolação, envenenamento por aranha	História de esforço ou exposição a altas temperaturas Pele seca e quente, lesão cutânea sugestiva de picada de aranha Ausência de rigidez Início abrupto
Induzido por drogas/medicações <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia maligna</li> <li>• Síndrome extrapiramidal: Parkinsonismo, distonia aguda, acatisia, discinesia tardia, tremor postural</li> <li>• Síndrome serotoninérgica</li> <li>• <i>Delirium anticolinérgico</i></li> <li>• Toxidade por IMAO</li> <li>• Toxidade por lítio</li> <li>• Intoxicação por salicilato</li> <li>• Abuso de drogas: cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, MDMA, feniciclina</li> </ul>	História de anestésicos inalatórios Antecedentes familiares de hipertermia maligna Presença de hipercinesias Toxicologia positiva/nível do fármaco CPK baixo ou normal Presença de náuseas, vômitos, diarreia Presença de sinais anticolinérgicos (pupilas dilatadas, boca seca, pele seca, retenção urinária) Presença de erupção cutânea, urticária ou eosinofilia História de toxicodependência, abuso ou sobredosagens
Síndrome de abstinência: álcool, benzodiazepínicos, baclofen, sedativos, hipnóticos	História de toxicodependência, abuso ou sobredosagens Ausência de tratamento neuroléptico Teste toxicológico
Doença neurológica ou psiquiátrica: Parkinsonismo, status <i>epilepticus</i> não	Ausência de febre ou leucocitose Presença de hipercinesias, surgimento posterior de rigidez

convulsivo, catatonia	História prévia dos estados catatônicos Ausência de tratamento neuroléptico Eletroencefalografia
Doença autoimune: polimiosite	Fraqueza proximal Eletroneuromiografia ou biópsia muscular Presença de câncer ou doença pulmonar intersticial

Fonte: Modificado de [Berman \(2011\)](#).

## Manejo

### Tratamento não farmacológico

- Diminuir a temperatura do paciente com banho ou toalhas úmidas visto que medicação antipirética não é eficaz. Lavagem gástrica com água gelada pode ser realizada assim como colocar gelo nas axilas.
- Suspender a alimentação oral se o paciente apresenta disfagia ou dispneia para evitar aspiração alimentar.
- Hidratar o paciente via intravenosa para evitar desidratação, choque e comprometimento renal.
- Fisioterapia pulmonar e mudar o paciente de posição para evitar tromboembolismo.

### Tratamento farmacológico

Suspender medicação antipsicótica e o lítio e retirar gradualmente a medicação anticolinérgica para evitar quadro similar ao SNM. No quadro clínico mais leve o anticolinérgico pode ser usado enquanto nos mais graves pode piorar a confusão mental. Quando o quadro é desencadeado pela suspenção do agente dopaminérgico este deve ser reiniciado.

Iniciar medicação agonista dopaminérgico como a bromocriptina 2,5 mg de 6/6 horas (10 mg/dia) até 10 mg de 6/6 horas (40 mg/dia) ou

ainda 2,5 mg de 8/8 horas até 45 mg/dia. Quando o paciente estiver com entubação orotraqueal administrar via sonda nasogástrica. No caso de agitação psicomotora se utiliza benzodiazepínicos. Após o controle da SNM, a bromocriptina deve ser mantida por 10 dias e sua retirada gradual.

Nos casos mais graves, com importante rigidez muscular e nível de consciência bastante rebaixado, o paciente deve permanecer na UTI, com todo o suporte clínico. O tratamento principal é realizado com dantrolene sódico, um miorrelaxante que bloqueia o fluxo de cálcio dentro da célula, impedindo a contração muscular e evitando a rigidez muscular, produção de calor e mioglobinúria. A medicação é administrada via endovenosa na dosagem de 0,8 mg/kg a 2,5 mg/kg a cada 6 horas até 10 mg/kg/dia sendo que o paciente necessita ser entubado para poder respirar por causa do efeito miorrelaxante. Deve-se tomar cuidado com a hepatotoxicidade da droga. Por vezes medicação anticoagulante é indicada para evitar tromboembolismo ([BERMAN, 2011; TSE et al., 2015](#)).

O tratamento ou os cuidados clínicos de suporte são essenciais visto que as complicações das condições clínicas podem ser graves e até fatais. Dentre elas podemos citar:

- Desidratação
- Desequilíbrio hidroeletrolítico
- Falência renal e rabdomiólise
- Arritmia cardíaca
- Infarto do miocárdio
- Cardiomiopatia
- Falência respiratória, pneumonia aspirativa, embolia pulmonar
- Trombose venosa profunda
- Coagulação vascular disseminada
- Convulsões
- Falência hepática
- Septicemia

O tratamento com eletroconvulsoterapia deve ser considerado uma

possibilidade quando o tratamento clínico falha ou quando a catatonia letal é uma possibilidade diagnóstica (BERMAN, 2011).

Posteriormente é necessário reavaliar tratamento antipsicótico dando preferência para os de baixa potência ou atípicos.

## Distonia aguda

### Aspectos gerais

A distonia aguda é a contração muscular lenta, involuntária e mantida, de um ou mais grupos musculares por um período de tempo, podendo ou não ser dolorosa. A desconexão entre a ação do músculo agonista e a inibição reflexa antagonista resulta frequentemente em uma torção da parte afetada, e consequentemente uma postura anormal ([CAMARGOS & CARDOSO, 2016; DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

É uma queixa bastante comum nos prontos-socorros, cerca de 10% dos pacientes que são medicados com antipsicóticos podem apresentar o quadro. Ocorre mais em adultos jovens masculinos (menos de 40 anos), crianças e lesionados cerebrais. O quadro produz muito incomodo e dor, e é assustador para o paciente e família que frequentemente confundem com um quadro de choque anafilático ou alergia. Deve ser tratado rapidamente e a família e paciente esclarecidos para evitar a descontinuação do tratamento ([CAMARGOS & CARDOSO, 2016; DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

Aproximadamente 50% das distonias acontecem dentro de 2 a 3 dias após o início do antipsicótico ou do aumento importante da dosagem enquanto 90% ocorrem em até 5 dias. A ocorrência é maior com antipsicóticos típicos de alta potência como haloperidol do que com os de baixa potência, mas também pode acontecer com os atípicos como risperidona e olanzapina. Também pode ocorrer com antidepressivos inibidores de recuperação de serotonina e mais raramente com antidepressivos tricíclicos ([CAMARGOS & CARDOSO, 2016; DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

### Diagnóstico

A sintomatologia é variada podendo o paciente apresentar no quadro clínico a distonia do pescoço (torcicolo), abertura ou fechamento forçado da boca (trismo) com ou sem deslocamento da mandíbula, protusão e torção da língua, torção do membro superior ou inferior,

opistótono. É comum o movimento para cima dos olhos (crises oculógiras), às vezes com desvio lateral e o blefaroespasmo. Também pode ocorrer disartria (fala enrolada), caretas, disfagia e estridor respiratório. O espasmo laringofaringeal pode comprometer a respiração e ameaçar a vida do paciente (CAMARGOS & CARDOSO, 2016; DAMÁSIO & CARVALHO, 2011).

A história de uso de medicação antipsicótica, incluindo introdução ou aumento de dose recente. Por vezes, a família e o paciente não sabem informar a medicação usada anteriormente mas relatam o uso de medicação injetável em pronto-socorro.

O diagnóstico diferencial é feito com tétano, encefalite, postura histérica ou psicótica, distonia *musculorum deformans*, que é um transtorno raro que ocorre em crianças, torcicolo espástico causado por distonia do músculo esternocleidomastóideo (CAMARGOS & CARDOSO, 2016; DAMÁSIO & CARVALHO, 2011).

## Fisiopatologia

A fisiopatologia ainda não é bem compreendida mas acredita-se na hipótese da hipofunção dopaminérgica provocada pelos neurolépticos e no aumento compensatório da liberação da dopamina tentando igualar o sistema ou uma hiperatividade colinérgica compensatória (DAMÁSIO & CARVALHO, 2011). Outra hipótese complementar é a falta sobre falha da supressão por interneurônios gabaérgicos dos núcleos da base (CAMARGOS & CARDOSO, 2016).

Existe ainda a possibilidade do desenvolvimento da distonia tardia, com mecanismo fisiopatológico semelhante à discinesia tardia e muitas vezes confundida com esta.

## Fatores de risco

Paciente do sexo masculino de idade inferior a 40 anos tem mais risco de desenvolver distonia aguda, assim como crianças e lesionados cerebrais. Outra condição importante é a história prévia de uso de cocaína. Outros fatores de risco são a hipocalcemia, hipertireoidismo e o hiperparatiroidismo. Além disso, outras medicações além das drogas neurolépticas podem causar distonia e potencializar os efeitos

em caso de associação ([CAMARGOS & CARDOSO, 2016](#); [DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

---

### **Quadro 25.3**

#### **Causas medicamentosas de distonia aguda ou tardia**

---

Psicofármacos (ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos)

Antagonistas dos receptores H2 (ranitidina)

Antiepilepticos (carbamazepina, felbamato, fenitoína)

Anti-hipertensivos (antagonistas dos canais de cálcio)

Modificadores da motilidade gástrica

Triptanos

---

*Fonte:* Modificado de [Damásio e Carvalho \(2011\)](#).

### **Manejo**

Investigar quanto ao uso de medicação antipsicótica, inclusive se fez uso de alguma medicação desconhecida em atendimento de pronto-socorro.

Tratar com drogas anticolinérgicas como o biperideno 5 mg intramuscular e observar evolução do quadro que habitualmente remite em cerca de 30 minutos. Prescrever biperideno 2 mg por via oral de 2 a 3 vezes ao dia.

Avaliar a necessidade de redução de dose, suspensão do antipsicótico ou a troca por um de baixa potência ou atípico. Pode-se também usar prometazina 50 mg injetável ou 25 mg via oral.

### **Profilaxia**

O uso de drogas anticolinérgicas na profilaxia de distonia aguda é controverso devido a seus efeitos colaterais. Entretanto, em pacientes de alto risco como adulto masculino jovem com história prévia a prescrição dessas medicações é recomendado.

## Acatisia

### Aspectos gerais

Acatisia vem da palavra grega *acathisin* que significa incapacidade de permanecer sentado. É definida como uma inquietação motora subjetiva, desconfortável e por vezes observável causada geralmente por uma medicação neuroléptica.

A acatisia geralmente ocorre poucos dias após o início de medicação antipsicótica com a maioria dos casos acontecendo nas primeiras duas semanas. A alta dosagem e o aumento rápido da medicação também favorecem o aparecimento dos sintomas. É uma causa importante na não adesão de pacientes ao tratamento, principalmente nos que apresentam esquizofrenia ([DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

A acatisia acontece em 23% dos pacientes medicados com antipsicóticos típicos, em 13% dos pacientes tratados com risperidona, em 7,3% de pacientes usando clozapina, e em 5% de pacientes fazendo uso de olanzapina.

Pacientes sendo tratados com inibidores seletivos de recaptação de serotonina (fluoxetina, sertralina e fluvoxamina) também podem apresentar acatisia principalmente em dosagens mais altas. Os antidepressivos tricíclicos causam acatisia muito raramente ([DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

Metade dos pacientes com acatisia também apresentam outros efeitos extrapiramidais como distonia, parkinsonismo e afeto plano.

As mulheres de meia-idade apresentam maior risco de ter acatisia.

### Diagnóstico

O quadro clínico da acatisia pode apresentar dois aspectos, o subjetivo e o observacional. No aspecto subjetivo o paciente relata uma necessidade intensa e desagradável de se mover e por vezes a impossibilidade de ficar sem se mover. No aspecto observacional o profissional observa a movimentação de membros (principalmente pernas), a mudança constante de posição quando sentado ou ainda a oscilação de um pé para outro quando em pé.

Nos casos mais leves o paciente pode apresentar dificuldade para assistir televisão ou ficar de pé cozinhando. Deitar pode dar um breve e discreto alívio nos sintomas na maioria dos pacientes ([DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

Para o diagnóstico além do quadro clínico, também é importante a história de exposição a drogas que causam acatisia e a ausência de outras patologias como síndrome das pernas inquietas, doença de Parkinson e lesão subtalâmica ([CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#); [DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

É comum a observação de:

1. Movimentos inquietos ou balanço das pernas.
2. Oscilar de um pé para outro, quando está de pé.
3. Caminhar para aliviar a inquietação.
4. Incapacidade de sentar ou ficar de pé quieto por alguns minutos.

---

## Quadro 25.4

### Medicações relacionadas com a acatisia

---

Psicofármacos (ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, lítio)

Antiepilepticos (carbamazepina, ethosuximida)

Anti-hipertensores (antagonistas dos canais de cálcio)

Modificadores da motilidade gástrica

Triptanos

---

*Fonte:* Modificado de [Damásio e Carvalho \(2011\)](#).

## Conduta

A acatisia é uma condição clínica que normalmente não é fácil de se tratar. O sintoma por vezes se confunde com ansiedade ou agitação psicótica induzindo o médico a aumentar a dosagem do antipsicótico

e, consequentemente, a uma exacerbação do quadro.

Dependendo do quadro mental do paciente tenta-se primeiro reduzir a dose da medicação ou a troca por um neuroléptico de baixa potência. Pode-se também fazer a troca por um antipsicótico atípico, por exemplo, trocar haloperidol por risperidona.

Nos pacientes que apresentam apenas a acatisia como efeito colateral deve-se pensar como primeira opção o uso de betabloqueador como o propanolol de 10 mg a 30 mg de 8 em 8 horas. Outra opção é usar benzodiazepínico como o lorazepam na dosagem de 1mg a cada 8 horas ou ainda o clonazepam 0,5 mg de duas a três vezes ao dia.

Os pacientes que apresentam acatisia e outros sintomas extrapiramidais devem ser tratados com biperideno de 1 mg a 3 mg duas vezes ao dia, podendo associar o propanolol ou o benzodiazepínico, se necessário.

Nos casos de acatisia crônica pode-se usar a clozapina em doses de 20 mg a 200 mg.

O benzodiazepínico e o propanolol também pode ser utilizado no tratamento da acatisia desencadeada pelo uso de antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina. Outra medida que pode ser tomada é a redução da dose de outras medicações potencialmente causadoras da acatisia ([DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

## **Parkinsonismo secundário**

O parkinsonismo induzido por fármacos é uma complicação frequente do uso de neurolépticos, ocorrendo em 15%-60% dos pacientes ([KIRIAKAKIS et al., 1998](#); [DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)). Os sintomas assemelham-se aos da doença de Parkinson, entretanto responde melhor ao tratamento e ajuste medicamentoso.

## **Fatores de risco**

Os fatores de risco identificados são: idade avançada, presença de síndrome demencial, sexo feminino e síndrome de imunodeficiência adquirida ([DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

## **Fisiopatologia**

O parkinsonismo secundário e a doença de Parkinson compartilham características clínicas, tendo sido propostos mecanismos fisiopatológicos semelhantes ([DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)). Enquanto na doença de Parkinson a lesão primária é a perda dos neurônios dopaminérgicos que se projetam da substância nigra para o estriado, no parkinsonismo secundário os fármacos irão bloquear a dopamina D2 no estriado, impedindo a ligação da dopamina endógena ([DAMÁSIO & CARVALHO, 2011](#)).

## **Diagnóstico**

Habitualmente os sintomas têm início entre duas semanas a três meses após introdução ou aumento de dose do fármaco. Clinicamente, os sintomas são semelhantes aos da doença de Parkinson: bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e alteração da marcha de instalação insidiosa. No entanto, sabe-se que no parkinsonismo o tremor é menos frequente, assim como o congelamento da marcha. Habitualmente ocorre envolvimento preferencial dos membros inferiores e não existe assimetria dos sinais clínicos. A valorização de queixas iniciais, como a lentificação de movimentos, é difícil em doentes com patologia psiquiátrica, podendo atrasar o diagnóstico

(DAMÁSIO & CARVALHO, 2011).

## Conduta

No tratamento sintomático utilizam-se medicações com potencial anticolinérgico, tais como amantadina, trihexifenidilo, biperideno e prometazina, por via oral. Também é necessário o ajuste de dose do neuroléptico ou sua troca por outro de menor efeito extrapiramidal, tais como os atípicos. Não existem estudos que suportem o uso de levodopa ou agonistas dopaminérgicos sabendo-se que podem induzir ou agravar os sintomas psicóticos (CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007; DAMÁSIO & CARVALHO, 2011).

Deve-se também considerar o ajuste de dose ou troca de outras medicações que também podem causar parkinsonismo.

---

### Quadro 25.5

#### **Medicações que podem causar parkinsonismo secundário**

---

Psicofármacos (antidepressivos, antipsicóticos, lítio)

Petidina

Antiarrítmicos (amiodarona)

Anti-infecciosos (anfotericina B)

Antiepilepticos (carbamazepina, fenitoína, lamotrigina, valproato de sódio)

Anti-hipertensores (antagonistas dos canais de cálcio, agonistas alfa 2 centrais)

Imunomoduladores (ciclofosfamida, ciclosporina, citarabina)

Modificadores da motilidade gástrica

Dissulfiram

---

## Inibidores da MAO (IMAOs): trancilcipromina

A trancilcipromina é rapidamente absorvida por via oral e atinge pico de concentração plasmática em 2 horas. Sua meia-vida no plasma varia de 1 a 2 horas. Atua inibindo, de maneira irreversível, a monoaminoxidase A (MAO-A), embora também o faça com a MAO-B, levando ao bloqueio da degradação de serotonina, noradrenalina e dopamina (PEREGRINO, 2011).

Seus efeitos adversos mais comuns são: hipotensão ortostática, ganho de peso, insônia e disfunção sexual, sendo a hipotensão o motivo de procura nas emergências e o seu controle consiste em orientar o paciente a evitar cafeína, estimular a ingestão de 2 litros de líquidos por dia, além de dividir a dose diária e ajustar os medicamentos anti-hipertensivos, se houver.

A trancilcipromina pode causar, raramente, crise hipertensiva espontânea, não induzida pela tiramina, logo após a primeira dose, que deve ser motivo de suspensão imediata da medicação. Existe ainda risco de parestesias, mioclonias e dores musculares, ocorrendo pela deficiência da piridoxina (vitamina B6) induzida pelo trancilcipromina. Recomenda-se, nesses casos, suplementação de vitamina B6 em dose de 100 mg/dia.

A retirada da trancilcipromina, quando necessária, deve ser gradual e sua troca deve respeitar o intervalo de 14 dias entre a interrupção dela e o início de outro AD, evitando, assim, precipitar crise hipertensiva e síndrome serotoninérgica (SS), respectivamente ([STAHL, 2014](#); [FINBERG & RABEY, 2016](#); [CORDIOLI et al., 2015](#)).

## Intoxicação por trancilcipromina

Os sinais e sintomas da overdose podem demorar até 12h para surgirem, com pico entre 24-48 horas, manifestando-se com taquicardia, agitação, hipertermia, rigidez muscular, tremor, aumento da pressão arterial (PA), midriase, cefaleia, hipotensão, confusão, náuseas, diaforese, letargia, precordialgia, taquipneia, tontura, crise convulsiva, entre outros ([STAHL, 2014](#); [FINBERG & RABEY, 2016](#)). Os mesmos sintomas ocorrem com a reação de tiramina, que é a

denominação dada à crise hipertensiva causada pelo consumo de alimentos ricos em tiramina nos pacientes em uso de IMAO, que pode levar a hemorragia intracraniana decorrente da crise hipertensiva ([FINBERG & RABEY, 2016](#); [CORDIOLI et al., 2015](#)).

## Conduta

### Intoxicação por IMAO

Indica-se lavagem gástrica e uso de carvão ativado. Recomenda-se período de observação de 24 horas em ambiente hospitalar, lembrando que atenção ambulatorial é necessária por até 2 semanas (tempo necessário para a MAO ser novamente sintetizada). Diurese forçada, acidificação da urina e uso de métodos dialíticos não adicionam benefícios ([CORDIOLI et al., 2015](#)).

### Crise hipertensiva

No tratamento de crise hipertensiva (PA diastólica  $\geq 110$  mmHg) e sem lesão aguda de órgãos-alvo, pode-se recorrer ao captopril 25 mg por via sublingual e monitorar a PA. Pode-se repetir após 20 minutos, se necessário. Nos casos com lesão aguda de órgão-alvo, tratamento em unidade fechada (UTI) com objetivo de baixar a PA na primeira hora se faz necessário. A fentolamina intravenosa (IV) na dose de 0,05-0,1 mg/kg em *bolus* (máximo = 5 mg/dose), que tem início de ação em segundos e duração de ação de 15 a 30 minutos é uma opção. Pode-se administrar a fentolamina em infusão contínua na dose de 1-5 mg (máximo = 15 mg), com início de ação em 1-2 minutos e duração de ação de 3-5 minutos ([CORDIOLI et al., 2015](#)). Nestes casos, o nitroprussiato e a clorpromazina também podem ser úteis ([CORDIOLI et al., 2015](#)).

---

### Quadro 25.6

---

#### Substâncias e alimentos que devem ser evitados durante o tratamento com trancipromina

---

Anti-hipertensivos: metildopa, guanetidina, reserpina

Buspirona

Levodopa

Opioides: meperidina, dextrometorfano, propoxifeno, tramadol, morfina e codeína

Produtos que contém dextrometorfano ou simpatomiméticos.

Antidepressivos: ISRSs, tricíclicos, venlafaxina, duloxetina, sibutramina

Simpatomiméticos: anfetaminas, cocaína, metilfenidato, dopamina, metaraminol, epinefrina, norepinefrina, isoproterenol, efedrina, pseudoefedrina, fenilpropranolamina

L-triptofano

Alimentos

Queijos: todos, exceto: queijo de minas fresco, ricota, muçarela e prato (até 200 g), cottage, cream cheese, pão de queijo (até 4 unidades do tamanho tradicional)

Chope, cerveja preta e cerveja *bock*; (cerveja comum com ou sem álcool até 1.200 mL e vinho até 250 mL é permitido)

Frios e embutidos como salsicha, linguiça, salame, mortadela e presunto

Peixe em conserva (salmoura, escabeche), bacalhau seco ou salgado

Vagem de fava, chucrute

Derivados fermentados de soja: molho de soja, missô; abacate (em quantidade superior a 200 g), framboesa, extrato de levedura

---

Fonte: Adaptado de [Cordioli et al. \(2015\)](#).

## Antidepressivos tricíclicos (ADT)

Os ADT são rapidamente absorvidos pelo trato gastrintestinal, alcançando pico plasmático em 2 a 8 horas ([STAHL, 2014](#)). Contudo, em overdose, a ação antimuscarínica pode atrasar o esvaziamento gástrico e a absorção, prolongando o tempo para a concentração plasmática máxima. Eles são altamente lipofílicos (concentrando-se, principalmente, no miocárdio e em tecidos cerebrais) e ligam-se fortemente às proteínas plasmáticas ([STAHL, 2014](#); [KERR et al., 2001](#)). Eles são metabolizados principalmente no fígado e sua meia-vida varia de 7 a 58 horas, podendo se prolongar na overdose. Eles são eliminados, em grande parte, pelos rins e uma pequena parte pelo sistema biliar. A recirculação enterro-hepática pode atrasar a eliminação final deles, prolongando a absorção e aumentando o potencial de toxicidade em uma overdose ([STAHL, 2014](#); [CORDIOLI et al., 2015](#); [KERR et al., 2001](#)).

