

CRISE E URGÊNCIA

EM SAÚDE MENTAL

Módulo 4
O Cuidado às Pessoas em Situações de Crise e
Urgência na Perspectiva da Atenção Psicossocial

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Universidade Aberta do Sistema Único de saúde (UNA-SUS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

Diretor do Centro de Ciências da Saúde Sérgio Fernando Torres de Freitas

Chefe do Departamento de Enfermagem Maria Itayra Padilha

EQUIPE DO CURSO NA UFSC

Coordenação Geral do Projeto e do Curso Maria Terezinha Zeferino

Assessoria Pedagógica Maria do Horto Fontoura Cartana

Supervisor de Tutoria e conteudista de referência Marcelo Brandt Fialho

Apoio ao AVEA Jader Darney Espíndola

Secretaria Viviane dos Santos

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Cristoph Boteri Surjus

Daniel Márcio Pinheiro de Lima

Felipe Farias da Silva

Jaqueline Tavares de Assis

Karine Dutra Ferreira da Cruz

Keyla Kikushi

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Mauro Pioli Rehbein

Mônica Diniz Durães

Roberto Tykanori Kinoshita

Thais Soboslai

ORGANIZADORES DO MÓDULO

Maria Terezinha Zeferino - UFSC

Jeferson Rodrigues - UFSC

Jaqueline Tavares de Assis - MS

REVISORES EXTERNOS

Karine Dutra Ferreira da Cruz - MS

Kátia Cilene Godinho Bertoncele - UFSC

Maria Gabriela Curubeto Godoy - MS

AUTORES

Unidade 1: Ana Marta Lobosque

Unidade 2: Sabrina Stefanello, Políbio José de Campos

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral Eleonora Milano Falcão Vieira

Coordenação de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Márcia Melo Bortolato

Revisão Textual e ABNT Kátia Cristina dos Santos, Marisa Monticelli, Wemylinn Andrade

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial Fabrício Sawczen

Ajustes edição 4 Francielli Schuelter

CRISE E URGÊNCIA

EM SAÚDE MENTAL

MÓDULO 4

O CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÕES DE CRISE E URGÊNCIA NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Z44c Zeferino, Maria Terezinha.

Crise e Urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.
180 p.

ISBN: 978-85-8328-021-7

1. Crise e Urgência – Cuidados. 2. Crise e Urgência – Aspectos Sociais. 3. Saúde Mental. I. Rodrigues, Jeferson. II. Assis, Jaqueline Tavares de. III. Título.

CARTA AO ESTUDANTE

Caro aluno, seja bem-vindo ao quarto módulo do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental.

Saiba que seu empenho, dedicação e entusiasmo são valores que dignificam ainda mais o percurso de seu estudo nesse Curso. Acreditamos que seu tempo despendido para esta atualização contribuirá para o avanço transformador de sua prática, de modo que a reflexão crítica sobre a ação possa ser uma atitude inerente ao exercício profissional.

Nesta parte do Curso você conhecerá o cuidado prestado a pessoas em situações de crise e urgência a partir da realidade da prática. Na primeira parte de nosso estudo serão apresentadas diretrizes gerais para que você compreenda, ainda mais, o contexto que envolve o cuidado na atenção à crise e urgência em saúde mental. Na segunda parte, você vivenciará formas de cuidado nas situações mais frequentes de crise e urgência cuja abordagem foi especialmente pensada e construída para que você possa refletir ainda mais sua prática profissional.

Reforçamos que todo seu estudo durante esse Curso seja compartilhado com outros profissionais, para que você e sua equipe sejam agentes promotores do cuidado integral, ético e que faça a diferença na vida das pessoas.

Portanto, venha conosco para mais este momento do Curso, que busca inovar com conhecimento e vivências práticas de cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Boas vindas!

OBJETIVO GERAL DO MÓDULO

Compreender e aplicar as principais diretrizes estratégicas para o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência, incluindo aquelas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

CARGA HORÁRIA DO MÓDULO

30 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 - PREPARAÇÃO PARA O CUIDADO/ MANEJO DAS PESSOAS EM SITUAÇÕES DE CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL11

1.1 Recursos internos para atenção ao sofrimento psíquico: cuidando de si.....	11
1.1.1 A disponibilidade para acolher.....	12
1.1.2 A abertura para escutar.....	12
1.1.3 Afetos e desafetos: um desafio.....	13
1.1.4 Enfrentando medos, inseguranças e angústias.....	13
1.2 Avaliação do contexto, identificando condições clínicas e psíquicas do indivíduo e das vulnerabilidades, potencialidades e situações de risco	14
1.2.1 A crise: tempo e lugar.....	15
1.2.2 Observando: o primeiro olhar.....	17
1.2.3 A primeira aproximação: fale com ele!.....	18
1.2.4 A atenção aos familiares.....	20
1.2.5 Esclarecendo a situação de crise.....	22
1.2.6 O diagnóstico clínico.....	25
1.2.7 A avaliação.....	28
1.2.8 O projeto terapêutico: primeiros passos.....	29
1.3. Abordagem de situações de crise em diferentes espaços considerando os princípios norteadores: acolhimento, autonomia, garantias de direitos, cuidado pactuado, mediação de conflitos e medidas involuntárias como exceção.....	33
1.3.1 Acolhimento.....	35
1.3.2 Autonomia.....	36
1.3.3 Garantia de direitos.....	38
1.3.4 Cuidado pactuado.....	39
1.3.5 Mediação de conflitos.....	39
1.3.6 Medidas involuntárias como exceção.....	41

1.4 Processo de trabalho individual e em equipe em situação de crise e urgência.....	43
Resumo da unidade.....	47
Leituras complementares.....	48

