

# Conceito

- Emergência psiquiátrica (EP) é qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo (de morte ou dano grave) para o paciente ou para terceiros, demandando uma intervenção terapêutica imediata.

## EMERGÊNCIAS

- Alteração do pensamento, sentimentos ou ações que envolvem risco de morte ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e inadiáveis (tempo medido em minutos ou horas).
- Exemplos: violência, suicídio ou tentativa de suicídio, estupor depressivo, excitação maníaca, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e severa autonegligência.

## URGÊNCIA

- A situação implica riscos menores que necessitam de intervenções em curto prazo (tempo medido em dias ou semanas).
- Exemplos: comportamento bizarro, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas e sintomas psicóticos.

## ELETIVAS

- A rapidez da intervenção não é um critério essencialmente importante. Exemplos: ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, informações sobre medicações e fornecimento de receitas.

# Perfil Epidemiológico

- Mudou nas últimas décadas graças a reforma psiquiátrica.
- As EP são inicialmente atendidas em PS de hospitais gerais ou UPAs ou UBS.
- São um problema de saúde pública e se apresentam de diversas formas, sendo, portanto, um tema relevante para


# Emergências e urgências psiquiátricas

Glória Amorim - 8º P

médicos e profissionais da saúde de modo geral.

- O estigma, as concepções errôneas e a falta de treinamento são fontes de insegurança para muitos profissionais da saúde que se deparam com pacientes agitados e/ou agressivos.
- Além do manejo técnico, as emergências psiquiátricas estão associadas a potenciais desdobramentos de cunho ético e legal, notavelmente as internações involuntárias. Trata-se, pois, de tema complexo e abrangente.

# Objetivos



**OBJETIVOS DE UM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

- **Estabilização do quadro:** deve-se estabelecer um sintoma-alvo a ser abordado e controlado, a fim de facilitar a continuidade da investigação diagnóstica e a intervenção terapêutica. Algumas vezes, o controle do sintoma-alvo pode ser um desafio clínico (p. ex., em uma agitação psicomotora) ou pode desenrolar-se simultaneamente aos demais processos do atendimento (p. ex., ansiedade relacionada a uma ideação suicida). Pacientes que obviamente não entendem o que está ocorrendo ou que apresentam ampla dificuldade de comunicação e/ou sinais potenciais de violência devem ser primeiramente contidos e medicados na abordagem inicial.
- **Estabelecimento de uma hipótese diagnóstica:** é importante que o médico procure definir a causa provável da situação de emergência do paciente. O estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, mesmo que provisória, serve como referencial para sua avaliação da evolução.
- **Exclusão de uma causa orgânica:** é recomendável, inicialmente, excluir uma potencial causa orgânica que explique as alterações do estado mental do paciente. Os indícios de alterações orgânicas apresentam-se na história do paciente, no exame físico e no exame do estado mental, mais especificamente no que se refere a consciência, atenção, sensopercepção, orientação e memória. A partir do grau de suspeição, deve-se solicitar exames complementares apropriados.
- **Encaminhamento:** após a estabilização do quadro e o manejo dos riscos imediatos, o psiquiatra deve encaminhar adequadamente o paciente para que seja dada continuidade ao tratamento do evento desencadeante da emergência. Esse encaminhamento pode ser para uma internação hospitalar, para hospital-dia, ambulatório, entre outros.

# Interconsulta em hospital geral

- A denominação Interconsulta inclui, no sentido em que é utilizada no Brasil, a consultoria psiquiátrica e a psiquiatria de ligação.

## CONSULTORIA

- Consultoria se refere à atuação de um profissional da saúde mental que avalia e indica um tratamento para pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas. A presença do psiquiatra no serviço é episódica, responde a uma solicitação específica.

## LIGAÇÃO

- Já a ligação implica um contato, de forma contínua, com serviços do hospital geral, como uma enfermaria ou unidades especializadas.