Os mecanismos de ação dessa classe de substâncias são variados:

1. Inibição da recaptação de noradrenalina e serotonina.
2. Bloqueio dos canais rápidos de sódio cardíacos e cerebrais.
3. Antagonismo dos receptores de acetilcolina muscarínico central e periférico.
4. Antagonismo dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos periféricos.
5. Antagonismo dos receptores de histamina (H1).
6. Antagonismo dos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA) no sistema nervoso central (SNC) ([STAHL, 2014](#)).

O bloqueio desses sistemas pode provocar vários efeitos indesejáveis, sendo potencialmente graves quando em overdose, dentre eles:

1. anticolinérgicos: boca seca, visão turva, aumento da pressão intraocular, retenção urinária, taquicardia, constipação intestinal, ganho ponderal, disfunção sexual e cognitiva, *delirium*;

2.  $\alpha_1$ -adrenérgicos: hipotensão postural, taquicardia reflexa, tontura, disfunção erétil e da ejaculação, tremores;
3. histaminérgicos: sonolência, sedação, ganho de peso, hipotensão, fadiga, tontura, náusea;
4. serotonérgicos: alterações do sono, irritabilidade, fadiga, tontura, hipotensão, disfunções sexuais;
5. bloqueio dos canais de sódio: arritmias graves, parada cardíaca, convulsões; e
6. gabaérgico: convulsões ([STAHL, 2014](#)).

A **cardiototoxicidade** é o efeito mais sério da intoxicação por tricíclicos, sendo o prolongamento do intervalo QRS, a manifestação eletrocardiográfica mais proeminente ([CORDIOLI et al., 2015](#)). Pode haver ainda prolongamento dos intervalos PR e QT, bloqueio do sistema His-Purkinje e atraso na condução intraventricular.

Essas anormalidades na condução cardíaca, provocadas pela inibição dos canais rápidos de sódio, podem contribuir para hipotensão refratária e arritmias ventriculares, principais mecanismos de morte na overdose ([KERR et al., 2001](#); [SALHANICK, 2017](#)).

Os sinais de intoxicação incluem sedação, coma, convulsões, taquicardia, hipotensão, anormalidades da condução, midriase, boca seca, ausência de ruídos hidroaéreos, retenção urinária. As mudanças eletrocardiográficas na intoxicação grave podem se manifestar com: QRS > 100 msec; deflexão para a direita no final do complexo QRS; onda S profunda nas derivações DI e AVL; onda R alta em AVR; onda R em AVR / 3 mm; razão R/S: 0.7 ([SALHANICK, 2017](#)).

## Conduita

- Administrar carvão ativado se tiver menos de 2 horas da ingestão (evitar na suspeita de íleo ou obstrução).
- Nível sérico de tricíclico não ajuda a guiar a terapêutica.
- Diurese forçada, diálise, hemoperfusão não são indicadas no manejo da intoxicação.
- Manejar vias aéreas, intubar, se necessário; oxigênio

suplementar.

**Hipotensão:** tratar com cristaloides EV. Se hipotenso, a despeito da ressuscitação volêmica agressiva, considerar aminas vasopressoras com agonismo alfa-adrenérgico (noradrenalina).

**Distúrbios de condução:** se QRS > 100 mseg, administrar bicarbonato de sódio (2 a 3 meq/kg EV em *bolus*) e avaliar estreitamento do QRS. Se houver normalização do QRS, iniciar infusão contínua (132 meq de bicarbonato de sódio em 1 L de glicose a 5% para correr 250 mL/h em adultos).

**Convulsões:** tratar com benzodiazepínico (BZD). NÃO USAR FENITOÍNA.

## **Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)**

Os ISRS são moléculas pequenas, lipofílicas, que atravessam facilmente as barreiras biológicas. Possuem mecanismo de ação semelhante, mas diferem entre si do ponto de vista estrutural, farmacocinético e farmacodinâmico. Essas diferenças, por sua vez, podem interferir na eficácia, na incidência de efeitos adversos e no potencial de interações medicamentosas (STAHL, 2014; CORDIOLI et al., 2015; MIRANDA-SCIPA et al., 2011). O mecanismo de ação dos ISRS consiste em inibir a bomba de recaptação de serotonina no neurônio pré-sináptico, impedindo a sua entrada, levando ao aumento da concentração dela na fenda sináptica. Além disso, dessensibiliza os autorreceptores 5-HT1A, desinibindo o fluxo dos impulsos neuronais e os receptores pós-sinápticos. Assim, inibem transitoriamente a descarga neuronal na rafe dorsal, diminuem a função dos autorreceptores terminais e aumentam a transmissão serotoninérgica no hipocampo (MIRANDA-SCIPA et al., 2011). Apesar de serem consideradas drogas seguras, sua metabolização hepática pelas enzimas do citocromo CYP 450 representa potencial para interações medicamentosas (CORDIOLI et al., 2015).

Os ISRS podem causar no sistema digestório: diminuição do apetite, náuseas, alteração da motilidade intestinal e vômitos. A náusea é um sintoma muito comum, ocorrendo em 15%-35% dos casos; sendo em geral transitória e dose dependente. No SNC, podem provocar agitação, ansiedade, tremor, insônia, cefaleia e outros. A duração desses efeitos pode se modificar com a dose e/ou duração da exposição, doses elevadas associam-se a mais efeitos adversos e ativação do SNC. Sintomas extrapiramidais (SEPs) também são descritos, tais como acatisia, distonia, discinesia, parkinsonismo e bruxismo (CORDIOLI et al., 2015; MIRANDA-SCIPA et al., 2011).

Outro efeito menos frequente, mas que pode levar a situação de emergência é a síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH), que leva a hiponatremia, cujos sintomas se caracterizam por anorexia, apatia, cefaleia, fadiga e fraqueza muscular

(VIRAMONTES et al., 2016).

A **hiponatremia** ocorre mais comumente em idosos e está mais associada ao uso de ISRS do que aos demais AD (VIRAMONTES et al., 2016). Os estudos mostram que ela se desenvolve nas primeiras semanas de tratamento e se resolve semanas logo após a interrupção do medicamento (VIRAMONTES et al., 2016). A interação medicamentosa pode aumentar o risco de hiponatremia, podendo a combinação entre ISRS + diuréticos + inibidores da enzima conversora da angiotensina aumentar o risco em mais de 10 vezes, comparado com a monoterapia com ISRS (VIRAMONTES et al., 2016).

## Síndrome serotoninérgica (SS)

A SS é definida como um excesso de atividade serotoninérgica no SNC e periférico, devido a superestimulação dos receptores pós-sinápticos 5HT1A e 5HT2 ([ABLES & NAGUBILLI, 2010](#); [KATUS & FRUCHT, 2016](#)). A maioria dos casos é iatrogênica, devido ao uso de medicações de efeitos sinérgicos na inibição da recaptação de serotonina, porém casos de autoenvenenamento também são relatados. Os mecanismos mais implicados são:

1. uso de precursores serotoninérgicos ou agonistas (buspirona, L-dopa, L-triptofano, trazodona);
2. aumento da liberação da serotonina (anfetaminas, cocaína, ecstasy, fenfluramina, reserpina);
3. redução da recaptação da serotonina (ISRS, ADT, trazodona, venlafaxina, duloxetina, meperidina); e
4. diminuição do metabolismo da serotonina (IMAO, isocarboxazida, meperidina) ([ABLES & NAGUBILLI, 2010](#); [KATUS & FRUCHT, 2016](#)).

O diagnóstico é clínico e depende da identificação de instabilidade autonômica, sinais neuromusculares e mudança cognitivo-comportamental na presença do uso de medicação serotoninérgica. Sua apresentação é variável, podendo ser facilmente confundida com uma doença neurológica ou uma piora do quadro psiquiátrico ([ABLES & NAGUBILLI, 2010](#); [KATUS & FRUCHT, 2016](#)).

O diagnóstico pode ser feito pelos critérios de toxicidade serotoninérgica de Hunter, o qual requer a presença de:

1. clônu espontâneo;
2. clônu induzido com agitação e diaforese;
3. clônu ocular com agitação ou diaforese;
4. tremor e hiperrreflexia;
5. hipertonia; e
6. temperatura acima de 38°C e clônu ocular espontâneo ou

induzido (KATUS & FRUCHT, 2016).

Outros sintomas que embora não sejam necessários para o diagnóstico costumam estar presentes: trismo, parestesia, incoordenação, espasmos e diarreia (ABLES & NAGUBILLI, 2010). Não existe nenhum exame laboratorial específico para SS, porém, podem ser encontradas: leucocitose, aumento de CPK, elevação de transaminases e diminuição do nível de bicarbonato (MIRANDA-SCIPA et al., 2011; ABLES & NAGUBILLI, 2010; KATUS & FRUCHT, 2016). A SS deve ser pensada quando houver aumento recente na dose dos AD ou adição de outras drogas com potencial de interação. Além disso, deve-se afastar quadros de infecção, sepse, distúrbios metabólicos, abstinência de drogas, síndromes anticolinérgicas e síndrome neuroléptica maligna (MIRANDA-SCIPA et al., 2011; KATUS & FRUCHT, 2016). A maioria dos casos de SS é leve e deve ser tratada com a retirada do agente causador e medidas gerais de suporte. Os BZD podem ser usados para tratar a agitação e o tremor. A ciprozeptadina, um antagonista H1 com propriedades antagonistas 5-HT1A e 5-HT2A, pode ser usada como antídoto na dose inicial de 12 mg, via oral (KATUS & FRUCHT, 2016). Quadros moderados ou graves merecem hospitalização, necessitando de sedação, paralisia neuromuscular e intubação (KATUS & FRUCHT, 2016).

Muitos casos de SS resolvem-se após 24 horas do início da terapia e da descontinuação dos agentes serotonérgicos, porém os sintomas podem persistir em pacientes que fazem uso de drogas com meia-vida longa, metabólitos ativos ou de ação prolongada. Antipsicóticos com antagonismo 5HT2A podem trazer benefícios ao tratamento. A olanzapina e a clorpromazina têm sido usadas com sucesso, mas suas eficárias não foram rigorosamente comprovadas (ABLES & NAGUBILLI, 2010; KATUS & FRUCHT, 2016).

## Intoxicação aguda por ISRS

As overdose de AD estão entre as ocorrências mais comuns dos centros de intoxicações. Em parte, pela alta prevalência de prescrições, mas também por causa de sua utilização pelos doentes com alto risco de suicídio ([MOUSSAVI et al., 2007](#)). Os sintomas observados são em sua maioria leves, comparados com outras classes de AD como os tricíclicos e a venlafaxina. A intoxicação dificilmente leva ao coma, ou a necessidade de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI). Geralmente, envolvem o SNC, provocando alterações do nível de consciência. Porém, convulsões e anormalidades eletrofisiológicas da condução cardíaca (geralmente prolongamento do intervalo QTc) podem ocorrer, principalmente após intoxicações com o citalopram que podem ser mais graves ([NELSON et al., 2007](#)). O risco maior com qualquer intoxicação por ISRS é o desenvolvimento da SS como descrito anteriormente. Ela pode aparecer de modo gradual, após horas da intoxicação, ou de modo abrupto geralmente após overdose de ISRS único ou uso concomitante de vários agentes serotonérgicos ([NELSON et al., 2007; KELLY et al., 2004](#)). As overdose moderadas (até 30 vezes a dose diária comum) estão associadas aos sintomas leves, enquanto a ingestão de quantidades maiores resultam em sonolência, tremores, náuseas e vômitos. Em doses muito elevadas (>75 vezes a dose diária comum), podem ocorrer convulsões, alterações no eletrocardiograma e diminuição da consciência. A associação entre altas doses de ISRS com álcool ou outras drogas aumentam a toxicidade, e quase todos os óbitos devido a intoxicações por ISRS envolvem a coingestão com outras substâncias ([NELSON et al., 2007](#)).

## Síndrome de descontinuação

A retirada abrupta de ISRS pode ocasionar sintomas característicos, que incluem sintomas distintos de recaída ou recorrência da depressão. Dentre eles:

- 1) distúrbios gastrintestinais ou mal-estar geral (náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, anorexia, calafrios, fraqueza, cansaço, mialgias e cefaleias) com ou sem ansiedade e agitação concomitantes;
- 2) dificuldades para conciliar o sono (insônia inicial ou intermediária) frequentemente acompanhadas por sonhos vívidos ou pesadelos;
- 3) movimentos anormais (acatisia, parkinsonismo), provavelmente os sintomas menos frequentes;
- 4) ativação do comportamento com hipomania ou mania paradoxal, ataques de pânico e delírios; e
- 5) arritmias cardíacas ([HIRSCH & BIRBAUM, 2017](#)).

A gravidade da SD não é a mesma para todos os ISRS, ela varia conforme a meia-vida da medicação, sendo que quanto menor a meia-vida mais rápida será a eliminação da droga e mais comuns serão as reações da SD. De fato, maior risco com a paroxetina e a fluvoxamina, enquanto a fluoxetina é a que menos desencadeia esses sintomas.

Os mecanismos propostos para a SD são: rebote colinérgico, diminuição da concentração de serotonina na fenda sináptica ou uma associação de ambos os efeitos ([HARVEY & SLABBERT, 2014](#)). Em geral, esses sintomas são leves ou moderados e transitórios, requerendo apenas alertar o paciente sobre essa possibilidade ([HIRSCH & BIRBAUM, 2017](#)). Não há fator de risco adicional em relação à idade, ao sexo e ao diagnóstico; porém é mais frequente com o uso de doses altas. Quanto maior o período do uso da medicação maior é a incidência ou a gravidade da SD.

O início dos sintomas ocorre geralmente após 1-3 dias da retirada da medicação e não mais que uma semana. A exceção seria a

fluoxetina, podendo aparecer mais tarde, devido a maior meia-vida, surgindo, em alguns casos, após 4 semanas. O menor período de tratamento relatado antes de uma SD é de 5 semanas. A venlafaxina (um AD dual) possui uma meia-vida de 13 horas, podendo provocar SD mais grave quando interrompida de forma abrupta. Os sintomas da SD são similares aos descritos com os ISRS, por isso a suspensão deve ser de forma lenta ([HARVEY & SLABBERT, 2014](#)).

O tratamento na maioria dos casos não é necessário, pois os sintomas são leves e se resolvem espontaneamente em uma semana. Nos casos moderados, no qual o tratamento com o ISRS não é mais indicado, o tratamento da SD é apenas sintomático. Em casos graves, os sintomas podem ser reduzidos com a reintrodução da medicação, seguida pela diminuição gradual da dose por um longo período. Em alguns casos, quando a redução gradual não é eficiente devido ao ressurgimento de sintomas, é recomendada a troca por um ISRS com meia vida longa, como a fluoxetina seguida de redução gradual da mesma ([HARVEY & SLABBERT, 2014](#)).

## **Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN)**

Os IRSN também chamados duais são representados pela venlafaxina e seu metabólito ativo, a desvenlafaxina e a duloxetina. São potentes inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina, e no caso da venlafaxina em doses altas possuem uma fraca inibição da recaptação da dopamina. Diferente dos ADT, não têm interação com receptores muscarínicos, histaminérgicos, adrenérgicos e não inibemativamente a MAO. As reações adversas mais comuns da venlafaxina são: taquicardia, aumento da PA em doses acima de 300 mg/dia, boca seca, cefaleia e tonturas. O uso da apresentação de liberação prolongada diminui a incidência de náuseas. A superdosagem com a venlafaxina tem mostrado alta incidência de taquicardia, arritmias cardíacas, aumento da PA, convulsões e SS ([SCHATZBERG & NEMEROFF, 2009](#)).

A duloxetina inibe a noradrenalina e a serotonina em graus comparáveis. Possui boa absorção por via oral, alto grau de ligação às proteínas plasmáticas e farmacocinética linear. Os efeitos adversos mais comuns são: náuseas, sonolência, cefaleia, boca seca e retenção urinária. Tem meia-vida de 12 horas, podendo causar SD semelhante aos ISRS. A maioria dos casos relatados de superdosagem pela duloxetina é combinado com outras medicações ([HIGA et al., 2013](#)).

## **Manejo geral da intoxicação por AD**

Deve-se coletar uma história detalhada, na tentativa de identificar a quantidade ingerida, e se houve coingestão com outras substâncias. Além da realização de um exame físico detalhado e da tomada de medidas sintomáticas e de suporte quando forem necessárias.

1. Prevenção da absorção (descontaminação): deve ser realizada, quando possível, simultaneamente às medidas de estabilização inicial. A ausência de sinais e sintomas clínicos não exclui a necessidade da descontaminação, já que a absorção e a toxicidade dos AD podem ser retardadas. A lavagem gástrica deve ser indicada quando o tempo de ingestão for menor que 1 hora e não haja risco de hemorragia ou perfuração do trato gastrointestinal.
2. Medir frequência cardíaca e respiratória, PA, saturação arterial de oxigênio, nível de consciência (Glasgow), glicemia capilar e temperatura.
3. Suporte de vida: buscar permeabilidade das vias aéreas, manter a circulação, garantindo a perfusão de órgãos nobres e o “status mental”. O manuseio das vias aéreas deve objetivar a correção da hipoxemia e acidose respiratória, que podem piorar a toxicidade dos AD, e proteger contra a aspiração pulmonar. Deve-se fornecer oxigênio e manter saturação acima de 92%.
4. Pedir hemograma, glicemia, eletrólitos, função hepática e renal, sumário de urina, gasometria e eletrocardiograma.
5. Intubação orotraqueal e ventilação mecânica devem ser consideradas em pacientes com consciência rebaixada (Glasgow menor que 8) e incapazes de proteger as vias aéreas.
6. Agitados, taquicárdicos e hipertensos tratar inicialmente com BZD. O diazepam é comumente encontrado nos serviços de emergência e deve ser prescrito na dose de 10 mg, preferencialmente, por via oral, podendo fazer doses sucessivas (1/1 hora) até o paciente ficar calmo, contudo, vígil.

Ele pode ser administrado por via endovenosa (EV), sem diluição e administração lenta (4 minutos). Não aplicar diazepam por via intramuscular (IM), por conta da absorção errática.

7. O nitroprussiato de sódio é a medicação de segunda escolha nas emergências hipertensivas secundárias às intoxicações que não respondem ao diazepam. A fentolamina (5 a 10 mg EV) é especialmente útil na crise hipertensiva por ingestão de alimentos com tiramina quando há uso concomitante de IMAO.
8. Hipotensão (PA menor que 90/60 mmHg) deve ser tratada de forma rápida e agressiva com cristaloides (20 mL/kg/h de SF 0,9%) por dois acessos calibrosos. Caso persista, iniciar aminas pressorais de ação direta (noradrenalina ou adrenalina).
9. Os pacientes que cursam com rebaixamento do nível de consciência devem realizar glicemia capilar, estando abaixo de 60 mg/dL, a hipoglicemia deve ser corrigida com 60 a 100 mL de glicose a 50% em *bolus*. Lembrar que, os pacientes desnutridos e alcoolistas devem receber 100 mg de tiamina (vitamina B1) EV ou IM antes da administração da glicose para evitar precipitação da encefalopatia de Wernicke.
10. As convulsões induzidas por overdose de AD devem ser tratadas com diazepam 10 a 20 mg EV, podendo repetir várias vezes a dose. Convulsões recidivantes devem ser tratadas com fenobarbital 10 a 20 mg/kg EV e/ou fenitoína 15 a 20 mg/kg EV. Evitar fenitoína nas convulsões secundárias à intoxicação por ADT, pela eficácia limitada e pelo efeito pró-arrítmico.
11. Hipertermia não costuma responder a antipiréticos, podendo ser tratada por resfriamento externo passivo e, na falha deste, realizando o bloqueio neuromuscular com agentes não despolarizantes.

## Intoxicação por lítio

### Aspectos gerais

O lítio (Li) é um íon monovalente, foi descoberto em 1817, pertence ao grupo dos metais alcalinos (grupo 1A da tabela periódica) assim como sódio, potássio, rubídio e césio. Sua estrutura é similar ao do sódio e potássio, mas possui um raio menor 0,60 Å contra 0,95 Å do sódio e 1,33 Å do potássio o que lhe permite efetividade em vários processos celulares ([OKUSA & CRYSTAL, 1994](#)).

Na Austrália, em 1949, o psiquiatra John F. j. Cade testou em porcos vários componentes da urina tentando identificar qual substância tóxica seria responsável pelo quadro de mania e notou que o urato de lítio os acalmava. Posteriormente Cade testou em 10 pacientes com mania conseguindo uma melhora significativa em todos ([CADE, 1949](#)).

O lítio administrado via oral é completamente absorvido pelo trato gastrointestinal atingindo picos plasmáticos em 1 a 1,5 horas para as preparações padrão e 4 a 4,5 horas para as de liberação controlada. O lítio não se liga às proteínas plasmáticas e não se distribui uniformemente por toda água do organismo. Atravessa a barreira hematoencefálica de forma lenta, fato que explica porque superdosagens agudas com concentração acima de 4 meq/l muitas vezes não representam um problema importante, enquanto nas intoxicações de longo prazo o quadro clínico tende a ser mais grave e leva mais tempo para remitir, necessitando de maiores cuidados do que seu nível sérico possa sugerir. Sua meia-vida varia de 18 horas em adultos jovens até 36 horas em pacientes idosos. O lítio não é metabolizado e sua excreção é feita quase que inteiramente através dos rins, sendo eliminado também no leite materno e minimamente nas fezes e transpiração.

O tratamento com o lítio é controlado através do nível sérico. E deve estar entre 0,6 e 1,0 meq/l, segundo alguns autores, enquanto outros sugerem entre 0,6 a 1,2meq/l. Acima de 1,2mEq/l seus níveis podem se tornar tóxicos ([YOUNG, 2009](#)). A intoxicação por lítio é uma emergência médica, pois pode levar a dano cerebral permanente e até

mesmo à morte. A manifestação clínica é a base para o tratamento da intoxicação.

## Diagnóstico

O diagnóstico da intoxicação por lítio é feito através da história do uso da medicação e da avaliação de outros fatores como: superdosagem, interação medicamentosa (diuréticos tiazídicos, anti-inflamatórios não esteroides como diclofenaco), desidratação, diminuição da excreção decorrente de comprometimento renal e dieta pobre em sódio. O nível sérico é importante no diagnóstico e avaliação da gravidade do quadro. Quanto maior a concentração e quanto maior a duração, pior serão os sintomas da intoxicação. No quadro clínico, sinais e sintomas iniciais incluem os neurológicos como tremor significativo, ataxia e disartria, sintomas gastrointestinais, disfunção renal e alterações cardiovasculares. Sinais mais tardios incluem alteração do nível de consciência (*delirium*), convulsões e coma.