UNIDADE 2 – CUIDADO/MANEJO DA PESSOA EM CRISE EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS.....51

2.1 Agitação psicomotora, comportamento desorganizado e risco de agressividade	51
2.1.1 Componentes da avaliação	52
2.1.2 Informações relevantes quanto ao manejo	56
2.1.3 Ambiência de atendimento.....	58
2.1.4 Como lidar com uma pessoa agitada?	59
2.1.5 Decisões quanto ao uso do medicamento	64
2.1.6 Acionamento de outros recursos da rede de saúde	67
2.2 Quadros confusionais, psico-orgânicos e complicações clínicas	71
2.2.1 Componentes da avaliação	74
2.2.2 Informações relevantes quanto ao manejo	78
2.2.3 Recomendações para a Rede de Atenção Psicossocial.....	81
2.3 Crises e urgências relacionadas ao uso de substâncias psicoativas	82
2.3.1 Prevalência de demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas na urgência.....	83
2.3.2 As apresentações clínicas de crise, urgência e emergência relativas às demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas.....	86
2.3.3 A relevância das comorbidades entre transtornos decorrentes de álcool e outras drogas e transtornos mentais nas situações de crise, urgência e emergência.....	103
2.3.4 A integração do cuidado, o trabalho em rede e as recomendações para uma assistência de qualidade e centrada no usuário com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas	106

2.4 Depressão, crise de ansiedade e angústia	116
2.4.1 As apresentações depressivas da crise e sua abordagem na RAPS	117
2.4.2 Crise de ansiedade e angústia	130
2.4.4 Diretrizes e recomendações para Rede de Atenção Psicossocial.....	137
2.5. Risco de suicídio	141
2.5.1 Componentes da avaliação	143
2.5.2 Informações relevantes quanto ao manejo	147
2.5.3 Recomendações para a Rede de Atenção Psicossocial.....	158
Resumo da unidade.....	160
Leituras complementares	161
Referências	165

ENCERRAMENTO DO MÓDULO.....175

AUTORES 176

ORGANIZADORES..... 178

Preparação para o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental

01

Autora:

Ana Marta Lobosque



UNIDADE 1 - PREPARAÇÃO PARA O CUIDADO/ MANEJO DAS PESSOAS EM SITUAÇÕES DE CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Objetivo: Refletir e relacionar os princípios norteadores do cuidado às pessoas em situações de crise e urgência e sua implicação com o processo de trabalho individual e em equipe.

Carga horária: 10 horas.

1.1 RECURSOS INTERNOS PARA ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CUIDANDO DE SI

Ao atender crises e urgências no âmbito do cuidado em liberdade, você lidará com situações de grande riqueza clínica, contribuindo para o seu pleno amadurecimento como trabalhador de saúde mental. Entretanto, o manejo dessas situações pode ser estressante. Por isso, é importante que você possa mobilizar seus recursos subjetivos de forma a lidar com essas situações da forma mais tranquila e acolhedora possível.

Você pode fazer isso através da discussão regular dos casos, da ajuda da equipe, da reflexão teórica, da supervisão clínico-institucional, mas também é necessário o exame de si mesmo, com atenção às dificuldades de ordem pessoal.

As situações de crise nos desafiam a tentar ultrapassar nossos limites e cultivar nossas possibilidades, o que é essencial para o trabalho que fazemos. Afinal, cuidar do outro requer também um cuidado de si!

1.1.1 A disponibilidade para acolher

Muitas vezes, encontramos no usuário em crise uma recusa ou mesmo uma hostilidade diante dos nossos esforços para abordá-lo. Essa atitude, porém, não nos deve fazer recuar. Afinal, a pessoa em crise intensa não controla, ou controla apenas parcialmente os seus pensamentos, impulsos e vontade. Tendo chegado a um ponto insuportável de sofrimento, ela pode encontrar-se, por assim dizer, “fora de si”.

Você pode ter certeza de que, por mais transtornado que o usuário esteja, ele perceberá sua disponibilidade para acolhê-lo e será sensível a ela. Essa percepção do usuário poderá ocorrer tanto no momento do atendimento da sua crise quanto em uma ocasião posterior. Portanto, é importante que você cultive uma postura realmente disponível e acolhedora diante do outro.

1.1.2 A abertura para escutar

Na primeira abordagem com o usuário em crise, devemos colocar entre parênteses os nossos conhecimentos técnicos, para aprender aquilo que apenas aquele caso específico nos pode ensinar.

Mais importante do que saber “o que o usuário tem”, no sentido psicopatológico, é atentar para aquilo que o faz sofrer.

Fique à vontade para perguntar tudo o que for necessário. Não se trata, no entanto, de fazer um interrogatório. Simplesmente formule ao usuário, aos familiares e a outros acompanhantes as questões necessárias para avaliar os motivos do sofrimento presente, e os riscos que traz. É recomendável que você desenvolva a capacidade de manter em suspenso o seu próprio saber, para apreender, diante de cada pessoa e cada situação, o novo e o singular que chegam até você.

1.1.3 Afetos e desafetos: um desafio

Quando atendemos uma pessoa, é natural que ela nos desperte sentimentos de simpatia, antipatia, ou tantos outros; esses sentimentos, porém, quaisquer que sejam, não devem determinar a nossa postura e a nossa forma de agir em relação a ela. Exercer certo domínio sobre nossas atrações e aversões é um aprendizado necessário para o trabalhador de saúde mental. Da mesma forma, as características pessoais e o comportamento do usuário não devem ser objeto de nosso julgamento moral.

Quando o usuário em crise se mostra hostil, a ausência de cooperação, os xingamentos, as eventuais tentativas de agressão, são atitudes que tendem a nos afastar dele. Contudo, não permita que isso aconteça!

Justamente porque esse usuário exerce pouco ou nenhum controle sobre si mesmo nesses momentos, é que ele necessita, mais do que qualquer outro, da nossa ajuda.

A real disponibilidade em acolher alguém que se encontra em grave sofrimento deve prevalecer sobre os afetos e desafetos que este alguém pode despertar em você!

1.1.4 Enfrentando medos, inseguranças e angústias

Mesmo quando você consiga manter-se disponível, mantendo sob controle os sentimentos de agrado ou desagrado que o usuário em crise lhe causar, há ainda outros sentimentos a levar em consideração.