## LEITOS DE PSIQUIATRIA

- Leitos de psiquiatria em uma enfermaria de clínica médica implicam pelo menos três problemas:
  - 1- o difícil manejo de pacientes psicóticos agudos, às vezes agitados;
  - 2- a atitude dos outros pacientes e de seus familiares em relação ao doente mental;
  - 3- a oposição da administração e do corpo clínico do hospital em relação à admissão de doentes mentais.

## UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAL GERAL

- As UPHGs têm se adequado, com mais frequência, aos pacientes psicóticos agudos e aos acometidos por transtornos do humor.
- A internação de pacientes neuróticos graves em UPHGs também é proporcionalmente maior do que em hospitais psiquiátricos.
- No entanto, falta de segurança e de pessoal tem dificultado o atendimento de pacientes agressivos e de idosos dependentes de cuidados de enfermagem.

- Além disso, a internação do dependente de álcool ou de drogas é preterida ou reduzida a um mínimo de tempo. A exceção fica por conta das poucas instituições que se especializaram nesse tipo de atendimento.

## VANTAGENS DE UMA UPHG

- Diminuição do estigma da doença mental. O doente mental no hospital geral passaria a ser visto como um doente semelhante aos outros.
- Proximidade e acesso. Os hospitais gerais costumam estar mais próximos e acessíveis às populações atendidas. Essa maior proximidade favorece a regionalização e a continuidade da assistência, bem como o tratamento mais precoce dos transtornos mentais, diminuindo, pelo menos em parte, o estado crônico.
- Maior transparência da prática psiquiátrica. Não sendo tão isolados, os hospitais gerais permitem melhor visibilidade e mesmo fiscalização contra possíveis abusos e maus-tratos a pacientes.
- Melhor atenção à saúde física. Há maior disponibilidade de médicos de diversas especialidades e recursos diagnósticos, facilitando o reconhecimento e o tratamento de doenças e intercorrências clínicas somáticas (estudos epidemiológicos têm demonstrado exaustivamente que doentes mentais têm prevalência aumentada de distúrbios e doenças somáticas).
- Maior intercâmbio interdisciplinar com outras especialidades médicas, favorecendo a assistência, a pesquisa e a formação dos profissionais da saúde.

## DESVANTAGENS DE UMA UPHG

- Limitação e inadequação do espaço físico. A maioria dos hospitais gerais não conta com pátios para exposição solar, áreas verdes, hortas, áreas para esportes, salão de festas e demais estruturas.
- Devido a uma excessiva adesão ao modelo médico, o tratamento é centrado em terapêuticas somáticas (farmacoterapia, eletroconvulsoterapia).



- A ênfase em tratamentos sintomatológicos pode inibir a atenção à subjetividade dos pacientes, havendo, assim, o perigo de uma “cultura manicomial” dentro de uma UPHG.
- As internações em hospitais gerais costumam ser breves. Altas precoces, sem adequado acompanhamento dos pacientes em serviços ambulatoriais, implicam maior número de reinternações e dificuldade na reabilitação.

QUADRO 1.1

Realidade sanitária e importância da interconsulta

Elevada morbidade psiquiátrica em pacientes internados na atenção primária e em hospitais gerais.

Aumento da população idosa, com elevação da prevalência de transtornos mentais.

Aumento da prevalência de doenças crônicas (câncer, aids, hemodiálise, etc.) e de distúrbios psicossociais e psiquiátricos associados.

Aumento do custo financeiro e social devido à comorbidade.

Associação entre estilo de vida e determinadas doenças.

Movimento de “humanização” dos hospitais.

Valorização da qualidade de vida e da adesão dos pacientes ao tratamento.

Aspectos emocionais e éticos envolvidos em situações clínicas dilemáticas.