---

### Quadro 25.7

#### Sinais e sintomas de toxicidade pelo lítio

---

Intoxicação leve a moderada (nível do lítio = 1,5 a 2 mEq/l)

- Gastrointestinais: vômitos, dor abdominal, boca seca
- Neurológicos: ataxia, tonturas, fala arrastada, nistagmo, letargia ou excitação, fraqueza muscular

Intoxicação moderada a grave (nível do lítio = 2 a 2,5 mEq/l)

- Gastrointestinais: anorexia, náuseas, vômitos persistentes
- Neurológicos: visão turva, fasciculações musculares, movimentos clônicos dos membros, reflexos tendíneos profundos hiperativos, movimentos corioatetoides, convulsões, *delirium*, sícope, alterações eletroencefalográficas, estupor, coma
- Cardiovasculares: insuficiência circulatória (baixa de pressão arterial, arritmias cardíacas e anormalidades de condução)

Intoxicação grave (nível do lítio > 2,5 mEq/l)

- Convulsões generalizadas

- Oligúria e insuficiência renal
  - Morte
- 

## Fatores de risco

Há fatores que aumentam o risco de o paciente vir a apresentar um quadro de intoxicação por lítio, como a ingestão excessiva de lítio (accidental ou intencional). Outros fatores influenciam a diminuição da excreção do lítio como, a insuficiência renal, diminuição da ingestão de sódio (o sódio promove o *clearance* do lítio) e a idade do paciente.

Os idosos são mais sensíveis ao aumento da concentração do lítio cuja meia-vida é maior nesses pacientes. As interações medicamentosas podem diminuir a excreção do lítio. Os diuréticos tiazídicos diminuem a eliminação do lítio aumentando de forma importante as concentrações séricas. Anti-inflamatórios não hormonais como o piroxicam e diclofenaco reduzem a excreção renal do lítio e podem, em certas situações clínicas, como insuficiência cardíaca congestiva e desidratação, contribuir para a instalação do quadro de intoxicação. A aspirina pode ser usada, pois não altera a eliminação do lítio. Outro fator importantíssimo é a desidratação que deve ser corrigida rapidamente ([SEVERUS & BAUER, 2013](#); [HAUSSMANN et al., 2015](#)).

## Conduta ([CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#); [HAUSSMANN et al., 2015](#))

1. Avaliação clínica e neurológica e exames laboratoriais de lítio, eletrólitos, ureia, creatinina, hemograma completo, ECG.
2. Interrupção do lítio.
3. Proteção das vias aéreas se nível de consciência se apresenta severamente prejudicada.
4. Tratamento da desidratação.
5. Nos casos de ingestão excessiva retirar o lítio não absorvido através de lavagem gástrica e irrigação do intestino com solução de polietileno glicol (Golytely) ou através de ingestão oral de sulfato de poliestireno (kayexalate). O carvão ativado

não é efetivo nesse quadro.

6. Remoção do lítio ([CORDEIRO & BALDAÇARA, 2007](#); [HAUSSMANN et al., 2015](#)).
- 

## Quadro 25.8

### Remoção do lítio

Nível sérico  $> 4$  mEq/l (intoxicação grave)

Todos os pacientes necessitam de hemodiálise.

Nível sérico  $> 2,5$  mEq/l (intoxicação de moderada a grave)

Pacientes instáveis e com sinais neurológicos severos (convulsões, estupor, coma), insuficiência renal, contraindicação para hidratação agressiva (como insuficiência cardíaca) irão necessitar de hemodiálise.

Nível sérico  $< 2,5$  mEq/l (intoxicação de leve a moderada)

Tratamento com diurese forçada com solução salina isotônica deve ser recomendada para os pacientes com sinais iniciais de intoxicação, função renal normal, e que têm apenas poucos dias de nível de lítio elevado. Monitorar eletrólitos para evitar hipernatremia. Iniciar hemodiálise se concentração sérica não for de 1 mmol/L em 30 horas.

---

**Observação:** O nível sérico do lítio pode aumentar após as sessões de hemodiálise, pois o lítio é redistribuído dos tecidos para o sangue. A hemodiálise deve ser repetida a cada 6 ou 10 horas até que os sinais neurológicos desapareçam. Monitorar laboratorialmente o paciente com litemia e eletrólitos seriados.

### Questões para estudo

- Qual a conduta na Síndrome Neuroléptica Maligna?
- Qual a conduta na Síndrome Serotoninérgica?
- Qual a conduta na Intoxicação por Lítio?

## Referências

- Ables AZ, Nagubilli R. Prevention, recognition, and management of serotonin syndrome. *American Family Physician*. 2010;81(9):1139–1142.
- Berman BD. Neuroleptic malignant syndrome: a review for neurohospitalists. *The Neurohospitalist*. 2011;1(1):41–47.
- Cade, J. (1949) Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *The Medical Journal of Australia*, Sep:349-342.
- Camargos, S., Cardoso, F. (2016) Understanding dystonia: diagnostic issues and how to overcome them. São Paulo: Arq. Neuro-Psiquiatr, v. 74, n.11.
- Carof SN, Mann SC, Keck Jr PE. Specific treatment of the neuroleptic malignant syndrome. *Biol Psychiatry*. 1998;44:378.
- Cordeiro DC, Baldaçara L. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007.
- Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Damásio J, Carvalho S. Drug induced movement disorders: role of antipsychotic drugs. *Acta Med Port, Suppl*. 2011;4:915–922.
- Delay J, Pichot P, Lemperiere T. Un neuroleptique majeur non phenothiazine et non reserpinique l'haloperidol dans le traitement des psychoses. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1960;118:145–152.
- Finberg JPM, Rabey JM. Inhibitors of MAO-A and MAO-B in psychiatry and neurology. *Frontiers in Pharmacology*. 2016;7:340.
- Harvey BH, Slabbert FN. New insights on the antidepressant discontinuation syndrome. *Human Psychopharmacology: Clinical and experimental*. 2014;29(6):503–516.
- Haussmann R, Bauer M, von Bonin S, Grof P, Lewitzka U. Treatment of lithium intoxication: facing the need for evidence. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2015;3:23: doi:10.1186/s40345-015-0040-2.
- Higa, E.M.S. et al. (2013) Intoxicações agudas. In: Higa, E.M.S. et al. Guia de medicina de urgência. Barueri: Manole.
- Hirsch, M., Birbaum, R.J. (2017) Discontinuing antidepressant medications in adults. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/discontinuing-antidepressant-medications-in-adults>. Acesso em 07 abril 2017.
- Katus LE, Frucht SJ. Management of serotonin syndrome and neuroleptic malignant syndrome. *Current Treatment Options in Neurology*. 2016;8(9):39.
- Kelly CA, Dhaun N, Laing WJ, Strachan FE, Good AM, Bateman DN.

- Comparative toxicity of citalopram and the newer antidepressants after overdose. *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology*. 2004;42(1):67–71.
- Kerr GW, McGuffie AC, Wilkie S. Tricyclic antidepressant overdose: a review. *Emerg Med J*. 2001;18:236–241.
- Kiriakakis V, Bhatia KP, Quinn NP, Marsden CD. The natural history of tardive dystonia. A long-term follow-up study of 107 cases. *Brain*. 1998;121(Pt 11):2053–2066.
- Miranda-scipa, A.M.A., Nery, F.F., Calil, H.M. (2011) Inibidores seletivos de recaptação de serotonina. In: Sena, E.P. et al. Irismar: psicofarmacologia clínica. Rio de Janeiro: MedBook, cap. 21, p. 183-191.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851–858.
- Nelson LS, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor poisoning: An evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clin Toxicol Phila*. 2007;45(4):315–332.
- Okusa MD, Crystal LJT. *The American J Med*. 1994;97:383–389.
- Peregrino, A. et al. (2011) Antidepressivos heterocíclicos e inibidores da monoaminoxidase. In: Sena, E.P. et al. Irismar: psicofarmacologia clínica. Rio de Janeiro: MedBook, cap. 20, p. 171-182.
- Pope, H.G. Jr., Aizley, H.G., Keck Jr., P.E. McElroy, S.L. (1991) Neuroleptic malignant syndrome: Long Term follow up of 20 cases. *J Clin Psychiatry*, 52:208.
- Salhanick, S.D. (2017) Tricyclic antidepressant poisoning. Up To Date. 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/tricyclic-antidepressant-poisoning>. Acesso em 07 abril 2017.
- Schatzberg AF, Nemeroff CB. *The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology*. American Psychiatric Pub; 2009.
- Severus E, Bauer M. Managing the risk of lithium-induced nephropathy in the long term treatment of patients with recurrent affective disorders. *BMC Med*. 2013;11:34: doi:10.1186/1741-7015-11-34.
- Stahl SM. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
- Su YP, Chang CK, Hayes RD, Harrison S, Lee W, Broadbent M, Taylor D, Stewart R. Retrospective chart review on exposure to psychotropic medications associated with neuroleptic malignant syndrome. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130:52–60.
- Susman VL. Clinical management of neuroleptic malignant syndrome.

- Psychiatr Q.* 2001;72(4):325–336.
- Tse L, Barr AM, Scarapicchia V, Vila-Rodriguez F. Neuroleptic malignant syndrome: a review from a clinically oriented perspective. *Current Neuropharmacology*. 2015;13:395–406.
- Viramontes TS, Truong H, Linnebur SA. Antidepressant-induced hyponatremia in older adults. *The Consultant Pharmacist*. 2016;31(3):139–150.
- Young W. Review of lithium effects on brain and blood. *Cell Transpl.* 2009;18(9):951–975: doi:10.3727/096368909X471251.

---

## CAPÍTULO 26

# **Atuação da equipe de enfermagem frente às emergências psiquiátricas**

---

*José Gilberto Prates*

*Heloísa Garcia Claro*

*Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira*

## **Pontos principais**

---

- Dados epidemiológicos
  - São apresentados dados estatísticos acerca das condições predominantemente encontradas nos serviços de urgência e emergência em saúde mental.
- Conceito
  - Apresentação de conceitos importantes da urgência e emergência em saúde mental.
- Vulnerabilidades e fatores de risco ao cuidado de enfermagem
  - São apresentados problemas comumente encontrados pela equipe de enfermagem em serviços de urgência e emergência em saúde mental.
- Cuidados de enfermagem

- Nesta seção são apresentados os principais quadros observados nos serviços de urgência e emergência e os cuidados para manejo dos usuários e suas necessidades.
  - Processo de enfermagem para o cuidado em emergências de saúde mental
    - Nesta seção encontram-se listados os pressupostos do processo de enfermagem e as fases do cuidado sistematizado de enfermagem para aplicação nas situações de urgência e emergência em saúde mental.
-

## Introdução

Os transtornos mentais mais comumente encontrados em serviços de emergências e urgências em saúde mental são: transtornos psicóticos, transtornos de ansiedade, transtorno do abuso e dependência de substâncias, depressão e tentativa ou ideação suicida. Os números de visitas a esses serviços têm crescido de forma progressiva ao longo das últimas décadas por causas relacionadas com a saúde mental ([LARKIN et al., 2009](#))

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é um fenômeno global que acontece de forma epidêmica em todas as regiões do mundo. Suicídios em países de baixa e média renda como o Brasil, em 2012, representaram 75% da carga mundial de mortes por essa causa. Nesse mesmo ano, o suicídio representou 1,4% de todas as mortes mundialmente, o que fez desse problema a 15<sup>a</sup> causa de morte.

Intervenções eficazes e baseadas em evidências devem ser implementadas em serviços de atenção a essa população, como serviços de urgência e emergência. Além disso, estima-se que para cada adulto que morreu de suicídio, podem ter havido mais de 20 tentativas de suicídio ([WHO, 2014](#)).

Globalmente, o uso nocivo de álcool causa cerca de 3,3 milhões de mortes a cada ano (ou 5,9% de todos os óbitos) e 5,1% da carga global de doenças foram atribuídas ao consumo de álcool, o que está diretamente associado à incidência de visitas a serviços de urgência e emergência. O consumo de álcool causa mais de 200 condições de saúde, desde mortes por acidentes de trânsito, acidentes domésticos e situações de violência até incidência de doenças infecciosas como tuberculose, HIV/AIDS e pneumonia ([WHO, 2014](#)).

A agitação psicomotora correspondeu a 52% dos atendimentos em situações de emergências em saúde mental, segundo estudo norte-americano. Em estudo que avaliou prontuários de pacientes em nove serviços de saúde nos Estados Unidos comprovou-se que desses atendimentos, quase metade dos indivíduos precisou receber alguma medicação como tentativa de diminuição de sintomas de agitação.

Além disso, 45% dos pacientes atendidos com esse quadro precisaram de internação após o primeiro atendimento e 6% precisou de contenção física, ideação de autoagressão estava presente em 55%, enquanto a ideação de outros danos estava presente em 82 ([BOUDREAUX et al., 2009](#); [SAN et al., 2016](#)).

## **Conceito**

Emergências psiquiátricas caracterizam-se por situações comuns em que indivíduos com transtornos de ordem mental tenham momentos de crise, ou como comumente encontrado na literatura, momentos de agudização de seus sintomas (MORASKI & HILDEBRANDT, 2005). Encontra-se na literatura nacional que há dificuldade por parte dos profissionais em atender ao usuário em situação de emergência em saúde mental, não possuindo o conhecimento desejável para cuidar dos mesmos (KONDO et al., 2011). Portanto, há uma grande necessidade de atualização e educação permanente para a construção de serviços que possam dar conta da atenção ao paciente em crise. Esses serviços devem ainda garantir o funcionamento de uma rede de atendimento, que permita o diálogo e articulação entre os mesmos, de modo que o mais importante seja preservado: uma atenção humanizada aos usuários, em quaisquer necessidades de Saúde Mental (MORASKI & HILDEBRANDT, 2005). Emergências em saúde mental são quadros comuns e graves para os usuários de serviços de saúde. Apesar dos perigos inerentes a essa situação, há pouca pesquisa para orientar o processo de cuidado nessa área (ALLEN et al., 2001). A agitação psicomotora, por exemplo, não é um quadro adequadamente operacionalizado, de modo que os critérios que definem uma emergência comportamental são vagos (ALLEN et al., 2001).

## **Importância do estudo e desenvolvimento na área de emergências em saúde mental**

O cuidado fora do ambiente hospitalar, em saúde mental, decorrente da reforma psiquiátrica, resultou em aumento de indivíduos sujeitos a situações de emergências psiquiátricas na comunidade, o que indica a importância de serviços que supram essa demanda. Serviços de emergência em saúde mental servem de ponte entre os serviços especializados e a comunidade, sendo responsáveis, em grande número de atendimentos, pelo primeiro contato do indivíduo com cuidado em saúde mental ([SANTOS, 2001](#)).

Percebe-se ainda que, com a transferência da prestação da assistência em saúde mental do hospital psiquiátrico para o território ao qual pertence o sujeito, a integração dos serviços de saúde entre si e entre os equipamentos sociais da comunidade em que se inserem torna-se imperativa. Todavia, esse passo pode não estar sendo dado, o que pode provocar insuficiências na assistência. A partir deste quadro, a verificação e avaliação de possíveis falhas são necessárias ([DIAS, 2008; TRALDI, 2006](#)).

Um aumento e melhora na agenda relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento em saúde mental é necessário para atender à necessidade de melhor educação, rastreio, vigilância e intervenções em serviços de emergência para problemas de saúde mental ([LARKIN et al., 2009](#)).

Uma característica do uso abusivo de substâncias psicoativas é a ocorrência de emergências. Nestes episódios o indivíduo apresenta consequências físicas e mentais decorrentes do uso extremamente prejudicial das substâncias, entrando em um estado conhecido como “intoxicação aguda”. Neste estado podem ocorrer perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto, do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. Tais perturbações são diretamente relacionadas com os efeitos farmacológicos agudos da substância consumida e tendem a desaparecer com o tempo, cessando por completo, muitas vezes sem nenhum tipo de sequela, salvo nos casos nos quais tenham surgido

lesões orgânicas ou outras complicações (DEL- BEN et al., 1999; SILVA & MAXIMINO, 2007).

Geralmente são nesses momentos que a família e/ou, mais esporadicamente o próprio paciente, procuram serviços de emergência, com objetivo de internação (SILVA & MAXIMINO, 2007).

O uso abusivo de substâncias psicoativas em suas situações de emergência pode causar diversas consequências caso o indivíduo que o fez não tenha o atendimento necessário. Existe uma grande quantidade de indivíduos que, por consequência do abuso de drogas psicoativas, procuram serviços para tratar-se durante uma crise (FERRI-DE-BARROS et al., 2004).

Por meio destes dados, pode-se perceber que a emergência psiquiátrica decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas tem uma prevalência importante. A avaliação da capacidade do serviço de emergência atual de atender à demanda por atendimento a situações de crise de maneira eficiente, entendendo a emergência psiquiátrica como uma complexa experiência existencial que necessita de instrumentos globais para o acolhimento ao paciente no momento de um agudo sofrimento psíquico, é fundamental. Essa avaliação deve olhar para diversos aspectos: a articulação dos serviços, a qualidade da assistência dada e a capacidade dos recursos humanos de enfrentar as citadas situações de crise (BARROS & EGRY, 2001; SILVA & MAXIMINO, 2007).

O controle do comportamento agressivo é indicado pelos profissionais de um estudo internacional como a principal preocupação para o manejo em serviços de emergência (ALLEN et al., 2001).

A criação de um padrão comum para documentar, encaminhar e relatar o cuidado a emergências psiquiátricas é observado em diversas instituições de saúde especializadas no cuidado a emergências em saúde mental em países como os Estados Unidos (BOUDREAUX et al., 2009). Protocolos e guia de cuidados são documentos úteis para ajudar no manejo do paciente psiquiátrico em situação de emergência (ALLEN et al., 2001).

Em serviços especializados, como pronto-socorro psiquiátrico, a

assistência a quadros de agitação psicomotora, tentativas ou ideação suicida, intoxicação por álcool e outras drogas e confusão mental são quadros frequentes e a equipe, em geral, possui sistematização e padronização no cuidado desse indivíduo. Entretanto, grande parte dos cuidados nessas situações são oferecidos em hospitais gerais, onde não há acesso a esse conhecimento especializado. Desta forma, educação em saúde mental é necessária para profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência, uma vez que um estudo australiano mostra que enfermeiros de emergência tendem a classificar o risco de pacientes psiquiátricos de uma forma mais severa do que enfermeiros com treinamento em saúde mental ([HAPPELL et al., 2002](#)).

Em países como o Reino Unido, o cuidado emergencial a pacientes em emergências psiquiátricas tem sido transferido lentamente a serviços da comunidade, semelhantes aos Centros de Atenção Psicossocial III brasileiros. Um estudo que avaliou essa temática mostrou que os pacientes encaminhados para o serviço comunitário, em vez do hospital ou serviço de emergência, apresentaram maior melhora nos sintomas e estavam mais satisfeitos com os serviços. Aqueles que foram cuidados em serviços hospitalares passaram oito vezes mais dias internados ([MERSON et al., 1992](#)). Desta forma, capacitação de profissionais da comunidade para lidar com situações de emergência em saúde mental mais frequentes pode reduzir a demanda dos serviços de urgência e emergência, atuando como potente ferramenta para o cuidado em rede.

Ferramentas de prevenção como rastreamentos de risco para suicídio, avaliação rotineira de sintomas de saúde mental, entre outras formas de identificação precoce de sintomas que podem levar a emergências psiquiátricas também podem ajudar a reduzir a demanda de cuidados de emergência ([HOROWITZ et al., 2009](#)). Tais ferramentas podem ser utilizadas em escolas, no trabalho ou em serviços de atenção primária.

Para o cuidado específico de enfermagem, em situações de emergências psiquiátricas, destacam-se algumas técnicas e abordagens utilizadas pela equipe, evidenciadas em estudo brasileiro. Técnicas da

comunicação e relacionamento terapêutico tornam as abordagens aos usuários mais efetiva. Situações de crise são de intenso sofrimento ao usuário, por isso a equipe de enfermagem deve utilizar de intervenções minimamente invasivas, proporcionando o cuidado de forma mais autônoma e humanizada possível (KONDO et al., 2011).

A contenção física, por exemplo, técnica comumente necessária em situações de emergência é feita, segundo profissionais entrevistados, de forma pouco sistematizada e sem materiais específicos, o que faz com que a equipe tenha que improvisar o cuidado (KONDO et al., 2011).

Outras dificuldades encontradas pelos profissionais no contexto do cuidado em emergência em saúde mental incluem a incompreensão e falta de empatia dos profissionais de saúde com a agudização, crise e agitação do indivíduo. Referem também que falta preparo para lidar com situações de saúde mental, o que gera sentimentos negativos como culpa, receio, desconfiança, falta de segurança, entre outros. É frequente a necessidade de ajuda de profissionais de segurança, polícia, entre outros, o que não é visto de forma positiva pelos profissionais de enfermagem (KONDO et al., 2011).

Autoras brasileiras pontuam a importância de um enfermeiro especialista em emergência com conhecimento clínico e psiquiátrico no atendimento às urgências e emergências, pois tal profissional norteará o atendimento dentro da sala de emergência, garantindo uma boa evolução do quadro clínico e encaminhamento para um serviço especializado, após a alta do pronto-socorro (STEFANELLI et al., 2008).

Encontra-se ainda na literatura que o enfermeiro deveria ser o profissional cujos comportamentos se constituiriam em modelos a serem seguidos, visto que “o cotidiano se caracteriza por ser pragmático, empírico, ou seja, aquilo que é percebido como correto é visto como verdadeiro, portanto, deve ser imitado” (ROLIM, 1993).

O enfermeiro atuante na área de emergência deve compreender o seu papel de agente socorrista, cujo objetivo fundamental é compor a equipe de saúde a atender imediatamente o paciente, realizando o diagnóstico diferencial para o encaminhamento do mesmo às diversas

especialidades, entretanto o enfermeiro acaba por centralizar-se em atividades burocrático-administrativas (DE OLIVEIRA & ALESSI, 2003).

Constatou-se que os profissionais não se sentem preparados para atuar em emergência, sobretudo quando há no atendimento a especialidade psiquiátrica. Tendo em vista que os profissionais da área de emergência, não estão adequadamente informados sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo na área da Saúde Mental e às diretrizes do Ministério da Saúde em relação à temática de álcool e outras drogas, fica evidente que o paradigma predominante em suas ações no PS, ainda é o modelo organicista. A predominância do modelo organicista como orientador da prática da enfermagem pode ser compreendido pela origem histórica dessa profissão (DE OLIVEIRA & ALESSI, 2003).