O medo diante de usuários “agitados”, por exemplo, é um sentimento comum, do qual você não precisa se envergonhar. Nesse caso, tome medidas básicas de cautela: não fique a sós, nem em local fechado

Quando a sua angústia toma conta de você, isso tem como resultado aumentar a angústia do usuário!

com um usuário que o amedronta; quando necessário, peça ajuda a outros colegas mas, sobretudo, não o provoque, não o humilhe, não se mostre autoritário. Essa é a melhor maneira de evitar ou agravar conflitos. Você verá que, com o tempo e a prática, o medo deixa de nos perturbar. Há muitos graus e tipos de agitação e, na maioria deles, uma abordagem delicada e precisa tranquiliza um usuário que inicialmente parecia perigoso ou ameaçador.

A angústia e a insegurança são também sentimentos comuns diante de usuários em crise, geralmente porque nos sentimos impotentes para aliviar ou resolver sua situação. Contudo, esses sentimentos ditam atitudes ou omissões geralmente precipitadas e prejudiciais.

1.2 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO, IDENTIFICANDO CONDIÇÕES CLÍNICAS E PSÍQUICAS DO INDIVÍDUO E DAS VULNERABILIDADES, POTENCIALIDADES E SITUAÇÕES DE RISCO

As crises podem apresentar-se sob diferentes formas psicopatológicas e diferentes graus de intensidade. Contudo, embora o diagnóstico, as características clínicas, a intensidade do sofrimento do usuário e de sua família sejam elementos importantes para a sua avaliação, há outros fatores de idêntica importância, necessários para elucidar a situação de maior ou menor vulnerabilidade do usuário.

Diante da situação de crise, portanto, importa verificar, dentre outros aspectos:

- as características psicopatológicas e a gravidade clínica do quadro;
- a intensidade do sofrimento do usuário e das demais pessoas envolvidas;
- o grau dos distúrbios e conflitos que a situação de crise provoca nas relações familiares e sociais;
- até que ponto estão preservados os laços familiares e afetivos;
- se existem, e quais são os suportes para o usuário na família, na comunidade, em todo o âmbito do território;
- quais os recursos da Rede Local de Atenção Psicossocial para o atendimento da crise; e
- quais as condições de renda, moradia, segurança e demais direitos de cidadania do usuário.

1.2.1 A crise: tempo e lugar

A atenção à crise não se enquadra no esquema da hora e do local marcados. Ela requer atendimento a qualquer hora e nos mais variados lugares. Quando o usuário chega à rede de saúde, ele não se dirige necessariamente ao serviço melhor equipado para o seu atendimento. Onde quer que chegue, porém, deve ser acolhido e escutado, antes de qualquer decisão sobre o encaminhamento.

Naturalmente, quando o ponto da rede ao qual chegou o usuário não tem condições de oferecer os cuidados necessários, o encaminhamento ao serviço mais adequado deve ser feito. Contudo, a equipe deve encaminhá-lo de forma responsável, após escuta e avaliação, com relatório escrito, e também, sempre que possível, através de um contato telefônico com o serviço que irá recebê-lo.

Algumas vezes, o usuário em crise nem mesmo chega a um serviço de saúde, recusando-se a ir até lá. Nesses casos, a equipe da atenção básica do CAPS ou, se necessário, o SAMU deve dirigir-se ao local onde o usuário se encontra para abordá-lo, e, se necessário, conduzi-

lo ao serviço indicado. Pode acontecer ainda, por motivos diversos, que, ao invés de levar o usuário ao serviço, a melhor opção seja acompanhá-lo, ao menos provisoriamente, ali onde está, seja em casa ou na rua.

Se o usuário em crise não vai até o serviço de saúde, o serviço deve deslocar-se até o usuário, acompanhando-o onde ele estiver!

Assim como não escolhe lugar, a crise não marca horário para acontecer. Não há “agenda cheia” que justifique a recusa ao acolhimento rápido e imediato do usuário em crise em qualquer serviço de saúde aonde ele chegue, ou sua abordagem em qualquer ponto da cidade onde estiver. Se necessário, casos menos graves podem esperar um pouco, atendimentos de usuários estáveis podem ser remarcados, e assim por diante.

A crise é sempre uma prioridade em saúde, e como tal deve ser tratada.

A crise não requer apenas uma abordagem ágil, mas também, geralmente, acompanhamento intensivo e contínuo. O lugar e o modo pelo qual este acompanhamento será feito irão variar conforme o caso. Em certas condições, a crise pode ser tratada numa Unidade Básica de Saúde, com maior atenção ao usuário e seu grupo familiar, intensificação da frequência dos atendimentos, reajuste da medicação, entre outras medidas – naturalmente, com o devido suporte de profissionais de saúde mental.

Em numerosos casos, o CAPS costuma ser o lugar mais adequado de acompanhamento. A frequência do usuário no serviço é proporcional à necessidade de cuidado que ele demanda: um usuário pode frequentá-lo 2 (duas) ou 3 (três) vezes por semana, apenas durante o período diurno; outro necessita de 24 horas, diariamente, de segunda a segunda, e assim por diante. Há ainda, como vimos, aqueles casos para os quais é mais indicado o atendimento contínuo ali onde estão, seja em casa ou na rua.

Naturalmente, esses aspectos serão definidos após avaliação da situação e da pactuação do cuidado com o usuário e seu círculo sóciofamiliar. O importante é nossa prontidão na oferta do tipo e grau dos cuidados necessários.

1.2.2 Observando: o primeiro olhar

O olhar, ou o golpe de vista, tem uma função importante na primeira abordagem de uma crise. Quando o treinamos, aprendemos a ver logo de início vários aspectos importantes da situação.

Qual é a aparência do usuário: mostra-se desmazelado e sujo, veste-se de forma bizarra? Apresenta ferimentos ou qualquer espécie de lesão? Está sedado? Parece abatido e fisicamente doente? Mostra-se inquieto e desorganizado ou mantém-se quieto demais? Muito falante ou praticamente mudo? Demanda algo ou vive passivamente a situação?