QUADRO 1.1

Aspectos importantes da organização ambiental da emergência psiquiátrica

Instituição de protocolos e rotinas para o manejo de paciente agitado ou violento

Treinamento e reciclagem periódica da equipe responsável pelo atendimento

Disponibilidade de equipe de segurança próximo ao consultório

Observação contínua por outros membros da equipe

Acesso rápido a material para contenção mecânica e medicação

Organização do espaço físico destinado ao atendimento

Consultório preferencialmente com duas saídas e com portas que abram para fora

Porta do consultório mantida aberta

Descarte de objetos pesados e adornos pessoais

Acesso facilitado à porta e evitar sentar-se atrás de uma mesa

Sistema de alarme ou código comum entre a equipe

Atendimento precoce e com privacidade, porém não totalmente isolado

Redução dos estímulos externos

Afastamento de pessoas que possam ser desestabilizadoras para o paciente

Acesso fácil a serviços diagnósticos gerais e ao auxílio de outros especialistas

Fonte: Mantovani e colaboradores,<sup>1</sup> Rice e Moore,<sup>8</sup> Deans,<sup>9</sup> Phillips,<sup>10</sup> Dubin e Weiss.<sup>11</sup>

- Episódio maníaco (internação)
- Episódio depressivo grave ou sintomas psicóticos (internação)
- Episódio depressivo (avaliar gravidade e apoio)
- Crises de ansiedade (avaliar condição, observação)
- Heterofressão ou autogressão (avaliar condição, observação, internação)
- Uso de substâncias (observação/ internação)
- Delirium
- Delirium tremens
- Outras condições orgânicas associadas

## Haloperidol e prometazina

- Intervenções: Tratamento aberto com haloperidol intramuscular 5-10 mg ou haloperidol intramuscular 5-10 mg associado à prometazina intramuscular até 50 mg. As doses foram decididas pelo médico que prescreveu o tratamento.
- Principais medidas de desfecho: O desfecho primário foi a proporção de pacientes tranquilos ou adormecidos em 20 minutos. Os desfechos secundários foram: pacientes adormecidos em 20 minutos, pacientes tranquilos ou adormecidos em 40, 60 e 120 minutos, pacientes em contenção física ou que receberam medicamentos adicionais em 2 horas, eventos adversos graves, novo episódio de agitação ou agressão, nova visita do médico nas 24 horas subsequentes, dose total de antipsicóticos nas primeiras 24 horas e permanência no hospital após 2 semanas.

## Texto suicídio no idoso

- "O risco de suicídio é modificável, e nós encorajamos os profissionais de saúde a explorar com sensibilidade os pensamentos suicidas nos pacientes que expressem

- pensamentos depressivos ou dificuldade de lidar com outros fatores estressantes da vida“

SAD PERSONS

- Uma resposta positiva à presença de depressão ou desesperança, perda de processos racionais de pensamento, um plano organizado e sério para tentar o suicídio e resposta afirmativa ou ambivalente sobre a intenção futura de cometer suicídio recebem 2 pontos cada. As outras respostas positivas recebem 1 ponto.
- Um escore <=5 indica que, provavelmente, o paciente pode receber alta com segurança. Um escore >=9 indica a necessidade de internação psiquiátrica, e escores entre 6 e 8 indicam a necessidade de avaliação psiquiátrica no DE

| Escala Sad Persons Modificada para Diagnóstico de Depressão no Departamento de Emergência |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
| Mnemônico   | Característica                                  |  | Pontuação |
| S   | Sexo  | Masculino  | 1         |
| A   | Idade   | <19 ou >45   | 1         |
| D   | Depressão ou desesperança                       | Depressão ou diminuição da concentração, sono, libido              | 2         |
| P   | Prévia tentativa ou tratamento                  | Atendimento ambulatorial ou hospital psiquiátrico prévio           | 1         |
| E   | Excesso no uso de álcool ou drogas              | Estigmas de adição crônica ou uso frequente recente                | 1         |
| R   | Racionalidade (perda)                           | Síndrome cerebral orgânica ou psicose                              | 2         |
| S   | Separado, viúvo ou divorciado                   |  | 1         |
| O   | Organização ou seriedade da tentativa           | Planejamento bem feito ou método arriscado                         | 2         |
| N   | Ausência de apoio social                        | Sem familiares próximos, amigos, trabalho ou engajamento religioso | 1         |
| S   | Stated future intent (declarou intenção futura) | Determinado a repetir a tentativa ou ambivalente                   | 2         |