## **Vulnerabilidades e fatores de risco ao cuidado de enfermagem**

Em estudo australiano, enfermeiros entrevistados expressaram preocupação e estresse relacionado com o cuidado ao paciente de emergência com necessidades de saúde mental, uma vez que procedimentos ou diretrizes para lidar com agressividade e agitação e controle desses sintomas não é algo de domínio de todos (WAND & HAPPELL, 2001).

A falta de guias ou protocolos de cuidado, bem como de habilidades de comunicação, e a dificuldade no encaminhamento do paciente para cuidados pós-alta foram relatados pelo grupo de enfermeiros estudados como grandes dificuldades no trabalho do dia a dia (WAND & HAPPELL, 2001). Uma vez que o acesso ao conhecimento de um cuidado sistematizado para manejo de crise parece ser um problema de acordo com a literatura, é de se esperar que situações de emergência em saúde mental sejam, atualmente, perigosas e estressantes para toda a equipe de enfermagem. Desta forma, justifica-se o estudo e o aprimoramento do cuidado ao indivíduo que possui transtorno de saúde mental em situação de emergência.

Estudo canadense mostrou que situações de violência e agressividade em serviços de urgência e emergência são, frequentemente, associadas ao cuidado de pessoas com transtornos mentais ou intoxicadas pelo uso de álcool e outras drogas (FERNANDES et al., 1999). Esse fato ilustra a importância do cuidado planejado e sistematizado às situações de crise do ponto de vista do bem-estar do trabalhador.

A junção dos conhecimentos em emergências e sintomas agudos de saúde mental possibilita que sejam desenvolvidas novas intervenções e práticas baseadas em evidências, com o objetivo de fornecer um cuidado mais eficaz à população (LARKIN et al., 2009).

O conhecimento dos profissionais da prática de como buscar e implementar evidências científicas em seus locais de trabalho é uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade do cuidado ao

indivíduo em situação de emergência em saúde mental ([LARKIN et al., 2009](#)).

Um projeto australiano que buscou conhecer as necessidades dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência relacionadas com o cuidado em saúde mental concluiu que esses profissionais precisam de conhecimentos sobre teorias de cuidado centrado no paciente, manejo de agressão e violência no local de trabalho, conhecimentos sobre psiquiatria e funções psíquicas, e uso de ferramentas de avaliação em saúde mental e uso de substâncias ([KERRISON & CHAPMAN, 2007](#)). Este dado é um importante norteador de ações de educação permanente que devem ocorrer em serviços de urgência e emergência.

Estratégias de educação permanente implementadas em serviços estão associadas à melhor visão do cuidado e satisfação dos enfermeiros a respeito de suas funções, tarefas e do valor de suas intervenções ([WAND & FISHER, 2006](#)). Desta forma, é evidente que estratégias de educação permanente direcionadas à equipe de enfermagem tenham um impacto positivo no cuidado e nos resultados e prognóstico do paciente atendido.

Estratégias de educação permanente em serviços de emergências para cuidados em saúde mental incluem: protocolos e procedimentos para manejo da crise, avaliação das necessidades do indivíduo, estratégias e técnicas de relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica, manejo e contenção verbal, espacial, física e química, conhecimentos de serviços da rede para cuidado e acolhimento pós-admissão no serviço de urgência e emergência, entre outros.

## Cuidados de enfermagem

### Agitação psicomotora, hétero e autoagressão

A agitação psicomotora é um quadro evidenciado em diferentes transtornos psiquiátricos na fase aguda, tais como: transtorno bipolar do humor (TBH) em fase maníaca, transtorno da personalidade, transtornos psicóticos e quadros metabólicos, e que apresentam como características principais a excitação mental, inquietação motora e irritabilidade (MARTINS, 2008).

Na maioria das vezes a pessoa com esse quadro torna-se agressiva verbal e fisicamente chegando a provocar pessoas, quebrar objetos e, quando muito exacerbado o quadro, podem ser violentos consigo e/ou com os outros ao seu redor, sejam eles familiares, amigos e profissionais da saúde em atendimento (MARTINS, 2008).

Sendo assim, a depender da abordagem utilizada pelo profissional durante o atendimento, podem acontecer acidentes tanto com a pessoa que está apresentando tal comportamento como com os profissionais envolvidos na assistência (MARTINS, 2008).

A avaliação de um paciente agitado é extremamente difícil em virtude da falta de colaboração do mesmo e da tensão que muitas vezes a equipe demonstra ao se deparar com essas situações (STEFANELLI et al., 2008).

A equipe de enfermagem, em especial o profissional enfermeiro, tem um papel fundamental nesse atendimento e uma das estratégias é a técnica de abordagem terapêutica para o manejo do paciente com agitação psicomotora.

Durante essa técnica o enfermeiro deve valer-se da comunicação verbal e não verbal, visando estimular o paciente a verbalizar seus pensamentos e sentimentos.

Devemos compreender o significado do que o paciente está querendo transmitir com o seu comportamento e validar com o mesmo se nosso entendimento estiver correto.

É importante a obtenção de dados sobre os eventos relacionados com a agitação psicomotora e intervir de forma a acalmá-lo.

A abordagem terapêutica propiciará no atendimento da EP o

estabelecimento de vínculo com o paciente em atendimento, estratégia valiosíssima na tentativa de controle da agitação psicomotora e/ou agressividade.

Um membro da equipe deve dirigir-se ao paciente para conversar, enquanto os demais (enfermeiro, médicos e outros profissionais da saúde), devem permanecer próximos, para assim transmitir a ideia de um ambiente terapêutico, coeso e firme.

Sugere-se que durante o diálogo seja mostrado de forma clara e objetiva o quanto a equipe está empenhada em ajudá-lo, praticando escuta terapêutica, não confrontando suas ideias, e sim dialogando de forma a proporcionar vínculo, dar noções dos limites e apontar as intervenções a serem realizadas no momento ([CARVALHO, 2012](#)).

O profissional que assume a abordagem terapêutica deve comportar-se da seguinte maneira:

- Apresentar-se tranquilo.
- Abordar o paciente pelo nome e apresentar-se.
- Demonstrar respeito pelo paciente e por seus pensamentos e sentimentos exteriorizados.
- Ouvir o que o paciente tem a dizer, evitando interrompê-lo.
- Evitar confrontação (pelo olhar, fala ou intervenções).
- Orientá-lo sobre todos os procedimentos que serão disponibilizados durante a intervenção.
- Ser claro, objetivo e honesto durante toda a intervenção.
- Não ameaçá-lo em momento algum.
- Sempre atentar-se ao conteúdo da comunicação verbal e não verbal.
- Posicionar-se de frente para o paciente, o que é menos ameaçador para ele e mais seguro para o profissional.
- Evitar gestos bruscos e manter as mãos visíveis, de forma a demonstrar a inexistência de armamentos.
- Evitar contato físico respeitando o limite de espaço entre o interlocutor e o paciente.
- Ficar atento a reações inesperadas, e caso a abordagem verbal seja ineficaz, tentar outras estratégias.

## **Contenção de espaço físico em situações de inquietação motora**

Apesar de muitos criticarem a utilização de contenção de espaço aplicada ao paciente em situações de agitação psicomotora no pronto atendimento (PA), tal estratégia têm demonstrado eficácia em pacientes que apresentam comportamentos exibicionistas, irritadiços, agressivos e/ou ameaçador.

Pesquisas demonstram que o isolamento supervisionado – também chamado *time out* – são também estratégias efetivas em situações de inquietação motora sem conteúdo violento. Essa técnica é bastante usada nos Estados Unidos com boa aceitação por parte dos profissionais da saúde daquele país ([SIEVER, 2008](#)).

A utilização desse método ajuda a reflexão por parte do paciente e reverte seu comportamento agressivo de forma significativa, além de ser menos intrusiva que a contenção física.

No entanto, devem-se observar as seguintes recomendações: o tempo de permanência, espaço da sala utilizada, iluminação e ventilação, a porta não deve ficar trancada, um profissional deve ficar com o paciente na sala o tempo todo, o isolamento de espaço não deve ser usado ou deverá ser interrompido, se o paciente apresentar comportamento de autoagressividade ([SIEVER, 2008](#)).

## **Contenção física em situações de agitação psicomotora**

A contenção física é uma terapêutica ainda questionada por alguns profissionais da saúde mental, no que diz respeito à sua eficácia e aos aspectos éticos legais ([MARCOLAN, 2004](#)).

Muitos usuários e familiares dos serviços de atendimento psiquiátrico também criticam esse método de controle a comportamentos hétero e autoagressivo. No entanto, é descrito sua utilização nos maiores centros especializados em psiquiatria no âmbito mundial ([MARCOLAN, 2004](#)). Sua utilização é considerada a última estratégia para o controle de comportamentos agressivos, nos quais a abordagem terapêutica mostra-se ineficaz ([MARCOLAN, 2004](#)).

O procedimento deve ser feito por uma equipe com cinco pessoas

treinadas, seguindo todas as normatizações do Ministério da Saúde (MS), Órgãos de classe como Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) ([CFM, 2000](#); [COFEN, 2012](#)).

Ainda com relação às normatizações, o Ministério da Saúde preconiza que toda instituição que realiza a contenção física tenha um protocolo de orientação e normatização, para tal procedimento. A contenção física deve ser prescrita por um médico e a assistência ao paciente contido deve ser atribuição da equipe de enfermagem, supervisionada por um enfermeiro. ([CFM, 2000](#); [COFEN, 2012](#)). Também é de suma importância o uso de faixas adequadas, confeccionadas com materiais que propiciem ao paciente conforto e segurança. A cama deve ser fixada no chão, de forma a garantir a não ocorrência de acidentes durante o período em que o paciente estiver contido.

## Como realizar a contenção física

É importante que antes que se recorra à contenção física, técnicas de comunicação terapêutica sejam usadas com objetivo de realizar a contenção verbal. Caso não se tenha sucesso, a equipe deve recorrer à contenção espacial, explicando ao paciente que ele está agitado e que para o bem dele e da equipe recomenda-se que ele se acalme e restrinja-se a um espaço predeterminado (quarto, sala de atendimento, sala de procedimentos etc).

Caso o paciente não cumpra esses acordos verbais e continue agitado, colocando a si e a equipe em risco, recorre-se então à contenção física. Para tal procedimento são necessárias cinco pessoas na equipe. As cinco pessoas que participarão da contenção devem ficar ao redor do paciente e uma fará a abordagem terapêutica, na intencionalidade de acalmá-lo. A equipe deverá permanecer durante todo o procedimento, orientando o porquê da contenção e as técnicas empregadas ([MARCOLAN, 2004](#)).

Sendo assim, cada membro da equipe se organizará para que cada profissional se responsabilize por segurar uma parte do corpo do paciente descrita a seguir: tórax, braços e pernas ([MARCOLAN, 2004](#)).

Assim que o paciente estiver imobilizado deverá ser levado para um leito previamente disponibilizado e preparado para tal procedimento ([MARCOLAN, 2004](#)).

Macas estreitas não são indicadas para contenção física exceto em situações de transporte, devido ao risco de acidentes como, por exemplo, a queda ([MARCOLAN, 2004](#)).

A contenção química (medicalização) será feita após o procedimento de contenção física e será realizada pela equipe de enfermagem conforme prescrição médica e em seguida será iniciada a monitorização do paciente ([MARTINS, 2008](#)).

A monitorização deve ser feita de acordo com protocolos institucionais, de forma contínua na intenção de identificar qualquer alteração clínica; seja ela desencadeada pelos medicamentos ministrados ou por estresse do paciente devido à própria contenção física. Pode ser realizada através da aferição dos sinais vitais manuais ou monitor cardíaco, sendo registradas: a pressão arterial, batimentos cardíacos e condições respiratórias – saturação ([MARTINS, 2008](#)).

Conforme já descrito, durante todo o período em que o paciente ficar contido no leito deverá ser assistido por um profissional de enfermagem, supervisionado pelo enfermeiro e este não poderá sair da sala em hipótese alguma sem deixar outra pessoa em seu lugar. Assim que houver a remissão do quadro de agitação o paciente deverá ser solto das contenções ([STEFANELLI et al., 2008](#)).

Devem-se registrar todos os procedimentos realizados, assim como a evolução do paciente em prontuário. É importante o esclarecimento do procedimento da contenção tanto para o paciente que foi contido, como para seus familiares.

Faz parte do protocolo de contenção a ficha de controle. Nesse documento será descrita a situação conforme preconização para registro de indicadores. Também é de suma importância a participação um profissional que não compôs a equipe da contenção, mas que conheça o paciente, a equipe e a ocorrência. Esse profissional fará a supervisão do atendimento propiciando a equipe reflexão e crescimento profissional.

## **Assistência de enfermagem a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio**

A tentativa de suicídio é responsável por 15% dos atendimentos das emergências psiquiátricas atendidas nos serviços de saúde ([WHO, 2014](#)). Dados epidemiológicos apontados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que o número de mortes por suicídio, no mundo, é de aproximadamente 900 mil por ano ([WHO, 2014](#)). Estudos apresentam que na faixa etária entre 15 e 35 anos o suicídio está entre as três maiores causas de morte ([WHO, 2014](#)).

Nas últimas décadas o suicídio tornou-se um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento ([BRIMBLECOMBE & NOLAN, 2012](#)). O pronto-socorro é, na maioria das vezes, a porta de entrada do atendimento da pessoa com ideação e/ou tentativa suicida. Sendo assim, é preciso uma equipe de enfermagem com conhecimento de estratégias para essa assistência.

O enfermeiro capacitado em saúde mental e enfermagem psiquiátrica saberá que o acolhimento é fundamental independentemente do *setting* de atendimento.

O paciente que está com ideação suicida ou acabou de tentar suicídio chega ao atendimento constrangido e cabe ao profissional em atendimento propiciar um ambiente terapêutico, para que a pessoa se sinta confortável e consiga expressar seus sentimentos. A postura preconceituosa, discriminatória e de julgamento afastará o paciente dos profissionais em atendimento, dificultando o vínculo terapêutico.

O maior risco para quem acabou de tentar suicídio é uma nova tentativa. Estudos mostram que a cada suicídio consumado, houve 17 tentativas prévias ([HCFMUSP, 2013](#)). Sendo assim a maior prevenção é a assistência rigorosa por parte dos profissionais de saúde, e a equipe de enfermagem realizará parte importante dessa assistência.

A intervenção de enfermagem tem como estratégias:

- Manter a segurança do paciente pós-tentativa de suicídio, valendo-se de protocolo de risco.
- Uso de pulseira colorida para destacar o risco como, por

exemplo, cor vermelha.

- Manter uma identificação no prontuário para destacar o risco.
- Vigilância constante, o paciente com risco de suicídio não deve ficar sozinho em hipótese nenhuma.
- Manter seu leito perto do posto de enfermagem (p. ex., sala em frente ao posto com portas abertas).
- Se houver terapêutica medicamentosa ficar atenta a ingestão dos medicamentos. Alguns pacientes têm recidiva do comportamento, fazendo uso do próprio medicamento para tentativa de suicídio.
- O quarto ou sala de atendimento deve ter o mínimo de objetos que o paciente possa vir a usar para novas tentativas de suicídio como fios e objetos perfurocortantes.
- Dar apoio ao mesmo, criando espaço para discussão sobre o suicídio. A escuta terapêutica ainda é a maior estratégia nesse tipo de atendimento.
- Manter um familiar, amigo ou alguém que tenha representatividade na vida do paciente, durante o tempo em que este estiver no pronto-socorro.
- Propiciar estratégias psicoterapêuticas como intervenção breve advinda da terapia comportamental cognitiva.
- Manter acompanhante terapêutico (AT) durante sua permanência no pronto-socorro, e, se possível, indicar acompanhante para o pós-alta.
- Na ausência de suporte familiar encaminhar para uma internação em hospital especializado em prevenção de suicídio.

É importante salientar que, mesmo após vários estudos sobre prevenção, a capacitação das equipes de saúde para o atendimento das pessoas com ideação e/ou tentativas de suicídio, ainda tem sido a estratégia mais eficaz para prevenir casos futuros. Desta forma, a equipe de enfermagem deve cada vez mais preparar-se para esse tipo de atendimento e ter como princípio que, quando perdemos um paciente por suicídio, não há culpados, nem mesmo da pessoa que fez

a tentativa de suicídio. Temos sim responsabilidade compartilhada por toda a equipe de saúde quando cuidamos de um usuário em risco de suicídio. Desta forma, a equipe deve trabalhar em conjunto com outros serviços, familiar e sociedade, em geral, para cuidado do usuário.

Esse olhar contribui para a equipe e em especial para o enfermeiro como forma de proteção da culpabilidade, uma vez que quando perdemos um paciente por suicídio, essa situação traz aos profissionais um sentimento de incompetência. É por isso que o apoio e a parceria dos pares se fazem necessários e fundamentais.

## **Assistência de enfermagem a pacientes com transtorno de ansiedade em emergência**

A ansiedade é uma palavra oriunda do latim (*anxietas*, significa “angústia”; de *anxius* o mesmo que “perturbado”; “pouco à vontade”; ou ainda de *anguere* significando “apertar”, “sufocar”) (COELHO & ÁVILA, 2007). Vários estudiosos do assunto descrevem que a ansiedade, até certo ponto, é uma reação normal do ser humano, útil para adaptar-se, para reagir perante situações novas ou medo. Porém, quando atinge uma valorização fora do comum, a qual interfere no funcionamento saudável da vida da pessoa, torna-se patológica.

Estima-se que aproximadamente 33% da população mundial tenha transtorno de ansiedade (VIANA & ANDRADE, 2012). No Brasil, estima-se que mais de 10% da população sofra por ansiedade (VIANA & ANDRADE, 2012).

Dentre os atendimentos no pronto-socorro, por emergência psiquiátrica, os transtornos de ansiedade são os quadros agudos que se destacam. É muito comum a chegada de pacientes com manifestações de ansiedade situacional, ansiedade traumática, depressão ansiosa, ansiedade secundária a condições médicas, transtorno do pânico e ansiedade generalizada.

A abordagem terapêutica da equipe de enfermagem em especial do enfermeiro fará a diferença nesse tipo de atendimento. Por meio dela, se estabelece a escuta qualificada, na qual o enfermeiro identifica os sinais e sintomas do paciente respeitando a singularidade de cada

indivíduo, proporcionando uma comunicação terapêutica (STEFANELLI et al., 2008). Após, diversas ações de cuidado devem ser iniciadas e articuladas de forma a estabelecer um ambiente terapêutico e uma intervenção sem riscos para o paciente e equipe envolvida no atendimento (STEFANELLI et al., 2008).

Alguns pacientes apresentam inquietação motora e irritabilidade que devem ser controladas com uma abordagem que favoreça a reflexão sobre a experiência vivenciada no momento da crise de ansiedade.

A maneira como o enfermeiro aborda um paciente em sofrimento psíquico por transtorno de ansiedade o ajudará a compreender suas demandas e expectativas, de forma a ser efetiva, mesmo que haja falta de espaço no hospital ou de medicamentos (BRASIL, 2008).

Sendo assim, a assistência de enfermagem terá como foco principal tranquilizar o paciente, e é importante saber que esses pacientes chegam ao PS com sinais de irritabilidade, dificuldade de concentração, déficit de memória, sensação de perda do controle, tensão muscular e dificuldade para ouvir orientações.

Estratégia de cuidados:

- Proporcionar o acolhimento, dando informações confiáveis e reforçando o ambiente terapêutico.
- O ambiente terapêutico deve ser com o menor estímulo possível.
- Deixar um acompanhante que o paciente tenha vínculo para o reforço da melhora do comportamento exposto.
- Manter abordagem terapêutica durante todo o atendimento.
- Estimular a expressar seus sentimentos e pensamentos.
- Usar técnicas de relaxamento durante a vigência da crise.
- Evitar crítica negativa ou pré-julgamentos em relação à situação exposta.
- Caso estiver sem crítica, não entrar em confronto em relação ao estresse apresentado.
- Manter a calma durante todo o atendimento; caso o mesmo apresente inquietação motora, tentar restrição de espaço

valendo-se de estratégia de *time out* (isolamento supervisionado).

- Medicar com benzodiazepínico para diminuir a ansiedade.
- Em situações críticas fazer contenção física seguindo os protocolos institucionais.
- Sempre orientar paciente, familiares ou tutores sobre a hipótese diagnóstica e encaminhar para um serviço especializado.
- Registrar todo o atendimento em prontuário e, se possível, enviar notificações pertinentes para o serviço indicado em dar continuidade ao atendimento.

## **Assistência de enfermagem a pacientes intoxicados e/ou em abstinência de substâncias psicoativa**

Na maioria das vezes, o pronto-socorro é a porta de entrada de um tratamento para abuso ou dependência de substâncias. A condição clínica dos pacientes trazidos são complexas e exige da equipe de enfermagem, conhecimento e agilidade por se tratarem de quadros graves, considerando principalmente as situações de intoxicação (MARTINS, 2008).

O maior risco de um paciente durante o período de intoxicação é evoluir ao óbito; sendo assim, o enfermeiro deve ter sua atenção redobrada em tais intercorrências ([STEFANELLI et al., 2008](#)).

O estado de intoxicação é uma consequência da ingestão de substâncias além da capacidade do organismo em tolerar e as complicações podem ser desde um simples mal estar até seu estado comatoso ([STEFANELLI et al., 2008](#)).

O tratamento da intoxicação começa na obtenção de dados fidedignos sobre qual substância ingerida e sua quantidade, além da monitorização do paciente para assegurar parâmetros de estabilidade do organismo. O controle da pressão sistólica e diastólica, assim como batimentos cardíacos, temperatura corporal e a função respiratória (saturação, oximetria de pulso), dará subsídios para o médico intervir com os diversos medicamentos preconizados durante uma intoxicação (MARTINS, 2008).

Para a terapêutica medicamentosa deve-se ter cautela na dose e via de administração, normalmente o médico prescreverá uma medicação antagonista à droga de intoxicação e a enfermagem ficará atenta aos efeitos adversos ([CARVALHO, 2012](#)).

Outra medida importante é a ingestão de líquidos, quer seja por via oral, ou endovenosa, o que ajudará o bom funcionamento dos rins; órgão responsável pela filtragem e eliminação de parte das substâncias usadas. O balanço hídrico faz parte da prescrição do enfermeiro durante o período que o paciente estiver recebendo eletrólitos ou outros componentes da hidratação.

Também é de suma importância observar indicativos neurológicos incluindo nível de consciência, coordenação motora, linguagem e características dos olhos; como pupilas contraídas ou dilatadas. Pupilas desiguais podem ser um indicativo de lesão cerebral.

O paciente com intoxicação por drogas pode exibir vários sinais e sintomas. São eles: choque anafilático, reações alérgicas, hiperventilação, inconsciência, convulsões e inclusive a parada cardiopulmonar (PCR).

Além da intoxicação é comum o paciente ser trazido na emergência por manifestações de síndrome de abstinência a droga, que podem instalar-se no usuário dependente logo em seguida da cessação do uso. Dentre as várias substâncias psicoativas que podem causar quadros de abstinência, o álcool é a mais comum. Sua forma mais intensa e complicada pode levar a pessoa ao estado de confusão mental. São comuns os tremores intensos ou mesmo convulsões ([AMARAL et al., 2010](#)).