O usuário está sozinho ou acompanhado? Caso acompanhado, pessoas de sua intimidade estão ao seu lado, ou está cercado por um cortejo de curiosos e espectadores? Identifique quais os seus acompanhantes: familiares, atentando para o grau de parentesco; vizinhos; profissionais de saúde de outro serviço; policiais, entre outros.

Como se dá a relação entre esses acompanhantes e o usuário? Mostra-se muito tensa ou conseguem chegar a algum acordo? Algum dos acompanhantes estabelece melhor contato com ele? Se o usuário chega contido fisicamente, esta é uma medida realmente necessária de segurança, ou é feita de forma desrespeitosa ou violenta?

Após registrar essas primeiras impressões, você deve procurar estabelecer vínculos com o usuário e seus familiares, compreendendo mais detidamente o que se passa e quais são as repercussões da situação de crise junto ao usuário, sua família e sua comunidade.

1.2.3 A primeira aproximação: fale com ele!

Procure sempre conversar com o usuário e seus acompanhantes no consultório ou em qualquer outro espaço que ofereça privacidade. Nos casos em que há muitos curiosos por perto, convém dispensá-los cortesmente, mas com firmeza. Se o usuário se encontra em um grau exacerbado de agitação, chegando já contido, ou requerendo realmente imediata contenção química ou física, convém mantê-lo no leito, na sala de observação ou espaço igualmente reservado. Em toda e qualquer circunstância, é fundamental assegurar e preservar a privacidade da pessoa e da família que atendemos.

Procure sempre uma ocasião para conversar com o usuário, preferencialmente a sós, afinal, é ele o sujeito essencialmente afetado pelo sofrimento da situação de crise.

Caso o usuário tenha chegado até o serviço de saúde, podemos convidá-lo ao consultório; se o abordamos na sua casa ou na rua, podemos falar com ele no degrau da porta ou em um cantinho da calçada; se está contido, podemos aproximar-nos de seu leito. Mesmo que esse contato seja breve, e pareça pouco produtivo, é importante como um primeiro passo na construção do vínculo com ele.

A conversa a sós com o usuário pode não se mostrar viável no momento inicial por uma série de motivos: recusa por parte dele, impossibilidade de permanecer quieto por mais de alguns minutos; agitação ou excessiva hostilidade; preferência pela companhia de um acompanhante. Todavia, mesmo se a presença da família for necessária nesse primeiro contato, o usuário deve ser tratado como o principal interlocutor.

No atendimento ao usuário, comece por perguntas simples, do tipo: “o que está acontecendo?” ou “posso te ajudar?” Crie condições propícias para que ele próprio lhe diga, se quiser e puder, em que consiste aquilo que o perturba.

Caso se refira a vozes, perseguições, interferências em seu pensamento e em seu corpo, você pode ajudá-lo, procurando a origem e os motivos dessas experiências. Por exemplo: o que lhe dizem as vozes? O que faz para lidar com elas? Como tomou conhecimento da perseguição que lhe movem? Quem o perseguiria, e por quê?

Caso se refira a outro tipo de sintomas – ansiedade, medo, ideação suicida – procure também suas causas: o quê o angustia? Por que pensa em morrer? O usuário pode não querer ou não poder responder a essas perguntas, mas não se ofenderá com elas; pelo contrário, serão geralmente bem vindas, quando feitas com respeito e delicadeza.

Pode ocorrer que o usuário se negue a falar sobre qualquer tipo de sintoma ou doença, mas deseje abordar outros aspectos da sua vida: as relações com a família, com o parceiro amoroso, com o trabalho. Nesse caso, siga o percurso que ele próprio lhe indica, fazendo as perguntas e intervenções que julgar oportunas.

Como veremos mais tarde, essa conversa também pode ser útil para a avaliação psicopatológica do usuário, para a obtenção de informações importantes sobre seu sofrimento psíquico e sua história mas, na verdade, nessa primeira aproximação, não importa tanto sobre o que

você e ele conversarão, e sim o empenho para tornar possível alguma conversa. Quando conseguimos estabelecer algum diálogo, ajudamos o usuário a acalmar-se e, ao mesmo tempo, a restabelecer seu laço com o outro, através do laço que faz conosco.

O usuário pode ter um bom contato com você, pode recusar qualquer contato, ou manter um contato apenas irregular ou precário. Mas esteja certo: sua atenção ao procurar com que faça uso da palavra será considerada por ele.

1.2.4 A atenção aos familiares

Em breve, você será orientado sobre informações significativas que deve obter junto aos familiares do usuário. Mas o contato com eles não pode limitar-se a uma investigação dos fatos. É preciso escutar e procurar compreender como reagem à situação vivida, procurando a melhor maneira de ajudá-los a ajudar.

Em muitas ocasiões, os familiares estarão impacientes, exaltados e até mesmo agressivos. Devemos escutar aquilo que os levou a essa postura. Algumas vezes decorre de uma indiferença real dos familiares, pelo afrouxamento ou precarização dos laços afetivos com o usuário. Nesses casos, é importante escutar como e por que isso se deu, e qual a possibilidade de retomada desses laços desfeitos.

Porém, mesmo quando há uma situação familiar estável, a impaciência e a raiva também podem estar presentes. Afinal, toda família, por mais unida que seja, tem seus rancores passados ou presentes, suas rivalidades, disputas, jogos de poder. Essas relações ambíguas de amor, mas também de agressividade, costumam vir à tona, sobretudo diante da exaustão causada pela lida com uma pessoa em crise.

Os episódios de auto e heteroagressividade, quando presentes, assustam e ameaçam aqueles que estão próximos. Há dificuldade em compreender que o usuário não está agindo dessa maneira por deliberação ou cálculo, e sim, em virtude de sua perturbação psíquica. Sobretudo quando há relato de uso de drogas, primário ou secundário ao quadro apresentado, o julgamento moral costuma predominar. Procure mostrar à família que há um real sofrimento do usuário com a sua situação.

