# TEMA: EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

## O que é rede de atenção psicossocial?

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS II

### A RAPS está presente

#### Na atenção basica

* Unidade Básica de Saúde;
* Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
* Consultório de Rua;
* Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.

#### Atenção psicossocial estratégica

* Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

#### Atenção de Urgência e Emergência

* SAMU 192;
* Sala de Estabilização;
* UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

#### Atenção Residencial de Caráter Transitório

* Unidade de Acolhimento;
* Serviço de Atenção em Regime Residencial.

#### Atenção Hospitalar

* Enfermaria especializada em hospital geral;
* Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

#### Estratégia de Desinstitucionalização

* Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
* Programa de Volta para Casa (PVC). Estratégias de Reabilitação Psicossocial.
* Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
* Empreendimento Solidários e Cooperativas Socias.

#### REFERENCIAS

[CONHEÇA A RAPS](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf" \o "Clique aqui para ir até as referências)

## EMERGENCIA NA PSIQUIATRIA

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. Dessa forma faz-se necessário uma **intervenção terapêutica imediata.**

**Emergência –** Risco imediato a manutenção da vida, e deve ser corrigido em minutos a no máximo horas.

**Emergência Psiquiátrica –** Risco de o paciente prejudicar a si mesmo e a terceiros.

### SINAIS DE EMERGÊNCIA PSIQUIATRICA

Alteração do pensamento, sentimentos ou ações que envolvem risco de morte ou risco social grave, necessitado de intervenções imediatas e inadiáveis - **deve ser tratado de forma imediata, agindo em no máximo em questão de horas.**

**Exemplos -** *violência, suicídio ou tentativa de suicídio, estupor depressivo, excitação maníaca, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e severa autonegligência.*

## URGÊNCIA psiquiatrica

**Na psiquiatria é observada por situações em que implica riscos menores e que também necessitam de intervenções em curto prazo, em questão de dias a semanas**. E pode ser observada por mudanças de comportamentos, quadros agudos de ansiedades e surgimentos de sintomas psicóticos.

Portanto, é por meio de uma observação mais minuciosa em que o profissional junto com os familiares pode intervir a evitar uma emergência psiquiátrica.

**Exemplos -** *comportamento bizarro, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas e sintomas psicóticos*

## Onde ocorrem esses casos

* Como jugar se uma situação e emergência ou não?
* Como julgar se um caso é de internação?
* Como avaliar se o paciente pode ou não receber alta medica?

Muitas vezes o paciente irá procurar o pronto socorro como último recurso para salvar sua vida de um possível suicídio, seja por ele mesmo ou por intervenção de algum familiar. E na maioria das vezes será em ambientes hospitalares, unidades básicas de saúde e unidades de pronto atendimento. Compete ao profissional identificar os sinais de urgência e iniciar uma intervenção mais apropriada.

Existem ferramentas que auxiliam o examinador a realizar um rastreio de maior qualidade, e por meio delas pode se avaliar se o paciente está apto a ter alta ou não. Como a **Sad Person** por exemplo.

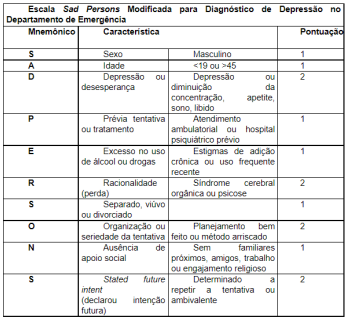
### Sad person

A escala SAD PERSONS é uma sigla utilizada como dispositivo mnemônico. Foi desenvolvido pela primeira vez como uma ferramenta de avaliação clínica para profissionais médicos para determinar o risco de suicídio

#### Escore:

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



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAs

**Mudou nas últimas décadas graças a reforma psiquiátrica**, e são importantes alguns pontos:

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**. Por isso dá importância para os profissionais de saúde o aprofundamento sobre o tema para uma correta abordagem.

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.

Apesar de um tema complexo e abrangente, é de suma importância a preparação dos profissionais da saúde para manejo desses pacientes.