Um sintoma comum, mas nem sempre presente, são as alucinações tátteis e visuais em que o paciente “vivencia” sensações irreais como, insetos ou outros animais percorrendo seu corpo e visões de monstros tentando lhe agarrar. Esse tipo de alucinação pode levar o paciente a um estado de agitação psicomotora, e o mesmo tentar a autoagressão ou agredir pessoas ao seu alcance como familiares ou profissionais envolvidos em seu atendimento.

O *delirium tremens* é uma condição potencialmente grave que pode levar o paciente à morte, principalmente quando a pessoa está muito

debilitada, considerando que o desequilíbrio hidroeletrolítico do organismo é o principal fator na situação de óbito ([AMARAL et al., 2010](#)).

A equipe de enfermagem, além do cuidado com as medicações prescritas pelo médico deve incluir a nutrição assistida com alimentos ricos em vitaminas do complexo B, que são eficazes na melhora dos quadros agudos de Wernicke e Korsakoff.

Independentemente das classificações das drogas (drogas depressoras, drogas estimulantes ou perturbadoras do sistema nervoso central confusionais), a síndrome de abstinência traz para o paciente muito sofrimento, angústia e mal-estar geral, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem a assistência integral durante o período que o paciente estiver na emergência.

O levantamento de problemas (diagnóstico de enfermagem) dará subsídios para uma boa intervenção e todas as ações de enfermagem devem ser fundamentadas no Nursing Interventions Classification (NIC). As técnicas de enfermagem no atendimento das intoxicações e/ou abstinências são fundamentais, porém o oferecimento de apoio ao paciente de modo consistente, transmitido de forma empática, dará a certeza de que é possível a recuperação e dessa forma propiciará um ambiente terapêutico; fator importantíssimo no pronto atendimento de qualquer emergência.

# **Processo de enfermagem para o cuidado em emergências de saúde mental**

Para sistematizar o cuidado de enfermagem nos serviços de urgência e emergência em saúde mental, independentemente da queixa principal ou problemas apresentados pelo usuário, é necessário seguir alguns passos:

## **1. Histórico de enfermagem**

Utilizando-se de escalas, *checklists*, formulários e instrumentos de rastreamento padronizados pelo local de saúde ou propostos pela equipe de enfermagem, serão levantadas informações sobre as necessidades emergenciais do usuário, mas também informações sobre sua família, sua rede social, sua situação socioeconômica, que podem subsidiar as ações de enfermagem. Nesta fase, é de suma importância para o cuidado em rede que seja levantado o dado a respeito de acompanhamentos que o usuário faça em outros serviços. Caso seja um usuário em acompanhamento pelo CAPS, por exemplo, outra fonte de dados além do próprio usuário e sua família é a equipe do serviço de origem. Deve-se, portanto, realizar contato com tal serviço, com o objetivo de cuidar do indivíduo de forma integral em suas necessidades, por meio da clínica ampliada e cuidado compartilhado ([BETEGHELLI et al., 2006](#)).

## **2. Diagnóstico de enfermagem**

Com base nas anotações, evolução e histórico de enfermagem, o enfermeiro elabora os diagnósticos de enfermagem que atenderão às necessidades do usuário. Com foco na reabilitação psicossocial, os diagnósticos são os problemas percebidos nas áreas de trabalho, moradia, rede social e funções psíquicas do usuário no momento da avaliação.

## **3. Planejamento de enfermagem**

Após levantados os problemas, necessidades e diagnósticos de

enfermagem, planejam-se metas e cuidados ao usuário. Com o auxílio da equipe de enfermagem, essas metas serão compartilhadas com o usuário, lembrando que a prática de enfermagem é centrada na pessoa, que é o ator principal de seu próprio cuidado e deve ser orientado e assistido de forma autônoma e participativa.

## 4. Implementação

Nesta fase concretizam-se as metas estabelecidas, com a ajuda do próprio usuário, de seus familiares e/ou acompanhantes, do serviço de origem e da equipe de saúde.

## 5. Avaliação

A avaliação do processo de enfermagem deve ser feita ao longo de todo o cuidado, de forma contínua e participativa.

Verifica-se nesse momento se as ações alcançaram os resultados esperados. Pode-se utilizar novamente as escalas, instrumentos de rastreamento e controles internos para visualização da evolução das necessidades e problemas do usuário.

### Questões para estudo

1) De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é um fenômeno global que acontece de forma epidêmica.

- A ( ) No Oriente Médio.
- B ( ) Na Europa.
- C ( ) Na África.
- D ( ) Em todas as regiões do mundo.
- E ( ) Na América do Norte.

2) Um projeto australiano que buscou conhecer as necessidades dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência concluiu que:

- A ( ) Precisam de conhecimento de cuidado de enfermagem, manejo de agressão, violência, psiquiatria e funções psíquicas.

- B ( ) Precisam de conhecimento de cuidado de UTI, manejo de agressão, violência e psicologia.
- C ( ) Precisam de conhecimento de cuidado de CTI, manejo de agressão, contenção e funções psíquicas.
- D ( ) Precisam de conhecimento de cuidado de enfermagem, manejo de violência e funções psicológicas.
- E ( ) Precisam de conhecimento de cuidado de medicina geral, manejo de agressão, violência, psiquiatria e funções psíquicas.

3) O maior risco de um paciente durante o período de intoxicação por substâncias psicoativas é:

- A ( ) O quadro evoluir para agitação psicomotora.
- B ( ) O quadro evoluir para óbito.
- C ( ) O quadro evoluir para agressão.
- D ( ) O quadro evoluir para infecção aguda.
- E ( ) O quadro evoluir para encefalopatia.

4) A contenção física deve ser prescrita por um médico e a assistência ao paciente contido deve ser atribuição da equipe de:

- A ( ) Socorristas.
- B ( ) Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).
- C ( ) Fisioterapeutas.
- D ( ) Enfermagem.
- E ( ) Todas estão corretas.

5) Para sistematizar o cuidado de enfermagem nos serviços de urgência e emergência em saúde mental, é necessário seguir alguns passos:

- A ( ) Histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação.
- B ( ) Dimensionamento de enfermagem, histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, diagnóstico

médico e avaliação.

- C ( ) Histórico de enfermagem, diagnóstico interdisciplinar, planejamento de enfermagem e avaliação.
- D ( ) Dimensionamento de enfermagem, diagnóstico interdisciplinar, planejamento de enfermagem e avaliação.
- E ( ) Todas estão erradas.

## Referências

- Allen, M.H., Currier, G.W., Hughes, D.H., Reyes-Harde, M., Docherty, J.P., Expert Consensus Panel for Behavioral, E. (2001) The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgraduate Medicine (Spec No)*, 1-88; quiz 89-90.
- Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(suppl 2):S104–S111.
- Barros S, Egry E. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice*. São Paulo: Cabral; 2001.
- Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2006;7(3).
- Boudreaux ED, Allen MH, Claassen C, Currier GW, Bertman L, Glick R, Camargo CA. The psychiatric emergency research collaboration-01: methods and results. *General hospital psychiatry*. 2009;31(6):515–522.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008) HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília.
- Brimblecombe N, Nolan P. *Mental health services in Europe: provision and practice*. New York: Radcliffe Pub; 2012.
- Carvalho MB. *Psiquiatria para a enfermagem*. São Paulo: Rideel; 2012.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. (2000) Resolução CFM nº 1.598, Brasília.
- Coelho CLS, Ávila LA. Controvérsias sobre a somatização. São Paulo: *Archives of Clinical Psychiatry*. 2007;34:278–284.
- Cofen (2012) Resolução COFEN no 427/2012. In: Conselho Federal de Enfermagem.
- de Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003;11(3):333–340.
- Del-Ben CM, Marques J, Sponholz Jr A, Zuardi AW. Mental health policies and changes in the emergency services profile. *Revista de Saúde Pública*. 1999;33(5):470–476.
- Dias CB. *Organização de uma rede de serviços públicos de saúde para a produção de ações de saúde mental no município de São Paulo*. Universidade de São Paulo; 2008.

- Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Gillrie C. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal*. 1999;161(10):1245–1248.
- Ferri-de-Barros JE, Winter DH, César KG, dos Santos Gavinier LC, de Alencar MJ, de Faria MCS. Transtornos relacionados ao uso de álcool em 1901 pacientes atendidos no pronto-socorro municipal de Taubaté no ano 2000. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Rochester*. 2004;62(2-A):307–312.
- Happell B, Summers M, Pinikahana J. The triage of psychiatric patients in the hospital emergency department: a comparison between emergency department nurses and psychiatric nurse consultants. *Accident and Emergency Nursing*. 2002;10(2):65–71: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1054/aaen.2001.0336>.
- HCFMUSP. (2013) Protocolo de risco de suicídio. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Current Opinion in Pediatrics*. 2009;21(5):620–627: doi:10.1097/MOP.0b013e3283307a89.
- Kerrison SA, Chapman R. What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing*. 2007;15(1):48–55: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aaen.2006.09.003>.
- Kondo EH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:501–507.
- Larkin GL, Beautrais AL, Spirito A, Kirrane BM, Lippmann MJ, Milzman DP. Mental Health and Emergency Medicine: A Research Agenda. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2009;16(11):1110–1119: doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00545.x.
- Marcolan, J. (2004) A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica. São Paulo: edição do autor.
- Martins HS, Barakat S. *Pronto socorro: condutas do HCFMUSP*. São Paulo: Manole; 2008.
- Merson S, Tyrer P, Lack S, Birkett P, Lynch S, Onyett S, Johnson T. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *The Lancet*. 1992;339(8805):1311–1314: doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)91959-C](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(92)91959-C).
- Moraski TR, Hildebrandt LM. A experiência da agudização dos sintomas

- psicóticos: percepção de familiares. *Sci Med.* 2005;15:213–219.
- Rolim, M. (1993) As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, Boldeanu A. State of acute agitation at psychiatric emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH.* 2016;12:75–86: doi:10.2174/1745017901612010075.
- Santos MESB. Emergências psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2001;23:55–155.
- Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry.* 2008;165(4):429–442.
- Silva, M.G.B., Maximino, V.S. (2007) Resgate em saúde mental. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, p. 1209-1211.
- Stefanelli, M.C., Fukuda, I.M.K., Arantes, E.C. (2008) Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole.
- Traldi MS. *O que é o Centro de Atenção Psicossocial hoje? Revendo um conceito e uma prática à luz das transformações estruturais contemporâneas.* São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2012;34(3):249–260.
- Wand T, Fisher J. The mental health nurse practitioner in the emergency department: an Australian experience. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2006;15(3):201–208.
- Wand T, Happell B. The mental health nurse: contributing to improved outcomes for patients in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing.* 2001;9(3):166–176: doi:<http://dx.doi.org/10.1054/aaen.2000.0248>.
- WHO – World Health Organization. (2014) Global status report on alcohol and health.
- WHO – World Health Organization. (2014) Suicide Data. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).

---

## CAPÍTULO 27

# **Aspectos éticos e legais das emergências psiquiátricas**

---

*Bianca Ferreira Bonadia*

*Elie Leal de Barros Calfat*

*Sérgio Tamai*

## **Pontos Principais**

---

- A internação psiquiátrica pode ser voluntária, involuntária ou compulsória.
- São critérios de internação involuntária: incapacidade grave de autocuidados, risco de vida ou de prejuízos graves à saúde, risco de autoagressão ou de heteroagressão, risco de prejuízo moral ou patrimonial, risco de agressão à ordem pública.
- Os profissionais da saúde devem estar preparados para o risco de evasão na emergência.
- Sigilo e consentimento são fatores essenciais no atendimento a portadores de doenças mentais.
- Cuidados especiais devem ser tomados com a família, pacientes em agitação e nos casos de portadores de uso e abuso de substâncias.

---

## Introdução

O atendimento de emergência em psiquiatria, tal como é proposto pela legislação vigente, é fruto de um terceiro movimento de reforma psiquiátrica que, como descrito pela Dra. Márcia Menon em 1994, se refere ao tratamento comunitário. Para que os pacientes fossem tratados na comunidade, um dos pilares dos serviços disponibilizados deveriam ser os de emergência.

Os Serviços de Emergência Psiquiátrica (SEPs) se desenvolveram a partir desse pressuposto, fundado inicialmente pela psiquiatria norte-americana com o Kennedy Act de 1963. A mudança de conceitos e de papel dos SEPs vem ocorrendo desde então. Essa modalidade de atendimento deixou de ser meramente a triagem dos casos elegíveis para internação e passou a ser a porta de entrada para toda a esfera do tratamento psiquiátrico.

Em levantamento realizado por Calfat et al. em 2011 em um dos maiores SEPs acadêmicos da cidade de São Paulo, em 2007, temos que os principais motivos de procura são os problemas administrativos, aqui incluídos a troca de receitas, por causa de descontinuidade do tratamento. Entre os diagnósticos mais comumente vistos estão os quadros psicóticos, depressão, transtorno afetivo bipolar e dependência de álcool e outras drogas. O maior motivo de procura é a agitação psicomotora e a alteração de comportamento.

Neste capítulo abordaremos os principais temas de dúvidas e fontes dilemas e conflitos entre pacientes, seus familiares e os profissionais dos SEPs. Ao final, não esperamos que todas as questões estejam resolvidas, mas que os profissionais que se dedicarem a esse trabalho estejam mais atentos e mais preparados para os possíveis problemas que possam surgir durante a sua prática.

## **Situações – problemas mais comuns**

### **1. A internação psiquiátrica**

O ato da internação é um dos maiores dilemas éticos para quem trabalha com emergências, sendo também um dos assuntos mais estudados. Um dos primeiros textos sobre o assunto foi publicado por Silas Warner em 1961, que evidenciava que o risco que o paciente poderia apresentar para si ou outrem sempre pesava mais na decisão de internar do que o próprio diagnóstico, que ficava em plano secundário.

No Brasil, já em 1934, foi publicado o Decreto Federal nº 24.559, que preconizava os riscos que deveriam ser avaliados no momento dessa tomada de decisão durante uma possível internação por transtorno psiquiátrico:

- a. Risco de autoagressão
- b. Risco de heteroagressão
- c. Risco de agressão à ordem pública
- d. Risco de exposição social
- e. Incapacidade grave de autocuidados

É importante lembrar que basta apenas que um desses critérios seja preenchido para se optar pela internação na vigência de um transtorno mental.

A situação do indivíduo que procura atendimento em serviço de emergência pressupõe um elevado grau de fragilização em sua capacidade de defesa ou de reivindicação de direitos. Dessa forma, há uma legislação recente que assegura a proteção dos direitos civis do doente mental. Um dos principais aspectos abordados por esta legislação é a internação do paciente e os procedimentos que a equipe de saúde mental que o assiste deve seguir.

No Brasil, a Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2002, posteriormente regulamentada pela Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, define três tipos de internação psiquiátrica:

- I – Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do paciente.
- II – Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro.
- III – Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

## **Internação psiquiátrica voluntária**

Esta modalidade de internação é aquela na qual a pessoa consente com a necessidade de internação. É importante lembrar que no momento da internação, ainda que concorde, o paciente deve ser avaliado como em condições de decidir pelo seu tratamento. Caso tal capacidade de decisão esteja diminuída, devemos registrar a mesma como involuntária.

No caso da pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, esta deve assinar no momento da admissão um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, no qual conste que optou por esse regime de tratamento. Esse termo deve ficar arquivado no estabelecimento de saúde onde o paciente ficou internado.

O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. Porém, é possível que o paciente solicite em algum momento a alta e o médico não o julgue em condições de recebê-la. Nesse caso, pode o médico proceder a continuidade da internação na forma involuntária.

## **Internação psiquiátrica involuntária**

Esta modalidade de internação ocorre sem o consentimento do paciente e/ou a pedido de terceiro (com a confirmação da indicação técnica pelo médico assistente). Entenda-se terceiro, familiar ou acompanhante. A internação psiquiátrica involuntária deverá, obrigatoriamente, no **prazo de 72 horas**, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

No Art. 31 da Resolução CFM nº 2.057/2013 consta que o paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente

se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

- I – Incapacidade grave de autocuidados
- II – Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde
- III – Risco de autoagressão ou de heteroagressão
- IV – Risco de prejuízo moral ou patrimonial
- V – Risco de agressão à ordem pública

A internação involuntária e seus diversos motivos são fonte comum de conflitos entre pacientes e equipe. Além de atenção à legislação deve-se enfatizar a necessidade do correto registro em prontuário de todas as circunstâncias que motivaram tal decisão.

É importante lembrar que na ausência de familiares ou responsáveis, situação bastante comum, o médico assina como o responsável pela internação.

Com esta lei, muitos familiares confundem o seu consentimento em internar o paciente como uma carta branca para que isto aconteça e ignoram completamente que a internação deve seguir indicações técnicas que, se não observadas, a internação não deverá ser efetivada.

O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo médico responsável pelo tratamento. Caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- I – numeração da Internação Psiquiátrica Involuntária;
- II – data;
- III – condições da alta;
- IV – encaminhamento do paciente.

Outro ponto bastante frágil é que alguns familiares podem se convencer, ou serem convencidos pelo paciente, de que a internação é desnecessária e dessa forma os mesmos passam a solicitar a alta do paciente. Se este não estiver em condições de alta, o médico deve discordar e documentar a decisão em prontuário. Caso os familiares

não possam ser demovidos da ideia, deve-se notificar o Ministério Público do ocorrido através da comunicação de alta. Algumas instituições em situações semelhantes preconizam a confecção de Boletim de Ocorrência policial.

## **Internação compulsória**

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta em teoria as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

A internação compulsória, fruto de diversas e intermináveis discussões, pode ser motivo de outros tantos problemas para os profissionais da emergência uma vez que a sua não obediência pode levar em casos extremos a detenção do médico que se recusou ao ato.

Tal modalidade de internação, pode ser de dois tipos, lembrando que não deve ser confundida com a internação involuntária, uma vez que aqui há um juiz que a determina.

A internação compulsória pode ser de natureza criminal, na qual o paciente cometeu um crime na vigência do transtorno mental. Esses pacientes são normalmente encaminhados aos hospitais de custódia, onde além do tratamento serão avaliados para determinar se houve ou não a cessação de sua periculosidade.

A internação compulsória de natureza cível é mais complicada, uma vez que o juiz determina a internação em um hospital da rede, onerando desta forma o serviço, pois o paciente só poderá deixar o hospital após a autorização do judicial.

Caso o paciente tenha condições de ser internado é mais aconselhável acatar a decisão, para que depois de uma avaliação mais criteriosa, médica, social e familiar, se embase o diálogo que terá início com a autoridade judicial para as medidas cabíveis.

A obediência a determinação judicial apenas abre esse canal; uma vez que muitos juízes podem encarar a recusa como ofensa pessoal, com consequências desnecessárias que em nada ajudarão ao paciente. Ao passo que quando a equipe se mostra aberta ao diálogo, a tendência é que sempre se chegue a um consenso.

Caso um paciente internado de forma compulsória ou involuntária necessite deixar o hospital por intercorrências clínicas graves ou acidentes, tais eventos devem ser comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

A legislação em vigor ainda prevê o gestor estadual do SUS constituir uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. Essa comissão deverá fazer o acompanhamento dessas internações, **no prazo de 72 horas** após o recebimento da comunicação pertinente e, efetuar, **até o sétimo dia da internação**, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de **24 horas**.

## 2. Evasão de paciente

Embora indesejada, a evasão pode acontecer uma vez que os hospitais não são e nem devem ser instituições completamente fechadas.

Uma vez que ocorra, os familiares devem ser comunicados o mais breve possível pois podem ser de grande valia para a localização do paciente. Este normalmente retorna à sua casa ou a outros locais habituais. O tempo de espera para o paciente retornar pode variar de hospital para hospital, mas deve ser no mínimo de 24 horas.

O risco de evasão, uma vez identificado, deve ser descrito no prontuário e a comunicação com a equipe deve ser efetiva para evitar que isto ocorra.

## 3. Sigilo

Define-se sigilo como a necessidade de guardar segredo, de não revelar, de não divulgar, as informações de que o médico detenha

conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei ou no Código de Ética Médica (CEM).

O sigilo está entre os Princípios Fundamentais (Capítulo I) do Código de Ética Médica e recebe ainda um capítulo exclusivo para descrevê-lo (Capítulo XI).

Entretanto, nem uma das maiores consequências da doença mental é o comprometimento da crítica, da noção de realidade e a perda da autonomia. Muitas vezes, o paciente requer auxílio de terceiros para cuidar-se e para a tomada de decisões. Ao mesmo tempo, o sigilo é essencial para o estabelecimento da confiança do paciente pelo médico e um detalhe essencial para o estabelecimento da aliança terapêutica.

**Diante disso, surge a dúvida: quando quebrar ou manter o sigilo?** O CEM em seu artigo 73, normatiza que é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, **salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.**

O consentimento por escrito é uma solução em si mesmo; pois não traz mais nenhum conflito tendo em vista que o paciente abriu mão do sigilo. A obrigação legal pode ser tratada da mesma forma. Situações de abuso ou violência, principalmente voltadas contra idosos ou crianças, são motivos para a quebra do sigilo, inclusive com respaldo legal.

O mais controverso seria o “motivo justo”, pois aqui está envolvido um juízo de valor individual, o que muitas vezes pode trazer muitas dúvidas. Na tentativa de não tomar esta decisão sozinho, o médico pode lançar mão de algumas estratégias listadas a seguir.

A primeira recomendação seria a de discutir sempre os casos que suscitarem dúvidas mais complexas com colegas mais experientes e, se possível, recorrer à consultoria jurídica da instituição em que se está inserido. Outro caminho a ser tomado é a consulta às comissões de ética médica, regularmente constituídas em todos os serviços com mais de 11 médicos.

Muitos médicos e demais profissionais, muitas vezes se esquecem do respaldo que essas comissões podem oferecer, lembrando que as mesmas são as representações do Conselho Regional na instituição. As

comissões são especialmente úteis, pois muitas vezes não há tempo hábil para elaborar uma consulta ao CRM do estado.

Porém, devemos lembrar, a decisão final caberá ao médico assistente e este arcará com as consequências. Em seu manual, [Quevedo e Carvalho \(2014\)](#) preconizam que no juízo de valor a ser realizado, deve-se tentar responder se aquela decisão, de quebrar o sigilo, seria generalizável, ou seja, se colegas na mesma posição optariam da mesma forma.

Quando há claramente a identificação de uma ameaça a alguma pessoa como, por exemplo, no caso de ameaças de suicídio e/ou homicídio ou de lesão corporal, não se deve hesitar em quebra de sigilo. Porém, mais uma vez fica evidente a necessidade da anotação bem detalhada em prontuário. Entretanto, antes da revelação o médico pode novamente utilizar do artifício da solicitação do consentimento e negociar com o paciente a forma com que essa informação será revelada a família ou acompanhante.