Em qualquer caso, culpabilizar e acusar a família é sempre uma estratégia ruim. Igualmente nocivo é adotar uma postura de cumplicidade, acatando algumas demandas inaceitáveis, tais como querer falar no lugar do paciente, silenciá-lo ou puni-lo.

Por detrás da raiva, do descaso, do cansaço, muitas vezes predominam sentimentos de perplexidade e desorientação. É importante, pois, escutar as preocupações dos familiares, considerar as interpretações que nos trazem, muitas vezes diferentes e mesmo opostas daquelas feitas pelo usuário; assegurá-los da nossa ajuda; buscar sua aliança para o cuidado. Quando, apesar da nossa atenção, a família insiste numa postura declaradamente hostil, disposta a prejudicar o usuário, devemos tomar as medidas necessárias para impedir que isso aconteça. Isso envolve um diálogo franco e honesto sobre essa percepção que estamos tendo com essa postura da família. Refletir e motivar a família a manifestar seus sentimentos e emoções vivenciados no momento de crise permite a construção de um espaço de respeito e acolhimento, de modo que os vínculos sejam fortalecidos durante o cuidado em saúde mental.

1.2.5 Esclarecendo a situação de crise

Nos dois itens anteriores, enfatizamos, sobretudo, a postura que devemos manter diante do usuário e de seus familiares, buscando seu consentimento e sua colaboração para o tratamento. Contudo, é preciso também esclarecer objetivamente alguns aspectos da situação de crise.

Se conseguirmos realizar uma boa conversa com o usuário, ele próprio pode nos ajudar a elucidar a situação, muitas vezes aportando informações importantes sobre sua história, sua situação e seus sintomas. Contudo, um usuário muito desorganizado, mesmo receptivo ao contato, não conseguirá oferecer certos dados dos quais necessitamos. Portanto, é indispensável entrevistar também os familiares. Se houver mais de um usuário e/ou familiar na ocasião do atendimento, prefira aquele que se mostre capaz de trazer um relato mais organizado.

Uma anamnese completa traz enorme contribuição para a construção de um projeto terapêutico, mas dificilmente você conseguirá obtê-la na primeira abordagem da crise: pode ser inviabilizada pelo tumulto muitas vezes presente nesse tipo de situação, assim como pela rapidez requerida por sua abordagem. Mas não se preocupe: elementos importantes do caso podem ser obtidos posteriormente, desde que você não se esqueça de investigá-los no momento oportuno.

Procure sempre fazer a anamnese mais completa possível, mas priorize aqueles aspectos cujo esclarecimento é imprescindível para a avaliação dos riscos e definição da conduta no primeiro atendimento.

Para fins didáticos, dividiremos os principais aspectos de uma anamnese completa em alguns grupos de perguntas. Todos eles são necessários, entretanto, alguns são **inadiáveis**¹, enquanto outros podem esperar um pouco mais. Seguem-se os principais:

1 Esclarecimentos inadiáveis são aqueles que se mostram decisivos para avaliar os riscos e definir a conduta no primeiro atendimento.

- **Perguntas sobre a crise atual**

Quando começou? Quais foram os seus primeiros sinais e sintomas? Como evoluíram até chegar ao momento presente? Como têm afetado a relação do usuário com seu meio sociofamiliar? Houve episódios de auto ou heteroagressividade? Em caso afirmativo, em que circunstâncias ocorreram? Foram desencadeados por alguma discussão ou desentendimento? O usuário reagiu a alguma provocação de forma desproporcional ou exagerada? Ou, diferentemente, esses episódios ocorreram sem qualquer motivo ou contextualização aparentes?

- **Perguntas sobre a situação familiar, social e econômica**

Os vínculos sociofamiliares estão preservados, ameaçados de ruptura, ou já rompidos? No caso de crianças e adolescentes, pergunte sempre pelo pai. Muitas vezes, a mãe é a única pessoa responsável pela criação dos filhos, com toda sobrecarga que tal situação acarreta, inclusive na responsabilização pelo tratamento. Há pessoas na família ou na comunidade com quem podemos contar para dar algum suporte ao usuário e colaborar no tratamento? A vizinhança percebe seu sofrimento psíquico e tem conseguido lidar com as estranhezas de sua conduta? Ou, pelo contrário, ele se encontra exposto a agressões e maus tratos por parte de pessoas de seu entorno? Em caso de necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, procure sempre saber qual o grau de envolvimento do usuário com o tráfico, se já cometeu infrações e responde por elas, se sofre ameaças de traficantes e outras afins.

O usuário vive sozinho ou acompanhado? Em casa ou na rua? Tem uma moradia, quais suas condições quanto à infraestrutura, conforto e limpeza? Quais as condições de saneamento, segurança, acesso, entre outros, da região onde mora? A situação socioeconômica é precária, e até que ponto? O usuário contribui, ao menos parcialmente, para a sua própria manutenção, ou é inteiramente dependente de outrem?

- **Perguntas sobre o estado de saúde física**

O usuário apresenta neste momento sintomas físicos? Caso sim, estão relacionados com os sintomas psíquicos, como é o caso dos quadros psiquiátricos orgânicos? Ou, diferentemente, se referem a uma comorbidade, ou seja, a uma doença física independente do quadro psíquico? Num caso como no outro, qual a gravidade dos sintomas físicos e a presteza de cuidados que requerem? Quais remédios o usuário já utilizou e que reações benéficas e/ou efeitos colaterais e adversos apresentou? (atenção especial àqueles que se pretende prescrever no primeiro atendimento).

Temos ainda outros tipos de esclarecimentos igualmente necessários. Se você puder obtê-los na primeira abordagem, melhor. Se não for possível, porém, podem ser buscados progressivamente nos próximos contatos com o usuário e a família. São eles:

- **Perguntas sobre a história do quadro psíquico do usuário**

Quando apresentou pela primeira vez alterações de pensamento, fala e conduta? Houve mudanças significativas em sua personalidade desde o início desse quadro? Como vem evoluindo? Que repercussões tiveram em sua vida afetiva, social, profissional, mesmo antes da crise atual? Já houve crises anteriores? Caso sim, quais suas características?