## OBJETIVOS no tratamento a emergências e urgências

### Estabilização do quadro

* 1. **Estabelecer o sintoma alvo**, que deve ser abordado e controlado, a fim de facilitar a continuidade da investigação diagnostica e a intervenção terapêutica.
  2. Caso um dialogo, ou medidas mais passivas não consigam conter o paciente, aí sim, essa se em uma intervenção físicas de contenção.

### Estabelecimento de uma hipótese diagnostica

* 1. É importante que o médico procure definir a causa provável da situação de emergência do paciente. O estabelecimento de uma hipótese diagnostica, mesmo que provisória, serve como referencial para sua avaliação da evolução.

### Exclusão de uma causa orgânica

* 1. É necessário excluir um potencial causa orgânica que explique as alterações do estado mental do paciente.
  2. 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, senso percepção, orientação e memória. (CASOMI). A partir do grau de suspeição, deve-se solicitar os exames complementares apropriados.

### Encaminhamento

* 1. Após estabilização do quadro e o manejo dos riscos imediatos, o médico deve encaminhar adequadamente o paciente para que seja dada continuidade ao tratamento do evento desencadeante da emergência.
  2. Esse encaminhamento pode ser para:
     1. Uma internação hospitalar,
     2. hospital-dia,
     3. 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 se refere a atuação de um profissional da saúde mental que avalia e indica um tratamento para parecer-te-ás que estão sob os cuidados de outros especialista. A presença do psiquiatra no serviço é episódica, responde a uma solicitação especifica.

Já a ligação implica um contato, de forma continua, com serviços do hospital geral. Como uma enfermeira ou unidades especializadas.

## LEITOS DE PSIQUIATRIA

Leitos de psiquiatra em uma enfermaria de clinica medica implicam pelo menos três problemas:

1. o **difícil manejo** dos pacientes psicóticos agudos, as vezes agitadas.
2. A **atitude dos outros** pacientes e de seus familiares em relação ao doente mental
3. ***A oposição da administração e do corpo clinico do hospital em relação a admissão de doentes mentais.***

As UPHG (***unidade psiquiátrica em hospital geral***) 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 capacitado 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 preferida ou reduzida a um mínimo de tempo. **A exceção fica por conta das poucas instituições que se especializaram nesse tipo de atendimento**

### VANTAGENS das uphgs

Porém existem algumas vantagens nas UPHG, como a **diminuição do estigma da doença mental**. O doente mental no hospital geral passaria a ser visto como um doente semelhantes aos outros.

Os hospitais gerais costumam está mais **próximo e acessível** às populações atendidas. Essa maior proximidade aparece a regionalização e a continuidade da assistência, bem como o tratamento mais precoce dos transtornos mentais, diminuindo, pelo menos em parte, o estado crônico

Há também uma 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).***

E por fim, um maior intercâmbio interdisciplinar com outras especialidades médicas, favorecendo a assistência, a pesquisa e a formação dos profissionais da saúde.

### DESVANTAGENS DAS UPHGs

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, resultando em altas precoces, sem adequado acompanhamento dos pacientes em serviços ambulatórias. O que pode implicar em um maior número de reinternações e dificuldade na reabilitação desses pacientes.

## SITUAÇÕES NO PS DE UM HG

* Ideação, planejamento, comportamento, tentativa de suicídio prévio (**avaliar condição, observação/internação**)
* tentativa de suicídio (**internação**)
* Surto psicótico independente da causa (**internação**)
* psicose alcoólica (**internação**)
* Psicose puerperal ou gestacional (**internação**)
* Episódio maníaco (**internação**)
* Episódio depressivo grave ou sintomas psicóticos (**internação**)
* Episódio depressivo (**avaliar gravidade e apoio**)
* Crises de ansiedade (**avaliar condição, observação**)
* Heterogressão ou autoagressão (**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.

### Artigo referencia

1 - [Tranquilização rápida em emergência psiquiátrica no Brasil: estudo pragmático controlado e randomizado sobre haloperidol intramuscular versus haloperidol intramuscular associado à prometazina](https://proqualis.net/artigo/tranquilização-rápida-em-emergência-psiquiátrica-no-brasil-estudo-pragmático-controlado-e)