No Art. 38 do CEM está descrito que é vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais. Um dos maiores problemas enfrentados pelos portadores de doença mental é o estigma. Por sua vez, em um ambiente tão conturbado quanto um serviço de emergência, um paciente sem crítica, agitado, com autocuidado prejudicado, fica exposto à observação e ao comentário alheio. Por esse motivo, é essencial que o pudor do paciente seja preservado e todos os esforços sejam dispendidos para um atendimento privativo (em consultório ou sala separada) e discreto.

Outro detalhe regulado pelo Capítulo IX do CEM é que permanece o sigilo mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido, ou quando o médico estiver em depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento. Permanece o sigilo na investigação de suspeita de crime, sendo que o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal. Visto que muitos pacientes são encaminhados ao pronto-socorro acompanhados pela polícia, essa informação é imprescindível,

lembrando sempre a equipe de saúde que sua função é assistencial e não de investigação criminal.

O Art. 74 do mesmo capítulo regula que permanece o sigilo profissional relacionado com o paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Outro ponto importante, principalmente porque muitos locais de atendimento são centros de ensino, refere-se ao Art. 74, no qual é vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente. Gostaríamos aqui de estender a revelação de detalhes dos atendimentos a outros profissionais que não participaram dos cuidados diretos do paciente na unidade onde recebeu socorro. Ficam assim, os assistentes do caso com a obrigação de guardar o sigilo e serem os mais discretos possível. O art. 78 regula ainda que é vedado ao médico deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Outras situações devem ser lembradas. O sigilo permanece no caso de avaliações de trabalhadores e as informações não podem ser repassadas ao empregador do paciente sem seu devido consentimento. O sigilo deve ser o mesmo quando um paciente é profissional de saúde, principalmente se for membro direto ou indireto da equipe. Neste caso sugerimos que os cuidados com o segredo sejam redobrados.

#### **4. Consentimento**

O Art. 14 da Resolução CFM nº 2.057/2013 orienta que nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro. Na impossibilidade

de se obter o consentimento esclarecido do paciente deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

No mesmo caminho, o Art. 31 reporta que é vedado desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. E no Art. 34 que é vedado deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Portanto, deve-se ter um cuidado no ambiente de emergências, em que mesmo em um ambiente onde são necessárias decisões em um curto espaço de tempo, dentro das possibilidades da orientação sobre a situação do paciente e as condutas que serão tomadas devem ser esclarecidas ao paciente; e, no caso, se houver mais de uma alternativa, decidir em conjunto: médico, equipe de saúde, família e principalmente paciente.

Por fim, uma dúvida em relação à emissão de atestados, relatórios ou cópias do prontuário para portadores de doença mental. É importante ressaltar que no Art. 89 do CEM está descrito que é vedado ao médico liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para sua própria defesa. Sendo assim, o consentimento do mesmo é essencial para tal procedimento. Um cuidado especial deve se tomar quando familiares, amigos, ou até o próprio advogado solicitam tais documentos, visto que é necessária a autorização por parte do paciente para fazê-lo. Uma exceção ocorre quando o paciente está sob interdição e tutela desse solicitante.

## **5. Responsabilidade da família**

Frequentemente, a situação se desenhará da seguinte forma, o familiar irá solicitar uma entrevista com a equipe sem a presença do paciente e, ao final da anamnese solicitar que nada do que foi dito seja colocado ao paciente. Nestes casos é importante esclarecer ao familiar que tal pedido é impossível, tendo em vista que as informações precisam ser

trabalhadas em equipe e junto ao paciente. Gesticulações atrás do paciente durante a anamnese e mesmo a chacota por parte de familiares devem ser desencorajadas.

Outra situação é a do paciente não permitir que os familiares entrem na consulta como acompanhantes. Nesta situação, se o familiar insistir em entrar deve ser orientado que a princípio o paciente será atendido sozinho e depois haverá o momento para a família. Se a conduta for de internação, deve-se explicar para a família as circunstâncias que levaram a isto, sem expor detalhes e enfatizando os riscos.

Em outros momentos, é comum que na avaliação o paciente não preencha os critérios de observação, mas a família relate comportamento completamente diferente do que se avalia. Esta situação nunca terá saída fácil ou satisfatória. Uma proposta é que o paciente fique em observação por um período e seja observado seu comportamento. Se ao final desse período as alterações de comportamento relatadas não forem observadas, já haverá o embasamento em prontuário para a alta.

Sempre que possível, os embates com familiares devem ser evitados, estes nunca ajudam na solução do problema do paciente e são frequentes geradores de estresse para todos.

## 6. Situações de agitação e agressividade

Esta situação será abordada em relação à técnica e ao manejo em capítulo específico, porém é importante lembrar que sempre que se optar pela contenção física do paciente por meio de faixas, esta deve estar prescrita, e o paciente assim que possível ser medicado. A contenção sem medicação deve ser evitada, mas pode ser empregada em duas situações apenas:

- (1) o paciente já está bastante medicado e sonolento e ainda assim resiste ao sono com risco de queda: neste caso deve ser contido para minimizar os riscos e para a indução de sono; e
- (2) o paciente está confuso e agitado em *delirium*. Neste caso a medicação deve ser usada com cautela para não agravar o

quadro.

Para as demais situações sempre medicar o paciente para diminuir a chance do mesmo se machucar ou lesar outrem. A segurança deve estar sempre em primeiro lugar. Todas as vezes que a contenção tiver de ser utilizada, lembrar que esse procedimento segue o princípio ético da beneficência ou da não maleficência, mas ainda assim contenções quebram a autonomia individual.

Muitos hospitais adotam impressos próprios para descrever a necessidade de contenção, mas ainda assim os motivos que a tornaram necessária devem estar cuidadosamente descritos no prontuário e na prescrição.

## 7. Uso e abuso de substâncias

Segundo o DSM-V os critérios de dependência de alguma substância são (tendo como exemplo a dependência ao álcool):

- A. Um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
  1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
  2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
  3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização ou na recuperação de seus efeitos.
  4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
  5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.

6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância.
11. Abstinência.

O uso, abuso e dependência de substâncias serão tratados em capítulo específico, porém é levantado aqui, pois uma situação comum será aquela na qual os familiares exigirão a internação involuntária de um dependente químico.

Em muitas destas vezes esses pacientes sequer estarão no estágio de pré-contemplação que não admite tratamento, pois não vislumbra nenhum prejuízo. Uma vez passada a intoxicação, o paciente e seu diagnóstico devem ser avaliados segundo os mesmos critérios de risco expostos anteriormente.

Algumas iniciativas de ditar as normas de internações involuntárias para dependentes químicos foram tentadas entre 2010 a 2014 aproximadamente, no Rio de Janeiro e em São Paulo sem muito sucesso.

Este ainda é um assunto bastante controverso para o qual não há resposta satisfatória. Vale a tentativa de se aliar a família e expor quais são as alternativas pertinentes para essa situação. Na dúvida, os critérios de internação devem ser os mesmos que para as demais doenças mentais.

## Considerações finais

Dúvidas éticas fazem parte do cotidiano de um SEP. Por dia serão inúmeras as vezes em que se pensará nesse assunto, e muitos pacientes irão trazer essa demanda de forma mais ou menos explícita.

Algumas das situações mais frequentes foram abordadas neste capítulo sem, contudo, ter a pretensão de encerrar todas elas ou propor condutas específicas para cada caso. Não existe, de fato, um manual que possa nos oferecer fluxogramas exatos e a decisão dependerá de cada caso que se apresentar.

Devemos lembrar que ética *a priori* tem a ver com relacionamento. Então, dentro daquele encontro com o paciente, como proceder de forma a preservá-lo sem incorrer em nenhuma falta ética?

Como já falado, a fórmula inexiste, e, na maioria das vezes apenas a boa intenção não é suficiente; desta forma, apenas a avaliação criteriosa caso a caso, do conhecimento da legislação vigente e a anotação completa em prontuário poderão nos ajudar como balizadores de condutas mais acertadas.

## Questões para estudo

- Quando internar um paciente com transtorno psiquiátrico?
- Quais as modalidades de internação previstas em lei?
- Qual a diferença entre internação involuntária e compulsória?
- O que se entende por sigilo e quando este pode ser quebrado?
- Qual o papel da Comissão de Ética Médica do Hospital?
- Quais os cuidados ao se prescrever a contenção física de um paciente?

## Referências

- Amarante PDC. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994: 202 p.
- APA – American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington.
- Apsler R, Bassuk E. Differences among clinicians in the decision to admit. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:1133–1140.
- Brasil. (2002) Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2002: Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2002. Seção 1, p. 2.
- Brasil. (2002) Portaria no 2.391, de 26 de dezembro de 2002: Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, n. 250, 27 dez. 2002. Seção 1, p. 349-50.
- Calfat, E.L.B. (2007) Apresentação do pronto socorro do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. In: Cordeiro, D.C., Baldaçara, L. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Editora Roca, p. 1-9.
- Calfat, E.L.B., Pan, P.M., Shiozawa, P., Chaves, A.C. (2012) The compliance to prescribed drug treatment and referral in a psychiatric emergency service: a follow-up study. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online], v. 34, n. 2, p.149-154. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000200006>.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. (2009) Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. (2010) Novo Código de Ética Médica. Revista do Conselho Federal de Medicina, 182:8-9.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. (2013) Resolução CFM no 2.057/2013. Publicado no D.O.U. de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165-171.
- Lewis R. Criteria for hospitalization: the need for alternative facilities. *Hosp Community Psychiatry*. 1973;24:492.
- Menon, M.A. (1994) Avaliação de fatores que se associam à indicação de internação em serviço de emergência psiquiátrica de hospital geral universitário. Tese de Doutorado, EPM-UNIFESP, p. 1-113.
- Quevedo, J., Carvalho, A.F. (orgs.) (2014) Emergências psiquiátricas. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Stockinger, R.C. (2007) Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis: Vozes.
- Taborda, J.G.V., Baron, A.L.D., Pessetto Neto, L. (2008) Aspectos ético-legais nas emergências psiquiátricas. In: Quevedo, J., Schmitt, R., Kapczinski, F.

- (orgs.) Emergências psiquiátricas. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.
- Warner SL. Criteria for involuntary hospitalization of psychiatric patients in a public psychiatric hospital. *Ment Hyg.* 1961;45:122–128.

---

## APÊNDICE

# Referências farmacológicas

---

Leonardo Baldaçara

Neste apêndice estão agrupadas, apenas para consulta rápida e complementar, as principais medicações que podem ser utilizadas em emergências psiquiátricas, segundo a apresentação, meia-vida, dose diária, intervalo mínimo entre as doses, principais efeitos colaterais, principais indicações e contraindicações. A utilização dessa referência só será válida para aqueles que tenham estudado previamente as medicações que aqui constam. As medicações que não constam a dose para crianças, não apresentam indicação ou segurança para essa faixa etária. Os antipsicóticos de depósito não foram incluídos aqui.

## **Abreviações**

**amp** ampola

**cap** cápsula

**cp** comprimido

**dg** drágea

**gt** gotas(s)

**IV** intravenosa

**h** hora(s)

**IM** via intramuscular

**kg** kilogramas

**mg** miligramas

**min** minutos

**sc** via subcutânea

**sl** comprimido sublingual

**sol** solução

**susp** suspensão

**TDAH** transtorno de déficit de atenção de hipertatividade

**Transtornos psicóticos** esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno esquizoafetivo, mania psicótica, depressão psicótica e transtorno psicótico induzido por droga, entre outros.

**VO** via oral

**xar** xarope

**TOC** transtorno obsessivo compulsivo

## Benzodiazepínicos

Nome	Apresentação	Meia-vida	Dose diária
<b>Alprazolam</b>	0,25-0,5-1-2 mg (cp)	6 a 20 h	0,25 a 10 mg VO Crianças: 0,01 0,06 mg/kg/dia VO
<b>Bromazepam</b>	3-6 mg (cp) 2,5 mg/ml (sol)	8 a 19 h	1 a 18 mg
<b>Clobazam</b>	10-20 mg (cp)	18 a 50 h	5 a 60 mg VO Crianças: <3 anos: 0,5 a mg/kg/dia >3 anos: 0,3 a 1 mg/kg/dia VO
<b>Clonazepam</b>	0,25 (sl) 0,5-2 mg (cp) 2,5 mg/ml (gt)	20 a 40 h	0,25 a 20 mg VO Crianças até 1 anos: 0,01 0,1 mg/kg, > 10 anos: 1,5 3 mg VO
<b>Clordiazepóxido</b>	10-25 mg (cp) 100 mg/2ml (amp)	5 a 30 h (inicial) 100 h (metabólitos)	10 a 150 mg VO IM Crianças: <6 anos: não recomendado >6 anos: 0,5 mg/kg/dia
<b>Cloxacolam</b>	1-2-4 mg (cp)	20 a 90 h	1 a 12 mg VO

<b>Diazepam</b>	5-10 mg (cp) 10 mg/2ml (amp)	20 a 90 h	5 a 40 mg VO, EV (variável conforme avaliação clínica) * Não utilizar IM Crianças: EV: 0,05-0,3 mg/kg/dose (máx. 10 ml) VO: 0,2-0,3 mg/kg (máx. 0,6 mg/kg cada 8 h)
<b>Estazolam</b>	2 mg (cp)	10 a 24 h	1 a 2 mg ao deitar VO
<b>Flunitrazepam</b>	1 mg e 2 mg (cp)	28 h	0,5 a 2 mg ao deitar VO
<b>Flurazepam</b>	30 mg (cp)	50 a 80 h (flurazepam) 45 a 160 h (metabólitos)	15 a 30 mg ao deitar VO
<b>Lorazepam</b>	1-2 mg (cp)	8 a 16 h	1 a 10 mg VO Crianças: 0,05 mg/kg/dose cada 4 a 8 h
<b>Midazolam</b>	7,5-15 mg (cp) 5 mg/5 ml- 15/3 ml- 50 mg/10 ml	90 a 150 min	1 a 15 mg Máximo: 0,35 mg/kg Crianças: 0,05 0,2 mg/kg VO, IM, EV

	(amp)		
<b>Nitrazepam</b>	5 mg (cp)	17 a 28 h	5 a 20 mg VO
<b>Oxazepam</b>	10-15-30 mg	5 a 20 h	30 a 120 mg VO
<b>Triazolam</b>	0,125-0,25 mg (cp)	2 a 3 h	0,125 a 0,5 mg VC
<b>Ansiolíticos:</b> alprazolam, bromazepam, clobazam, clonazepam, clordiazepoxida, oxazepam.			
<b>Hipnóticos:</b> estazolam, flunitrazepam, flurazepam, midazolam, nitrazepam.			

## Contraindicações

Insuficiência renal, respiratória e hepática grave. Miastenia gravis. Primeiro trimestre da gestação. Apneia do sono. Glaucoma de ângulo fechado. Doença pulmonar obstrutiva crônica. História de abuso de substâncias depressoras.

## Efeitos colaterais

Ataxia, prejuízo cognitivo, fadiga, sedação, agitação, agressividade, alteração da função hepática, boca seca, bradicardia, constipação, convulsões, dependência, síndrome de abstinência, efeito rebote, depressão, desinibição, diminuição do apetite, diminuição da libido, diplopia, diminuição dos reflexos, tonturas, trombose venosa, vômitos.

## Estabilizadores do humor e anticonservantes

Nome	Apresentação	Meia-vida	Dose diária
<b>Ácido valproico/valproato</b>	125-250-300 mg-500 mg (cp) 200-500 mg (dg) 50 mg/ml-250 mg/5 ml (xar) 200 mg/ml (sol)	8-17 h	250-1800 mg/d Crianças: 15-10 mg/kg/dia
<b>Carbamazepina</b>	200-400 mg (cp) 100 mg/5ml ou 2% (sol)	18 a 54 h Em uso crônico pode cair para 5 a 26 hs	400 a 1600 mg Crianças: <6 anos: 5 mg/kg/dia 6-12 anos: 10 mg/kg/c
<b>Fenobarbital</b>	50 mg e 100 mg (cp), 40 mg/ml (sol), 100 mg/ml, 200 mg/ml (IV/IM)	50-140 h	2 a 3 mg/kg/di Crianças 2 a 4 mg/kg/di
<b>Fenitoína</b>	100 mg (cp), 50 mg/ml (IV/IM)	22 h	5 a 10 mg/kg Crianças 2 a 2,5 mg/kg (máx 15 mg/kg/dia)
<b>Gabapentina</b>	300-400-600 (cp, cap)	5 a 9 h	300 a 1800 mg Crianças: 5 a 3 mg/kg/dia (máx.

			50mg/kg/d
<b>Lamotrigina</b>	25-50-100 mg (cp)	24 a 35 h	100 a 500 mg Crianças: 2 mg/kg/dia (máx. 400 mg/dia – se estiver em uso de valproato ( mg/kg/dia (máx. 5 mg/kg/dia)
<b>Oxcarbazepina</b>	300-600 mg (cp) 60 mg/ml (susp)	9 h	300 a 2100 mg Crianças: Apenas 3 anos 10 a 30 mg/kg/dia
<b>Lítio</b>	300-450 mg (cp)	18 a 24 h	300 a 2100 mg Crianças: >5 anos: 15 a 6 mg/kg/dia Adolescentes: 600 a 1800 mg/dia
<b>Topiramato</b>	25-50-100 mg (cp)	19 a 23 h	25 a 600 mg V/ Crianças iniciá a 3 mg/kg/

## **Principais contraindicações**

**Lítio:** Insuficiência renal grave, bradicardia sinusal, arritmias ventriculares graves, insuficiência cardíaca congestiva, hipotireoidismo (não compensado), gravidez (exceto para pacientes com transtorno afetivo bipolar grave).

**Ácido valproico/Carbamazepina:** Problemas hematológicos, insuficiência hepática, bloqueio cardíaco.

**Fenitoína:** Bloqueio cardíaco, tais como BAV, bloqueio sinoatrial e bradicardia sinusal.

**Fenobarbital:** Porfiria aguda, insuficiência respiratória grave, insuficiência hepática ou renal graves.

**Gabapentina:** Insuficiência renal.

**Lamotrigina:** Insuficiência hepática.

**Oxcarbamazepina:** Bloqueio cardíaco, insuficiência renal. Há hipersensibilidade cruzada com a carbamazepina.

## **Principais efeitos colaterais**

**Lítio:** Acne, tremores, ganho de peso, gosto metálico, náuseas, alopecia, alteração do eletrocardiograma, edema, ataxia, anorexia, cárries, cefaleia, diabetes *insipidus*, diarreia, fadiga, hepatotoxicidade, glomerulopatia, tonturas, vômitos, leucocitoses e lesões cutâneas, entre outros.

**Ácido valproico/Carbamazepina/Oxcarbazepina:** Ataxia, diplopia, dor epigástrica, tonturas, sedação, prurido, náuseas, alterações hematológicas (agranulocitose, anemia aplástica, trombocitopenia, alteração da coagulação, leucopenia, eosinofilia), bradicardia, hepatotoxicidade, alteração do eletrocardiograma, diarreia, alterações cutâneas (incluindo eritema polimorfo), secreção inapropriada do hormônio antidiurético, hiponatremia, tremores, fotossensibilidade.

**Fenitoína:** Manifestações do sistema nervoso (nistagmo, ataxia, vertigem e cefaleia, entre outros), manifestações gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação), alterações hepáticas, alterações cutâneas, discrasias sanguíneas, hiperplasia gengival, artralgia, eosinofilia, lúpus.

**Fenobarbital:** Sonolência, dificuldade para falar; dificuldade de

coordenação e equilíbrio, vertigem com cefaleia, alterações cutâneas (incluindo dermatite exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica), artralgia (síndrome mão-ombro), distúrbios do humor; anemia megaloblástica devido à deficiência de ácido fólico, osteomalácia e raquitismo, contratura de Dupuytren.

**Gabapentina:** Sedação, ataxia, nistagmo, irritabilidade, depressão, tonturas, cansaço, mialgias, edema e alterações visuais.

**Lamotrigina:** Sedação, diplopia, tontura, alterações cutâneas, distúrbios gastrointestinais.

**Topiramato:** Comprometimento cognitivo, anorexia, cefaleia, dispepsia, diarreia, fadiga, insônia, náuseas, parestesias, aumento do risco de cálculos renais, mialgia, sonolência, ataxia.

## Antipsicóticos

Nome	Apresentação	Meia-vida	Dose máxima diária	Intervalo
<b>Amisulprida</b>	50-200 mg (cp)	12-19 h	100 a 2300 mg VO	12/12 h
<b>Aripiprazol</b>	10-15-20-30 mg (cp)	75 a 94 h	10 a 30 mg VO	24/24 h
<b>Asepina</b>	5-10 mg (sl)	24 h	10 a 20 mg	12/12 h
<b>Clorpromazina</b>	25-100 mg (cp) 1 gt/1 mg em 20 ml (gt) 5 ml/25 mg (amp)	24 h	50 a 1200 mg VO 25 a 50 mg a cada 4 a 6 h IM Crianças: 0,5 a 1 mg/kg/dose a cada 6 a 8 h VO, IM (pode chegar a 3 a 6 mg/kg/dia com cautela)	8/8 12/12 24/24
<b>Clozapina</b>	25-100 mg (cp)	10 a 17	25 a 800 mg VO	8/8 12/12

		h		
<b>Droperidol</b>	2,5 mg/ml (amp)	2 a 4 h	2,5 a 10 mg IM, IV	1 aplicação Dose adicional com critérios clínicos
<b>Haloperidol</b>	1 mg-5 mg (cp) 2 mg/ml (gt) 5 mg/1ml (amp)	24 h	1 a 15 mg VO, IM Crianças: >3 anos: A partir de 0,25/dia, máximo de 0,15 mg/kg/dia (dividir em 2 a 3 doses)	24/24 h
<b>Levomepromazina</b>	25-100 mg (cp) 4 mg/ml-40 mg/ml (gt) 25 mg/5 ml (amp)	15 a 80 h	100 a 1000 mg VO, IM	12/12-24/24 h
<b>Olanzapina</b>	2,5-5-10 mg (cp) 10 mg (amp)	33 h	2,5 a 20 mg VO 2,5 a 30 mg IM	24/24 horas Parar a cada 2 h

<b>Paliperidona</b>	3 mg, 6 mg 9 mg (cp)	23 h	3 a 12 mg	1 vez a
<b>Periciazina</b>	10 mg (cp) 1 mg/1 gt 4%-0,25/1 gt 1%	24 h	10 a 75 mg VO Crianças: 0,5 a 2 mg/kg/dia	2 a 3 ve dia
<b>Pimozida</b>	1-4 mg (cp)	50 a 200 h	2 a 20 mg VO	24/24 h
<b>Quetiapina</b>	25-100-200 mg (cp)	7 h	25 a 800 mg VO	12/1 24/2
<b>Risperidona</b>	0,5-1-2-3 mg (cp) 1 mg/ml (sol)	3 a 24 h	0,5 a 8 mg VO	12/1 24/2
<b>Sulpirida</b>	50 mg (cap)	7 h	50 a 1800 mg VO	12/1

	200 mg (cp) 1 mg/1gt (gt)			24/2
<b>Tioridazina</b>	10-25-50-100 mg (cp)	9 a 12 h	25 a 1200 mg VO	6/6 8/8 12/1
<b>Trifluoperazina</b>	2-5 mg (cp)	24 h	2 a 40 mg VO Crianças: 6 a 12 anos: 1 a 2 mg VO	12/1 24/2
<b>Ziprasidona</b>	40-80 mg (cp) 20 mg/ml (amp)	6 a 8 h	40 a 160 mg VO	12/12 h
<b>Zuclopentixol</b>	10-25 mg (cp) 50 mg/ml (amp) 200 mg/ml (amp) decanoato	20 h	10 a 75 VO 50 a 150 mg a cada 3 dias IM 200 a 400 mg a cada 2 a 4 semanas IM	24/2 3/3 2 a 1

## Contraindicações

Insuficiência hepática, insuficiência renal, epilepsia, cardiopatia grave, síndrome neuroléptica maligna.