- **Perguntas sobre a história e situação de vida**

Dados sobre a gestação, o desenvolvimento neuropsicomotor, a personalidade quando criança, as relações com a escola. As relações

familiares: para além de sua situação atual, como foram construídas, quais as preferências e as hostilidades entre pais, irmãos, outros parentes? História e situação atual da vida amorosa: namoros, casamentos, tipo de comportamento amoroso, vida sexual. Aspectos relativos a trabalho, educação, cultura, lazer. Como vê a si mesmo e como é visto pelos outros, como gostaria de ser, o que o perturba em si e a sua volta?

Embora a menção a alguns aspectos da vida do usuário possa aguardar, já na primeira abordagem você deve deixar bem claro seu interesse por tudo aquilo que é singular, único e intransferível em sua pessoa.

1.2.6 O diagnóstico clínico

A chamada sùmula psicopatológica é um dos instrumentos úteis para nossa avaliação. Recapitulemos alguns de seus elementos.

- A consciência do usuário está clara ou obnubilada?
- Encontra-se orientado no tempo e no espaço?
- Sua capacidade de atenção e concentração encontra-se preservada ou não?
- Há prejuízos de memória e de capacidade intelectual?
- O pensamento encontra-se organizado e fluente, ou apresenta transtornos tais como desagregação, perseveração, empobrecimento, aceleração ou lentificação, entre outros? Há alterações de sensopercepção, especialmente alucinações, e de que tipo: visuais, auditivas, olfativas, táteis, cinestésicas?
- Há interpretações delirantes, e qual o seu conteúdo: de perseguição, grandeza, ruína, entre outros?

- Ocorrem vivências de influência, como divulgação de pensamentos, pensamentos impostos, controle da mente e do corpo pela Internet ou pela TV?
- Há alterações na esfera da psicomotricidade e dos impulsos, como agitação ou lentificação psicomotora, compulsões e impulsões?
- A afetividade está empobrecida, lábil ou pueril?
- O humor encontra-se exaltado ou deprimido?

Aqui, remetemos você ao estudo da psicopatologia: recorde-o, se já o fez, ou comece-o já, se não o fez ainda!

Os esclarecimentos sobre a história do quadro psiquiátrico e da crise atual do usuário, conjugados com o exame psíquico, fornecem elementos para uma primeira hipótese diagnóstica. Aqui, sugerimos que você não se perca tentando encontrá-la, num primeiro momento, na enorme diversidade de transtornos mentais descritas pela CID 10 e pelo DSM IV. Procure situar o quadro apresentado pelo usuário em um dos três seguintes grandes campos nosológicos: trata-se de um quadro psiquiátrico orgânico, de um transtorno do campo das psicoses ou de um transtorno do campo das neuroses?

Formular e procurar responder a essa pergunta é essencial. Para ajudá-lo, seguem-se alguns lembretes. Alterações primárias e relevantes de inteligência, memória, consciência e orientação sugerem quadros psiquiátricos orgânicos. Nas psicoses paranoides e esquizofrênicas, as vivências de influência, as interpretações delirantes e as alucinações, sobretudo auditivas, são características, estando ausentes nas neuroses e transtornos afins. Nos transtornos bipolares, você encontrará essencialmente alterações graves do humor, depressivas ou eufóricas. Crises psíquicas costumam apresentar sintomas de ansiedade ou mesmo pânico.

Nos dias de hoje, quando as necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas tornaram-se um fator presente em numerosas

situações de crise, é necessário formular o seguinte diagnóstico diferencial: estamos diante de sintomas psíquicos causados por drogas (campo dos quadros orgânicos) ou apenas desencadeados ou associados a elas (campo das psicoses e das neuroses)? Essa distinção nem sempre é fácil de fazer num primeiro momento. Quando constatamos certos sintomas psicóticos como interpretações delirantes e vivências de influência, podemos formular a hipótese de uma psicose primária; diferentemente, as alucinações, visuais e auditivas, embora ocorram nas psicoses primárias, podem estar presentes também nos quadros secundários ao uso de drogas. O melhor a ser feito é conjugar os dados de uma boa entrevista e uma boa súmula psicopatológica com a evolução posterior do quadro: por exemplo, se os sintomas da crise desaparecem com a suspensão ao menos temporária do uso de drogas, afasta-se a hipótese de que esse uso seja um fator causal do quadro.

Outro passo importante é o exame básico das condições físicas do usuário. Aí se incluem, pelo menos, as condições de nutrição e hidratação, o estado geral e a mensuração dos dados vitais. Se houver alterações nesse exame, você deve conjugá-las com as informações sobre o estado de saúde física do usuário (vide item anterior) e considerar a possibilidade de um quadro psiquiátrico de origem orgânica (incluindo aqueles causados por drogas), e/ou de uma comorbidade clínica. Nesses casos, é importante uma avaliação física, e, se necessário, encaminhamento do usuário para serviços de urgências clínicas.

Um ponto muito importante no diagnóstico consiste em considerar a intensidade ou gravidade clínica da crise. São fatores que indicam a intensidade: a perda do controle do usuário sobre si mesmo; a falta de crítica quanto ao seu quadro psíquico; graus elevados de atividade delirante-alucinatória e/ou desorganização de pensamento e comportamento; elevação ou depressão excessiva do humor; ideação suicida severa e persistente; ocorrência de episódios significativos de auto ou heteroagressividade, sobretudo com ameaça de sua repetição.

1.2.7 A avaliação

Aqui, o principal objetivo consiste na avaliação dos riscos que a crise expõe o usuário e aqueles que o cercam. Para tal, você deve conjugar num quadro geral todos os elementos observados até agora, considerando a vulnerabilidade do usuário quanto a diferentes aspectos: psíquicos, físicos, econômicos, sociais.

A avaliação dos riscos nunca se reduz ao diagnóstico, nem é dada essencialmente por ele. Um usuário psicótico pode apresentar uma crise intensa, enquanto a de outro, também psicótico, pode ser branda.

Além disso, a gravidade dos riscos não é dada apenas pela intensidade da crise. Em princípio, crises intensas são situações de risco. Contudo, os riscos de um usuário em crise intensa tornam-se menores se estiver fisicamente bem, se sua família e amigos estão dispostos a apoiá-lo, se for bem aceito em sua comunidade e se estabelecer um bom vínculo com o tratamento. Por outro lado, outro usuário, cuja crise é menos grave, pode expor-se a riscos maiores caso se encontre muito debilitado organicamente, se não dispõe de nenhum suporte, se é rejeitado ou ameaçado na comunidade em que vive, e se recusa qualquer forma de tratamento.

Esse momento da avaliação é fundamental para decidir qual a conduta inicial para com o usuário em crise. Portanto, conjugue cuidadosamente os diferentes aspectos do caso para estimar suas vulnerabilidades e potencialidades, e tomar as medidas necessárias à sua proteção.

1.2.8 O projeto terapêutico: primeiros passos

O projeto terapêutico do usuário em crise deve ser ágil e flexível. Ágil, porque a crise costuma requerer intervenções imediatas e rápidas já no primeiro atendimento. Flexível, porque o tipo e o grau das intervenções necessitam ser revistos a cada dia, que podem acarretar modificações importantes, conforme o andamento do caso.

Você encontrará uma série de casos clínicos neste módulo. Ainda assim, para ilustrar a construção de um projeto terapêutico, convém tomar como exemplo um caso em que a abordagem da crise é bem feita – mostrando também a aplicação de alguns princípios que vamos estudar no 3º item desta unidade.

Caso clínico: Mauro, 35 anos, morador de rua sem laços familiares conhecidos, diagnosticado como psicótico, fazia uso de maconha em pequenas quantidades. Apesar da aparência e da linguagem bizarras, convivia bem com os vizinhos, para os quais fazia pequenos serviços, em troca de comida e algum dinheiro. Há alguns dias, porém, começou a sentir-se perseguido por moradores do local, que, segundo ele, leem e divulgam seu pensamento, com o intuito de prejudicá-lo. Vem insultando essas pessoas e deixando lixo nas portas de suas casas. O uso de maconha intensificou-se muito, contribuindo para seu descontrole.

O consultório na rua foi acionado, comparecendo com rapidez. Mauro aceitou bem a abordagem, mas recusou-se terminantemente a ir ao CAPS. Priorizando o estabelecimento de vínculo, a equipe optou por visitá-lo diariamente, conversando com ele e medicando-o, esclarecendo a vizinhança sobre a situação e obtendo sua ajuda. Depois de alguns dias, já um pouco melhor, embora ainda muito delirante e inquieto, Mauro aceitou ser conduzido ao CAPS, onde poderia receber melhores cuidados. Após negociação com o profissional que o atendeu lá, concordou em frequentar o serviço 3 (três) vezes por semana. Durante essa etapa do tratamento, as duas equipes se articularam

para procurar familiares do usuário e assegurar-lhe um benefício ao qual tinha direito. Atendido pelo generalista da Unidade Básica de Saúde, tratou-se de uma dermatite crônica. A melhora prosseguia: o usuário trazia várias questões sobre si e sua experiência delirante no atendimento com seu técnico de referência, respondia bem à medicação, fez alguns amigos entre os outros usuários, participava com interesse de algumas oficinas e passeios do serviço, e começou a frequentar também o Centro de Convivência, mostrando talento e interesse por atividades relacionadas à música e dança.

No entanto, duas semanas depois, apresentou uma grave piora. A atividade delirante-alucinatória agudizou-se; desentendeu-se com alguns profissionais, incluindo-os entre seus perseguidores. Acabou por fugir do CAPS e, quando novamente abordado, não quis voltar ao serviço. Tentou-se novamente tratá-lo na rua, mas dessa vez Mauro mostrou-se inabordável: não quis conversa, nem aceitou medicação. Deixou de alimentar-se e de manter cuidados mínimos de higiene; fumava maconha em grande quantidade, envolvendo-se em situações de risco junto ao tráfico; agrediu um vizinho e quebrou o carro de outro, recebendo sérias ameaças de retaliações. Enfim, sua situação tornou-se realmente insustentável. As equipes do consultório na rua e do CAPS decidiram conjuntamente pela indicação de sua permanência dia/noite naquele serviço, mesmo à sua revelia. O SAMU foi chamado para transportá-lo, sendo necessário contê-lo para conseguir que entrasse no veículo. Uma vez no CAPS, recusando qualquer medicação oral, foi preciso prescrever-lhe haloperidol de depósito. A equipe procurou argumentar com ele sobre as razões da medida tomada, ainda sem êxito significativo: Mauro continuou questionando sua permanência no CAPS, ameaçando fugir, mostrando-se grosseiro e acusador. Aos poucos, porém, voltou a conversar novamente com alguns poucos profissionais e, esporadicamente, aceitou negociar um ou outro ponto do seu tratamento. A equipe assumiu estar cansada, por vezes questionando a própria conduta, tendo levado o caso à supervisão; porém, ficou aguardando o momento em que seria possível voltar a pactuar com o usuário a melhor maneira de prosseguir seu tratamento.

Em que medida esse caso ilustra aspectos importantes do tratamento de uma crise? Por que, apesar dos seus impasses, nós o consideramos uma boa prática?