**Clozapina:** Discrasias sanguíneas.

**Sulpirida:** Feocromocitoma, *miastenia gravis*, hipertensos graves

## Efeitos colaterais

Sedação, disartria, parkinsonismo, distonia aguda, discinesia tardia, acatisia, síndrome neuroléptica maligna, hiperprolactinemia, impotência, ganho de peso, taquicardia, aumento do intervalo QT, hipersalivação, hepatotoxicidade. Antipsicóticos com efeito anticolinérgico podem promover confusão mental.

**Clozapina:** Além das anteriores, alterações hematológicas, psicoses tóxicas e doenças hepática e cardíaca graves.

## Antidepressivos

Nome	Apresentação	Meia-vida	Dose diária
<b>Amitriptilina</b>	10 mg, 25 mg e 75 mg (cp)	21 h	12,5-150 mg VO Crianças: 1 mg/kg/dia Adolescentes: Não ultrapassar 100 mg/dia
<b>Bupropiona</b>	150 mg (cp)	8 a 39 h	150 a 450 mg VO
<b>Citalopram</b>	20 mg (cp)	33 h	10 a 60 mg VO
<b>Clomipramina</b>	10-25-75 mg (cp)	21 a 31 h	25 a 200 mg VO Crianças: 1 mg/kg
<b>Desvenlafaxina</b>	50 mg e 100 mg (cp)	11,1 h	50 a 200 mg VO
<b>Duloxetina</b>	20-60 mg (cp)	10 a 15 h	60 a 120 mg VO

<b>Escitalopram</b>	10 mg (cp)	27 a 32 h	5 a 30 mg VO
<b>Fenelzina</b>	15 mg (cp)	24 h	15 a 90 mg VO
<b>Fluoxetina</b>	10-20 mg (cp) 1 mg/gt (gt)	24 h Metabólito até 15 dias	10 a 80 mg VO Crianças e adolescentes de 5 a 18 anos: 5 a 10 mg/dia (máx. 20 mg/dia)
<b>Fluvoxamina</b>	100 mg (cp)	17 a 22 h	50 a 300 mg VO
<b>Imipramina</b>	25 mg (cp) 10-25 mg (dg)	12 h	10 a 300 mg VO Crianças: 1 mg/kg

<b>Mitarzapina</b>	15-30-45 mg (cp)	20 a 40 h	15 a 45 mg VO
<b>Moclobemida</b>	100-150- 300 mg (cp)	8 a 12 h	300 a 600 mg VO
<b>Nortriptilina</b>	10-25-50- 75 mg (cp) 2 mg/ml (sol)	12 a 56 h	10 a 75 mg VO Crianças: 1 a 3 mg/kg
<b>Paroxetina</b>	10-20-30- 40 mg VO	9 a 28 h	10 a 60 mg VO
<b>Reboxetina</b>	4 mg (cp)	13 h	4 a 12 mg VO
<b>Sertralina</b>	25-50-75- 100 mg (cp)	24 a 26 h	25 a 200 mg VO
<b>Tianeptina</b>	12,5 mg (dg)	4 a 8 h	12,5 a 50 mg VO
<b>Tranilcipromina</b>	10 mg (dg)	1 a 3 h	5 a 60 mg VO
<b>Trazodona</b>	50 mg (cp)	5 a 9 h	50 a 600 mg VO Crianças: >6 anos: 1,5 a 2 mg/kg/dia

			em 3 doses VO
<b>Venlafaxina</b>	37,5-75-150 mg	5 h	37,5 a 225 mg VO
<b>Vortioxetina</b>	10 mg (CP)	66 h	5-20 mg VO

## Contraindicações

**Tricíclicos:** Cardiopatia grave, infarto agudo do miocárdio recente, prostatismo, íleo paralítico, glaucoma de ângulo fechado, feocromocitoma.

**Bupropiona:** Bulimia e anorexia, traumatismo craniano, uso de IMAOs, tumores cerebrais.

**Inibidores seletivos da recaptação da serotonina:** sintomas gastrointestinais acentuados, uso de IMAOs.

**Duloxetina:** Insuficiência renal, hepática e cardíaca graves, hipertensão arterial (relativa).

**Inibidores da monoaminoxidase (IMAOs):** Uso concomitante de simpaticomiméticos e inibidores da recaptação de serotonina, cardiopatia, primeiro trimestre de gravidez, doença hepática, doença renal, feocromocitoma, tireotoxicose.

**Mitarzapina:** Obesidade, glaucoma, hipertrofia de próstata, diabetes melito.

**Tianeptina:** Associação com IMAOs, gravidez e lactação.

**Venlafaxina:** Insuficiência renal, hepática e cardíaca graves, hipertensão arterial (relativa).

**Vortioxetina:** Uso concomitante com IMAOs.

## Efeitos colaterais

**Tricíclicos/Mitarzapina/Tianeptina:** Boca seca, constipação, ganho de peso, hipotensão postural, fadiga, visão borrada, sedação, cefaleia, alterações cutâneas, síndrome serotoninérgica, prostatismo, arritmias cardíacas, confusão, convulsões, alterações cognitivas, alterações hematológicas, retenção urinária, ganho de peso, alopecia, amenorreia, diarreia.

**Bupropiona/Reboxetina/Venlafaxina:** Boca seca, constipação, ganho de peso, hipotensão postural, hipertensão, fadiga, visão borrada, sedação, cefaleia, alterações cutâneas, síndrome serotoninérgica, prostatismo, arritmias cardíacas, confusão, convulsões, alterações cognitivas, alterações hematológicas, retenção urinária, ganho de peso, alopecia, amenorreia, diarreia.

**Inibidores seletivos da recaptação da serotonina:** Tremores, náuseas, diarreia, diminuição da libido, cefaleia, constipação, retardo de ejaculação, sonolência, agitação, bruxismo, convulsões, palpitações, ganho de peso, secreção inapropriada de ADH, visão borrada, hiponatremia, fadiga, diminuição do apetite, ansiedade, artralgia, síndrome de retirada.

**Duloxetina:** Astenia, agitação, anorexia, cefaleia, boca seca, constipação, insônia, tontura, sudorese, sonolência, anorexia, retardo da ejaculação, crise hipertensiva, diarreia, vômitos, *rash*.

**Inibidores da monoaminoxidase (IMAOs):** Tontura, vertigens, agitação, hepatotoxicidade, aumento do apetite, cefaleia, fadiga, arritmias cardíacas, cólica abdominal, diminuição da libido, ganho de peso, hipotensão postural, insônia, sonolência, abstinência, alterações hematológicas, hipernatremia, nistagmo, mialgia, neuropatia periférica, parestesias, retenção urinária, edema de glote, diarreia.

**Trazodona:** Boca seca, sonolência, hipotensão postural, náuseas, tonturas, astenia, agitação, ansiedade, hepatotoxicidade, cefaleia, dispepsia, tremor, síndrome de retirada.

**Vortioxetina:** Diarreia, constipação, sonhos anormais, vômitos, tontura, coceira, redução do apetite, bruxismo, vermelhidão e sudorese.

## Antiparkinsonianos ou similares

Nome	Apresentação	Meia-vida	Dose diária	Intervalo	P ri
<b>Amantadina</b>	100 mg (cp)	17 h	100-400 mg	12/12 h	E
<b>Biperideno</b>	2 mg (cp) 5 mg/ml (amp)	18 a 24 h	1 a 6 mg (ampolas: repetir a cada 30min até alívio, não ultrapassar 4 amp/dia)	8/8 h 12/12 h	E
<b>Bromocriptina</b>	2,5-5 mg (cp)	15 h	2,5 a 40mg	8/8 h	P
<b>Difenidramina</b>	50 mg/ml (amp)	4-6 h	10 a 400 mg Crianças 5 mg/kg (IV, preferência por IM)	3 a 4 doses	P
<b>Levodopa + Benserazida</b>	125-250 mg (cp)	15 h	125-600 mg	3 a 4 vezes ao dia	D
<b>Levodopa + Carbidopa</b>	250 mg	2 a 15 h	125-2000 mg	3 a 4 vezes ao dia	D
<b>Pramipexol</b>	0,125 mg, 0,25 mg, 0,375 mg, 0,5 mg e 1,5 mg (cp)	8 h	0,375-4,5 mg	1 a 3 vezes ao dia	D

Prometazina	25 mg (cp), 50 mg/2ml (amp)	4 a 6 h	25 a 100 mg VO, IM	1 a 3 vezes ao dia	Ir
Triexifenidil	2-5 mg (cp)	6 a 12 h	5 a 15 mg VO	12/12 h	D

## Contraindicações

**Biperideno/Triexifenidil:** Obstrução intestinal, glaucoma de ângulo fechado, prostatismo, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, *delirium*, estenose de piloro, megacôlon, arritmias cardíacas, discinesia tardia, *miastenia gravis*.

**Bromocriptina:** Coronariopatia grave, doença vascular periférica grave, gravidez.

**Difenidramina:** É contraindicado para recém-nascidos ou prematuros e durante a lactação. Nos casos de hipersensibilidade ao cloridrato de difenidramina e outros anti-histamínicos de estrutura química similar. Também é contraindicado em: asma aguda, obstrução do colo da bexiga, hipertrófia prostática sintomática, insuficiência hepática, predisposição à retenção urinária, predisposição ao glaucoma de ângulo estreito.

**Levodopa + benserazida/Levodopa + carbidopa:** Associação a inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), doenças endócrinas não compensadas, surto psicótico, glaucoma de ângulo fechado, insuficiência renal grave, insuficiência hepática grave, doença cardíaca não compensada, gestantes, lactantes, menores de 25 anos.

**Prometazina:** Glaucoma, hipertrófia prostática, asma.

## Efeitos colaterais

**Biperideno/Triexifenidil:** Boca seca, constipação, visão borrada, agitação, alucinações, cefaleia, confusão, comprometimento cognitivo, *delirium*, disfunção sexual, taquicardia, tonturas, piora do glaucoma,

dor epigástrica.

**Bromocriptina:** Fraqueza, hipotensão, náuseas, vômitos, diarreia, confusão mental, agitação, alucinações, tonturas.

**Difenidramina:** Sedação, sonolência, espessamento das secreções brônquicas, tontura, lassidão, fadiga, zumbido, incoordenação, diplopia, euforia, irritabilidade, insônia, tremores e tendência aumentada a convulsões, principalmente em crianças, perda de apetite, secura da boca, náusea, vômito, mal-estar abdominal, constipação ou diarreia, inibição da lactação, trombocitopenia.

**Levodopa + benserazida/Levodopa + carbidopa:** Episódios psicóticos, *angina pectoris*, constipação, perda de peso e falta de ar. Alterações hematológicas, depressão, agitação, ansiedade, insônia, desorientação, ageusia e disgeusia, sintomas extrapiramidais tais como discinesia, distonia, atestose e coreia. Com tratamento prolongado, podem ocorrer variações da resposta terapêutica, incluindo episódios de acinesia, episódios de congelamento da marcha, deterioração de final da dose e efeito “liga-desliga”, arritmias, hipotensão ortostática, distúrbios gastrointestinais, hepatotoxicidade, alterações da coloração da urina, rash.

**Prometazina:** Boca seca, dispepsia, sedação, tonturas, visão borrada, retenção urinária, fotossensibilidade.

## Indutores do sono

Nome	Apresentação	Meia-vida	Dose diária	Intervalo	Principais indicações
Zolpidem	10 mg (cp)	1,5 a 3,2 h	5 a 10 mg VO	24/24 h	Insônia
Zolpiclona	7,5 mg (cp)	5 a 6 h	3,75 a 7,5 mg VO	24/24 h	Insônia

## Contraindicações

Glaucoma, dependência a drogas, insuficiência respiratória, *miastenia gravis*, menores de 15 anos. Cuidado com a associação de outros sedativos. Cuidado com idosos e portadores de demência, pois pode causar quedas e confusão mental.

## Efeitos colaterais

Boca seca, cefaleia, gosto amargo, sedação, amnésia retrógrada, pesadelos, tonturas, náuseas, dor epigástrica, hipotensão, agitação, alucinações hipnagógicas, confusão, náuseas, vertigens, prurido, dependência.

## Outras medicações

### Clonidina

*Apresentação:* 0,1 – 0,15 – 0,2 mg (cp)

*Meia-vida:* 20 a 40 h

*Dose:* 0,1 a 0,3 mg ou 5 mg/kg/dia para a abstinência; crianças: 0,01 a 0,03/kg/dia 2 a 3 doses/dia

*Indicações:* Abstinência a opiáceos, abstinência ao álcool, abstinência aos benzodiazepínicos, síndrome de Gilles de la Tourette, TDAH, hipertensão

*Contraindicações:* Doença coronariana, insuficiência renal crônica, depressão, gravidez, lactação.

*Efeitos colaterais:* Boca seca, constipação, dor epigástrica, hipotensão, sedação, sonolência, abstinência, alopecia, alteração de condução cardíaca, xeroftalmia, mialgia, náuseas, hepatotoxicidade, edema, parotidite.

### Flumazenil

*Apresentação:* 0,5 mg/5 ml (amp)

*Meia-vida:* 4 a 11 min

*Dose:* 0,1 a 0,6 mg conforme avaliação clínica (0,4mg/hora podem ser necessários); crianças: 0,005 a 0,01 mg/kg (ataque) e 0,005 a 0,01 mg/kg/h em infusão contínua (máx. 1 mg/dia)

*Indicações:* Intoxicação aos benzodiazepínicos, intoxicação desconhecida

*Contraindicações:* Dependência aos benzodiazepínicos, uso de benzodiazepínicos para controle de condições neurológicas graves (p. ex., hipertensão intracraniana).

*Efeitos colaterais:* Ansiedade, náuseas, sintomas de abstinência aos benzodiazepínicos, taquicardia, vômitos, ataques de pânico.

### Metadona

*Apresentação:* 5 – 10 mg (cp); 10 mg/1 ml (amp)

*Meia-vida:* 12 a 18 h

*Dose:* 10 a 120 mg VO

*Indicações:* Dor, abstinência a opioides

*Contraindicações:* Insuficiência respiratória grave.

*Efeitos colaterais:* Dependência, *delirium*, depressão respiratória, sedação, náuseas, agitação, anorexia, sudorese, tonturas, boca seca, bradicardia, cefaleia, desorientação, edema, fraqueza, distúrbios visuais, impotência, fraqueza, insônia, retenção urinária, trombocitopenia, urticária, disforia, euforia.

## Naloxona

*Apresentação:* 0,02 mg/ml, 0,4 mg/ml (inj)

*Meia-vida:* 60-100 min

*Dose:* 0,1 a 0,2 mg com intervalos de 2 a 3 min; Crianças 0,01-0,1 mg/kg (IV, IM, SC)

*Contraindicações:* Hipersensibilidade a medicação, gestantes cuja abstinência pode desencadear trabalho de parto prematuro.

*Efeitos colaterais:* Febre, rubor, hipertensão, hipotensão, taquicardia, fibrilação ventricular, taquicardia ventricular, agitação, alucinações, irritabilidade, inquietação, tremores, cólicas gastrointestinais, diarreia, náusea e vômitos, dor, parestesias, piloereção, tremor, astenia, diaforese e calafrios, dispneia, hipoxemia, edema pulmonar, depressão respiratória, rinorreia e espirros.

## Propranolol

*Apresentação:* 10 – 40 – 80 mg (cp)

*Meia-vida:* 4 a 5 h

*Dose:* 10 a 80 mg ao dia VO (8/8 h, 12/12 h)

*Indicações:* Hipertensão, acatisia, tremor induzido por drogas, sintomas autonômicos da síndrome de abstinência ao álcool, ansiedade.

*Contraindicações:* Asma, DPOC, bradicardia sinusal, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca, fenômeno de Raynaud, bloqueio cardíaco.

*Efeitos colaterais:* Alteração do eletrocardiograma, bradicardia, depressão, fadiga, hipotensão, sonolência, broncoespasmo,

constipação, diarreia, disforia, diminuição da libido, *delirium*, náuseas, tonturas, fenômeno de Raynaud, insônia, impotência, dor abdominal.

## **Referências**

- Cordas T, Moreno RA. *Condutas em psiquiatria*. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
- Cordioli AV. *Psicofármacos: consulta rápida*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Gal P, Reed MD. Medicamentos. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Tratado de Pediatria*. 16<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002:2205–2291.
- Oliveira RG. *Blackbook – Manual de Referência de Pediatria*. 3<sup>a</sup> ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora; 2005.

---

# Índice

---

## A

Abstinência

de álcool, [71](#)

de substâncias psicoativa, assistência de enfermagem, [384](#)

Abuso

de substâncias em idosos, [328](#)

infantil, [296](#)

Acatisia, [202, 349, 361](#)

Ácido valproico, [142, 312](#)

Acolhimento, [25, 28, 29, 33](#)

de usuários de álcool e outras drogas na emergência, [173](#)

Agentes tóxicos, [141](#)

Agitação, [81, 82](#)

ansiosa, [323](#)

aspectos éticos e legais, [397](#)

catatônica, [323](#)

causas ou gatilhos, [83](#)

em crianças e adolescentes, [290](#)

explosiva, [323](#)

histérica, [323](#)

maníaca, 323  
nas demências, 323  
no *delirium*, 323  
oligofrênica, 323  
paranoide, 323  
psicomotora, 71, 322, 379

Agonistas, 347  
dopaminérgicos, 271

Agressividade, 38, 81, 82  
aspectos éticos e legais, 397  
em crianças e adolescentes, 290

Alcalinização da urina, 141

Alcaloides, 141

Álcool, 149, 266

Aliança terapêutica, 65

Alterações  
de nível de consciência e do estado mental, 139  
do sono e comportamento suicida, 268  
hematológicas, 202

Alucinações, 192  
hipnagógicas, 256  
hipnopômpicas, 256

Alucinógenos, 164

Ambiente, 52  
de entrevistas, 85

Ambivalência, 42, 130  
Amnésia dissociativa, 246  
Anamnese, 64  
Anfetaminas, 141, 165  
Anilina, 142  
Anorexia nervosa, 281, 284  
Ansiedade, 71, 223  
patológica, 224  
Antagonistas, 347  
Anti-histamínicos, 94  
Anticolinérgicos, 94, 141  
Anticonvulsivantes, 94, 271, 352  
Antidepressivos, 352  
tricíclicos, 141, 365  
Antídotos, 140  
Antimônio, 141  
Antipsicóticos, 91, 216, 311, 348, 350  
atípicos, 92  
de primeira geração, 301  
de segunda geração, 301  
típicos, 91  
Apneia do sono  
central, 260  
obstrutiva, 259, 260  
Aripiprazol, 93

Arsênico, 141

Aspectos éticos e legais, 391

Assistência de enfermagem a pacientes

- com ideação ou tentativa de suicídio, 382
- com transtorno de ansiedade em emergência, 383
- intoxicados e/ou em abstinência de substâncias psicoativas, 384

Ataques

- de pânico, 225
- de sono, 270

Atenção integral em emergência psiquiátrica, 21

Atendimento aos clientes, 25

Atendimento de emergência, objetivos do, 12

Atitude, 89

- social, 19

Atos impulsivos, 130

Autenticidade, 65

Autoagressão, 379

Autoagressividade, 38, 379

Autoproteção, 88

Avaliação, 82

- complementar, 64
- de risco
  - assistenciais dos pacientes internados por transtorno mental, 34, 44
  - critérios, 32

de autoagressividade, 38  
de evasão, 40  
de heteroagressividade, 38  
de intercurso sexual, 41  
de queda, 36  
de suicídio, 42  
do sono, 251, 252  
em grupos especiais, 74  
    gestantes, 75  
    idosos, 74  
    pacientes com doenças físicas, 74  
    pessoas em cárcere, 74  
    pessoas em condições de rua, 74  
    pessoas com retardo mental, 75  
inicial, 66  
nas emergências psiquiátricas, 63

## B

Beladona, 141  
Benzodiazepínicos, 93, 169, 216, 228, 271, 301, 312, 351  
Biperideno, 94  
Bismuto, 141  
Boncoesplasto, 139  
Bruxismo do sono, 275  
Bulimia nervosa, 282, 285

# C

Cafeína, 266

Carbamazepina, 312

Cardiotoxicidade, 366

Carvão ativado, 141

Cataplexia, 254

Catatonia, 201

Cefaleia, 69

Chumbo, 141

Cianetos, 141

Ciclo sono-vigília, 185

Circulação, 139

Classes medicamentosas, 91

Classificação de risco, 28, 33

Clonazepam, 93

Clorpromazina, 92

Cocaína, 159

Comportamento

agressivo, 38

suicida, 71, 125

em crianças e adolescentes, 295

Comprometimento do nível de consciência, 184

Comunicação, 56, 89

Confusão, 85

Conhecimento, 65

Consentimento, [396](#)  
Contato verbal, [57](#)  
Contenção, [86](#)  
    em crianças e adolescentes, [298](#)  
        física, [300](#)  
        química, [299](#)  
        verbal, [299](#)  
    física, [91](#), [101](#)  
        abordagem, [103](#)  
        causas, [102](#)  
        como realizar a, [381](#)  
        complicações, [116](#)  
        critérios diagnósticos, [102](#)  
        de espaço físico em situações de inquietação motora, [381](#)  
        em situações de agitação psicomotora, [381](#)  
        fatores de proteção, [102](#)  
        fatores de risco, [102](#)  
        ferramentas para avaliação, [102](#)  
        fixação, [106](#)  
        imobilizando o paciente, [103](#)  
        indicações, [102](#)  
        isolamento, [117](#)  
        monitoramento, [115](#)  
        o que não fazer, [115](#)  
        retirada, [115](#)

riscos, 115  
tipos, 117  
química, 91

Contratransferência, 68, 90

Convulsões, 155, 202

Crack, 159

Crise(s)  
conversivas e dissociativas, 346  
convulsivas, 157  
de pânico, 346  
hipertensiva, 364

Cuidados  
com o ambiente, 52  
de enfermagem, 379

Cumarínicos, 141

## D

Delírios, 192  
*Delirium*, 71, 179  
agudo, 185  
alterações ao exame psíquico, 184  
anticolinérgico, 186  
características demográficas, 180  
diagnóstico, 181  
diferencial, 186

em idosos, 327  
epidemiologia, 180  
etiologia, 181  
hiperativo, 185  
hipoativo, 185  
importância, 180  
induzido por lítio, 186  
manejo, 187  
misto, 185  
persistente, 185  
psicose e, 187  
*tremens*, 156, 186, 385

Demências, 72  
em idosos, 325  
vs. delirium, 186

Dependência, 72

Depressão, 72, 207  
diagnóstico, 208  
diferencial da, 210  
em crianças e adolescentes, 294  
em idosos, 317, 319  
manejo em pronto-socorro, 210  
na gestação, 306  
nas emergências, 209  
pós-parto, 306

Descontaminação, 141

Desejo(s), 58

    de suicídio, 130

Desescalonamento verbal, 56

Diagnóstico de enfermagem, 386

Dialogar com o paciente e a equipe, 59

Diazepam, 93

Discinesia tardia, 349

Discurso, 90

Dissociação, 245

Distonia aguda, 349, 359

Distúrbio(s)

    de condução, 366

    do movimento

        periódico de membros, 274

        relacionados com o sono, 274

    do sono, 251

Diurese forçada, 141

Drogas, 145

    de consumo em crianças e adolescentes, 295

Droperidol, 92

## E

Eletrocardiograma, 73

Eletrólitos, 70

Emergência psiquiátrica, 1, 14, 30, 31, 345, 376  
abordagem perinatal em, 308  
aspectos éticos e legais das, 391  
Brasil, 11  
em crianças e adolescentes, 287  
em idosos, 315  
avaliação inicial, 316  
epidemiologia, 9  
experiência pessoal de Walmor Piccinini, 4  
história das, 1, 2  
importância das, 7  
na gestação, puerpério e lactação, 305  
nos transtornos psicóticos, 191  
relacionadas com antipsicóticos, 202  
Êmese, 141  
Empatia, 65  
Encaminhamento, 64  
Enfermagem  
avaliação do processo de, 386  
diagnóstico de, 386  
histórico de, 386  
implementação, 386  
planejamento de, 386  
Enfermarias, 54  
Entrevista

clínica, 289  
com crianças e adolescentes, 289  
psiquiátrica, 64, 67

Episódio misto, 213

Equipe, 51  
de enfermagem, 375  
postura, 51

Escalas, 70

Escolas, 55

Escuta  
aberta, 90  
ativa, 58, 65, 90

Espaço pessoal, 57, 90

Esquizofrenia, 267  
catatônica, 194  
hebefrênica, 194  
hipótese glutamatérgica da, 351  
na infância, 293  
paranoide, 194  
residual, 194  
simples, 194

Estabilizadores de humor, 352

Estados  
de excitação, 84  
psicóticos, 84

Estigma  
e saúde mental, 19  
estrutural ou institucional, 21

Estresse, 237

Estricnina, 141

Evasão, 40  
de paciente, 394

Eventos respiratórios relacionados com o sono, 260

Exame(s)  
complementares, 70  
de neuroimagem, 73  
físico, 64, 70  
e neurológico, 69  
neurológico, 64, 69  
psíquico, 64  
relacionados com medicamentos psicotrópicos, 72

## F

Fadiga, 270

Fenda sináptica, 346

Fenotiazinicos, 141

Fisostigmina, 141

Fluoretos, 142

Fobias, 225

Função

hepática, 70

renal, 70

## G

Gestos e linguagem positivos, 89

Glicemia, 70

## H

Hábitos de sono, 252

Haloperidol, 92

Halotano, 142

Hemodiálise, 141

Hemograma, 70, 73

Hemoperfusão, 141

Heteroagressividade, 38, 379

Hiperaldosteronismo, 285

Hipersonia idiopática, 256

Hiponatremia, 367

Hipotensão, 366

Hipótese

diagnóstica, 64

glutamatérgica da esquizofrenia, 351

Hipóxia, 139

Histórico de enfermagem, 386

Humilhação, 85

Humor, 185

## I

Iatrogenias, 333

Ideação suicida, 131

assistência de enfermagem a pacientes com, 382

Ideias

de morte, 129

suicidas, 129

Ilusões, 192

Impulsividade, 42, 130

Inalantes, 167

Inibidores

da MAO (IMAO), 364

da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), 369

seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), 366

Inseticidas organofosforados, 141

Insônia, 260

crônica, 260

de curto prazo, 260

induzida por medicamentos, 268

Instrumentos de avaliação de risco, 34

Insuficiência respiratória, 139

Intenção de suicídio, 130

Intercurso sexual, 41

Interferências na avaliação médica, 130

Internação psiquiátrica, 131, 392

compulsória, 26, 393

involuntária, 393

na infância e adolescência, 302

voluntária, 392

Intoxicação, 72

aguda

por alucinógenos, 164

por inalantes, 167

por ISRS, 368

alcoólica aguda, 149

em idosos, 333

exógenas, 137

por anfetaminas, 167

aguda, 166

por cocaína/crack, 159

por IMAO, 364

por lítio, 370

por opioides/opiáceos, 172

por trancipromina, 364

## L

Lamotrigina, 312

Lavagem gástrica, 141

Laxativos, 141  
Levomepromazina, 92  
Liderança, 65  
Limites, 58  
Lítio, 217, 312, 352  
Lorazepam, 93  
Luto do suicídio, 133

## M

Maconha, 162, 163  
Mania, 72  
    aguda, 214  
Maus-tratos  
    em idosos, 331  
    infantis, 296  
Medo, 85  
Memória, 185  
Mensagens não verbais, 90  
Mercúrio, 141  
Metanfetaminas, 165  
Midazolam, 93  
Modulação gabaérgica, 351  
Mudança de personalidade, 340  
Mulheres e bebidas alcoólicas, 158

## N

Não ser provocativo, 57  
Não urgente, 30, 31  
Narcolepsia, 254  
Negligência em idosos, 331  
Nicotina, 141  
    distúrbios do sono, 266  
Níquel, 141  
Nitratos, 142  
Nitritos, 142

## O

Observação, 69  
Olanzapina, 93  
Olhos, ouvidos, nariz e garganta, 69  
Opções, 59  
Opiáceos, 142, 172  
Opioides, 172  
Orientação, 184  
Osciladores primários, 261  
Otimismo, 59  
Ouro, 141  
Oxalatos, 142

## P

Paralisia do sono, 256

Parassonias, 256, 272

- do despertar do sono não REM, 274
- do sono NREM, 257
- do sono REM, 257

Parkinsonismo, 349

- secundário, 362

Pensamento, 184

Periciazina, 92

Pesadelos, 272

Planejamento de enfermagem, 386

Plano de suicídio, 130

“Poção de Todd”, 155

Polifarmácia, 333

Políticas públicas, 19

Posvenção do suicídio, 133

Potenciação de longo prazo, 351

Primeiro episódio psicótico, 195

Privação de sono, 253

Prometazina, 94

Proposta terapêutica, 64

Proteção do paciente, 89

Protocolo

- de classificação de risco, 30
- de contenção, 38

Pseudodemência, 318  
Psicofarmacologia, 345  
Psicose(s), 72, 191, 292  
geriátricas, 323  
vias dopaminérgicas e, 347  
vs. *delirium*, 187  
Psiquiatria infantil, 287

## Q

Queda, 36  
Quetiapina, 93

## R

Raiva, 85  
*Rapport*, 65  
Recusa a entrar no hospital, 56  
Regras, 58  
Remoção do lítio, 372  
Residências, 55  
Respeitar o paciente e seu espaço pessoal, 57  
Respiração, 139  
Responsabilidade da família, 396  
Restrição de espaço, 91  
Rigidez, 42, 130  
Risco iminente de suicídio, 131

Risperidona, 93

Ritmos

circadianos, 261

infradianos, 261

ultradianos, 261

Ruas, 55

S

Sedação, 72

Senso-percepção, 184

Sentimentos, 58

durante a entrevista, 68

Sequência do atendimento em emergências, 64

Serviço de emergência psiquiátrica (SEP), 8

crianças e adolescentes, 14

idosos, 14

Sigilo, 394

Sinapse(s), 346

elétrica, 347

química, 347

Síndrome

das pernas inquietas, 261, 274

de abstinência

de alucinógenos, 165

de anfetaminas, 165

de benzodiazepínicos, 170, 171  
de cocaína/crack, 161  
de inalantes, 168  
de maconha, 163  
de opioides/opiáceos, 172  
do álcool, 151, 152  
de descontinuação, 368  
de realimentação, 285  
de Wernicke-Korsakoff, 157, 158  
neuroléptica maligna, 202, 349, 355, 356, 357  
serotoninérgica, 367  
tóxicas, 140  
    anticolinesterásica, 140  
    colinérgica, 140  
    depressiva, 140  
    extrapiramidal, 140  
    metemoglobinêmica, 140  
    narcótica, 140  
    simpatomimética, 140

## Sintomas

    extrapiramidais, 202  
    neurológicos, 185  
    psicóticos em população pediátrica, 292

## Sistema(s)

    cardiovascular, 69

gabaérgicos, 350  
gastrintestinal, 69  
geniturinário, 69  
glutamatérgicos, 350  
respiratório, 69

Sistematização da assistência de enfermagem (sae), 35

Situações

de emergência, 14  
de risco (lugares altos), 55  
eletivas, 345

Sonambulismo, 274

Sonhos anormais, 272

Sono

avaliação do, 251, 252  
hábitos de, 252  
privação de, 253  
REM sem atonia, 272

Sonolência excessiva, 270

diurna, 254

Substâncias psicoativas, 145

avaliação geral, 146  
em crianças e adolescentes, 295  
manejo geral, 148

Suicídio, 42, 125, 130

avaliação do risco iminente de suicídio, 129

desamparo, 127  
desesperança, 127  
desespero, 127  
doença(s)  
    clínicas não psiquiátricas, 128  
    mental, 127  
em idosos, 320, 321  
eventos adversos na infância e adolescência, 128  
fatores  
    de proteção, 126, 129  
    de risco, 126  
    sociais, 129  
gênero, 128  
história familiar e genética, 129  
idade, 127  
impulsividade, 127  
orientação sexual, 128  
tentativa prévia de suicídio, 126  
Sulfonas, 142  
Suspeita de organicidade, 66

## T

Tálio, 142  
Tentativas de suicídio, 130, 346  
    abordagem inicial após, 132

Termo de consentimento livre e esclarecido, 392

Teste(s)

de latências múltiplas do sono, 255

de triagem para doenças físicas, 73

neuroendócrinos, 70

toxicológicos, 73

Tóxico, 137

Toxicologia, 137

Tranilcipromina, 364

Tranquilização

parenteral, 95

por via oral, 94

rápida, 91

Transferência, 68

Transtorno(s)

afetivo bipolar em crianças e adolescentes, 294

alimentares, 279

conceito, 279

epidemiologia, 279

fatores de proteção, 280

fatores de risco, 280

fisiopatologia, 280

identificação, 280

importância, 279

manejo, 283

bipolar, 212

- abordagem farmacológica, 215
- abordagem não farmacológica, 215
- perinatal, 307

comportamental do sono REM, 272

conversivo, 247

da personalidade

- antisocial, 340
- borderline, 340
- dependente, 340
- esquizoide, 340
- esquizotípica, 340
- evitativa, 340
- histriônica, 340
- narcisista, 340
- obsessivo-compulsiva, 340
- paranoide, 340

de ansiedade, 223, 267

- de doença, 247
- devido a uma condição médica geral, 226
- diagnóstico diferencial dos, 227

em emergência assistência de enfermagem a pacientes com, 383

generalizada, 225

- perinatal, 308

induzido por substâncias, 226

social, [226](#)  
de atraso de fase do sono, [262](#)  
de avanço de fase do sono, [262](#)  
de déficit de atenção e hiperatividade, [291](#)  
de despersonalização/desrealização, [247](#)  
de estresse pós-traumático, [267](#)  
    pós-parto, [308](#)  
de hipersonolência central, [254](#)  
de humor, [265](#)  
    em situação de emergência, [207](#)  
de jetlag, [262](#)  
de oposição desafiante e transtorno de conduta, [291](#)  
de pânico, [225](#)  
de personalidade, [337](#)  
    causas, [338](#)  
    critérios diagnósticos, [339](#)  
    epidemiologia, [337](#)  
    fatores de proteção, [338](#)  
    fatores de risco, [338](#)  
    importância da situação, [337](#)  
    manejo e tratamento, [340](#)  
de sintomas somáticos, [247](#)  
dissociativos, [247](#)  
    de identidade, [246](#)  
    somatoformes, [245](#)

do desenvolvimento intelectual/deficiência intelectual, 291

do espectro autista, 292

do estresse pós-traumático, 233

- abordagens farmacológicas, 240
- após a exposição ao trauma, 239

abordagens psicoterápicas, 240

- após a exposição ao trauma, 238

avaliação e manejo baseado em evidências, 237

epidemiologia, 235

fisiopatologia, 237

manifestações clínicas, 236

do pânico na gestação, 308

do ritmo

- circadiano, 261
- sono/ vigília
  - irregular, 262
  - não 24 horas, 262

do sono, 254

do trabalho em turnos, 262

externalizantes, 291

factício, 245, 247, 248

mentais

- em crianças e adolescentes, 288
- funcionais, 13

obsessivo-compulsivo na gestação, 308

por uso de substâncias, 265  
psicóticos, 192, 196  
diagnóstico diferencial, 197, 198  
em pronto-socorro, 202  
fatores de risco, 196  
fisiopatologia, 196  
manejo na emergência, 199  
tratamento, 199  
psiquiátrico, 19  
e sono, 264  
respiratórios relacionados com o sono, 259, 271  
Trauma psíquico, 233  
Triagem, 64  
sorológica, 72  
Turno de atividade profissional, 253

## U

Unidade de terapia intensiva, 54  
Urgência, 14, 345  
maior, 30, 31  
menor, 30, 31  
Uso de substâncias psicoativas, 13  
aspectos éticos e legais, 397

## V

Valproato de sódio, 217

Vestuário, 51

Vias

aéreas, 139

dopaminérgicas, 347

mesocortical, 347

mesolímbica, 347

nigroestrital, 348

túbero-infundibular, 348

Vínculo, 64, 65

Vulnerabilidades, 379

Z

Ziprasidona, 93

Zuclopentixol, 92

DANIEL MARTINS DE BARROS

# PSIQUIATRIA FORENSE:

Interfaces, Infrações e Casos Clínicos



## Psiquiatria Forense

Barros, Daniel Martins de  
9788535281705  
288 páginas

[Compre agora e leia](#)

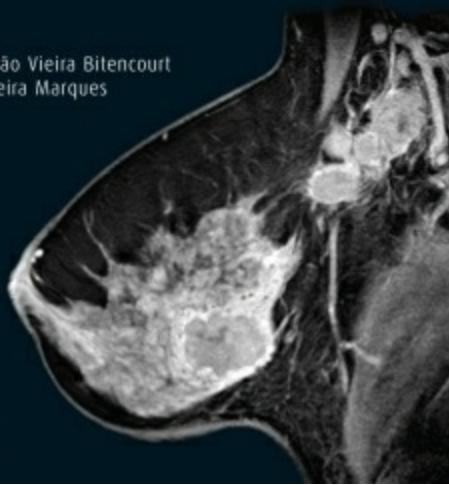
Chegou Psiquiatria Forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas. A obra, divide-se em três seções. A primeira é dedicada à relação mais direta entre a Psiquiatria e o Direito – caso de perícias, laudos etc. Na segunda, as questões bioéticas pertinentes à saúde mental são abordadas, tratando de temas que vão das internações compulsórias às dúvidas relativas ao sigilo com pacientes psiquiátricos. Por fim, a terceira parte aborda os mais diversos transtornos mentais comuns, raros, simples e complexos apontando de forma prática quais as implicações legais mais comumente enfrentadas por aqueles que lidam com pacientes com tais diagnósticos. Com essa abordagem tríplice, a obra promove de forma inédita uma articulação abrangente da Psiquiatria com toda a sociedade, fornecendo meios para os profissionais de saúde mental, especialistas ou não, manejarem as ferramentas necessárias para lidar com as questões éticas e legais com as quais se deparará inevitavelmente.

[Compre agora e leia](#)

# ATLAS de DIAGNÓSTICO por **IMAGEM da MAMA**

*Correlação entre os Diferentes Métodos de Imagem*

Almir Galvão Vieira Bitencourt  
Elvira Ferreira Marques



ELSEVIER

Atlas de diagnóstico por imagem de mama

Marques, Elvira Ferreira

9788535290592

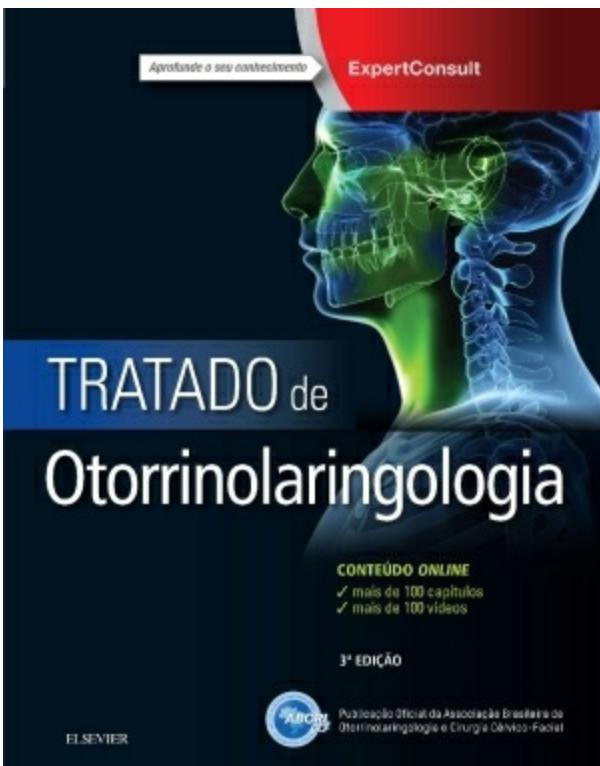
440 páginas

[Compre agora e leia](#)

O câncer de mama é o tumor maligno mais frequente (excluindo o câncer de pele não-melanoma) e a principal causa de morte por neoplasia entre mulheres no Brasil e no mundo. Os métodos de imagem são de fundamental importância para o manejo de pacientes com câncer de mama, tanto para o rastreamento, como para diagnóstico, estadiamento, avaliação de resposta e seguimento após o tratamento. A proposta é correlacionar os diferentes métodos de imagem para avaliação das mamas. Uma lesão considerada suspeita em um método pode apresentar características benignas em outro, evitando a realização de procedimentos desnecessários. Além disso, a avaliação com diferentes métodos permite uma melhor avaliação da extensão da doença em tumores malignos. Apresentar de forma prática os aspectos técnicos e indicações atuais para os principais métodos de imagem utilizados na avaliação das mamas. Descrever os principais achados de imagem e estruturação do laudo de acordo com a última edição do BIRADS ( O termo BIRADS é um acrônimo para Breast Imaging Reporting and Data System, ou seja, é uma sistematização internacional para a avaliação mamária, interpretação do exame e confecção dos laudos de exames

de imagem especificamente da mama) Descrever e ilustrar os aspectos de imagem mais comuns das principais patologias mamárias. Mais de 1000 ilustrações, para facilitar o aprendizado pelo residenteCorrelaciona os diferentes métodos de imagem para avaliação das mamasApresenta de forma prática os aspectos técnicos e indicações atuais para os principais métodos de imagem utilizados na avaliação das mamas.Descreve os principais achados de imagem e estruturação do laudo de acordo com a última edição do BIRADS

[Compre agora e leia](#)



## Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvicofacial da ABORL-CCF

Associação Brasileira de  
9788535289039  
1000 páginas

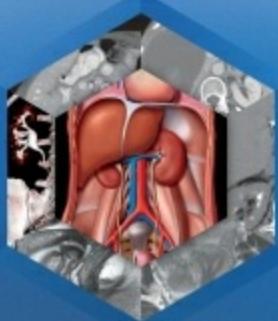
[Compre agora e leia](#)

A fim de termos em nosso catálogo o livro referência da área de Otorrinolaringologia, que é utilizado como base de estudo para os residentes da especialidade. A obra é escrita pelos principais nomes em Otorrinolaringologia no Brasil sendo referência e uma fonte confiável para consulta na prática clínica diária. Essa terceira edição será composta de apenas um volume e haverá capítulos impressos totalizando 1000 páginas e capítulos on-line com até 2.500 páginas. Além disso, haverá vídeos de procedimentos cirúrgicos e de exames, que também é uma novidade para esta edição.

[Compre agora e leia](#)

**Expert<sup>DDX</sup>**  
**Abdome & Pelve**

Federle | Raman | Tublin  
SHAABAN • BORHANI • FURLAN • HELLER



ELSEVIER

TRADUÇÃO DA 2<sup>a</sup> EDIÇÃO

AMIRSYS<sup>®</sup>

ExpertDDX

Federle, Michael P.

9788535288766

752 páginas

[Compre agora e leia](#)

ExpertDDX: Abdome e Pelve. Professor Assistente de Radiologia do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, Baltimore, Maryland

[Compre agora e leia](#)



CRISTINA WERKEMA

Série Werkema  
de Excelência Empresarial

## LEAN SEIS SIGMA

Introdução às Ferramentas do *Lean Manufacturing*

 CAMPUS

2<sup>a</sup> EDIÇÃO

Material  
de Professor  
na WEB

Lean Seis Sigma

Werkema, Cristina

9788535253856

120 páginas

[Compre agora e leia](#)

O Lean Manufacturing, cujas origens remontam ao Sistema Toyota de Produção, é uma iniciativa que busca eliminar desperdícios, isto é, excluir o que não tem valor para o cliente e imprimir velocidade à empresa. Já o Seis Sigma é uma estratégia cujo foco principal é a redução de custos e melhoria da qualidade de produtos e processos, com o consequente aumento da satisfação de clientes e consumidores e da lucratividade da organização. O programa resultante da integração entre o Seis Sigma e o Lean Manufacturing, por meio da incorporação dos pontos fortes de cada um deles, é denominado Lean Seis Sigma, uma estratégia mais abrangente, poderosa, eficaz e adequada para a solução de todos os tipos de problemas relacionados à melhoria de processos e produtos. Neste livro, é apresentada uma introdução às ferramentas do Lean Manufacturing e uma forma de integração dessas ferramentas ao método DMAIC, um dos pilares do Seis Sigma. O objetivo é que esta obra seja uma fonte de consulta para os profissionais que desejem obter uma visão geral do tema por meio de uma leitura rápida.

[Compre agora e leia](#)