- **O acolhimento:** as equipes envolvidas no atendimento de Mauro mostraram disponibilidade, presteza e tenacidade, acompanhando-o ao longo de seu tratamento, sem abandoná-lo à própria sorte nos momentos de maior dificuldade.
- **O envolvimento de diferentes pontos da rede na atenção psicossocial:** nesse exemplo, cinco pontos da rede – o consultório de rua, o CAPS, a Unidade Básica de Saúde, o Centro de Convivência e o SAMU – participaram de forma responsável do atendimento de Mauro, conforme as suas necessidades, em diferentes momentos do tratamento.
- **A boa estruturação da Rede de Atenção Psicossocial:** o envolvimento das diferentes equipes citadas nos mostra que a rede deste município dispõe dos serviços necessários à abordagem do caso, atuando de forma articulada entre si.
- **O respeito à autonomia:** embora percebendo a precária situação de Mauro como morador de rua, as equipes não o tiraram arbitrariamente dali, seja para levá-lo a um serviço de saúde ou a um abrigo; e sim, procuraram reforçar os laços estabelecidos no ponto da rua onde vive.
- **O cuidado pactuado:** durante todo o tempo, procurou-se estabelecer acordos com Mauro, respeitando sempre que possível suas decisões e escolhas. Para não forçá-lo, o consultório na rua o atendeu por algum tempo no local onde vivia, até conseguir persuadi-lo a ir até o CAPS, serviço mais adequado para prestar-lhe os cuidados necessários; uma vez lá, a frequência do usuário foi combinada com ele próprio; e assim por diante. Foram utilizadas medidas involuntárias – o retorno e a permanência no CAPS, o uso de medicação de depósito, apenas quando a situação atingiu

um ponto-limite, mostrando-se inabordável a qualquer forma de negociação – e, ainda assim, a equipe continuou tentando retomar a pactuação de cuidado com o usuário.

- **A variada gama dos cuidados oferecidos:** a abordagem do caso considerou os mais diversos aspectos do cuidado. Dentre eles: a escuta das questões subjetivas de Mauro; a sua inclusão em atividades coletivas como oficinas e passeios; a mediação de suas relações com a vizinhança; a procura de um familiar, atentando para os laços sociofamiliares; as providências para assegurar seu direito a um benefício; a atenção ao seu estado físico de saúde; a prescrição de psicofármacos – e assim por diante, sem perder de vista a garantia de seus direitos.
- **O estabelecimento do vínculo:** em todos os momentos do tratamento, investiu-se no vínculo do usuário com os seus cuidadores – e vemos que, mesmo em momentos de recusa do tratamento, vínculos já construídos com alguns trabalhadores persistiram.
- **O cuidado de si da equipe:** mostrando-se hostil e mal humorado com os profissionais em alguns momentos, Mauro possivelmente despertou neles sentimentos como raiva e repulsa; seu tratamento exigiu um grande investimento, envolvendo decisões difíceis, como é o caso, por exemplo, das medidas involuntárias; a equipe nem sempre se sente segura da própria conduta, levando o caso à supervisão. Contudo, o modo pelo qual estas dificuldades são enfrentadas nos mostra que os trabalhadores envolvidos souberam dominar-se e manejar seus recursos subjetivos em prol do cuidado com o usuário.

No ponto em que deixamos o caso, Mauro ainda se encontrava em crise. Contudo, mesmo depois que vier a encontrar-se estável, seu projeto terapêutico não para por aí: continuará em construção, revisto e aprimorado ao longo do tempo.

Embora a estabilização dos sintomas seja um objetivo importante na abordagem da crise, o que se busca, sobretudo, em todo projeto terapêutico, é que o usuário, sustentando sua singularidade e construindo sua autonomia, encontre formas mais fecundas de conviver consigo e com os outros, conquiste seu espaço na cidade, produza sentidos para a própria vida.



Saiba Mais

Para saber mais sobre esse tema recomendamos a leitura do texto “Atender à crise: descentralizando espaços”, de Ana Marta Lobosque. In: LOBOSQUE, A. M. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

1.3 ABORDAGEM DE SITUAÇÕES DE CRISE EM DIFERENTES ESPAÇOS CONSIDERANDO OS PRINCÍPIOS NORTEADORES: ACOLHIMENTO, AUTONOMIA, GARANTIAS DE DIREITOS, CUIDADO PACTUADO, MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E MEDIDAS INVOLUNTÁRIAS COMO EXCEÇÃO

A proposta de atenção à crise aqui apresentada pressupõe o cuidado em liberdade. Ora, cuidar em liberdade não pode consistir apenas em uma postura restrita ao profissional ou à equipe de um serviço. Tem como requisito essencial: a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, composta por serviços abertos, que atenda às necessidades locais e regionais, dispensando o recurso ao hospital psiquiátrico ou a qualquer outra instituição fechada. Portanto, antes

de abordarmos os princípios norteadores do cuidado em liberdade, devemos destacar a importância da rede local de atenção psicossocial.

A portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas enfatiza os serviços de base territorial, organizados em rede de atenção à saúde regionalizada. Os hospitais psiquiátricos só podem ser acionados quando o processo de implantação da rede ainda se mostra insuficiente e, nesses casos, a portaria preconiza a expansão da mesma para a substituição efetiva dos leitos naquelas instituições.



Saiba Mais

Para conhecer na íntegra a portaria 3.088/11 acesse o link:
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

Entre os pontos de atenção às urgências, a referida portaria menciona o SAMU, a sala de estabilização, os pronto-socorros, as enfermarias especializadas em hospital geral. Trata-se de uma referência indispensável, pois implica os serviços de urgência da saúde em geral na atenção as pessoas com sofrimento mental, sobretudo em casos de comorbidade clínica, e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, sobretudo em abstinência ou intoxicação severa. Ressalta-se, contudo, a importância de que os CAPSs realizem o cuidado das pessoas em fase aguda de transtorno mental, ou seja, em situações de crise, além de regular o acesso aos serviços hospitalares quando necessário. Os CAPSs III, especialmente, em nossa experiência, mostram-se equipamentos de grande relevância na atenção 24 horas à crise.

Portanto, antes de abordarmos os princípios norteadores do cuidado em liberdade, devemos destacar a importância da adequação da Rede Local de Atenção Psicossocial.

Uma Rede de Atenção Psicossocial só efetua realmente os princípios da Reforma Psiquiátrica quando oferece à população garantia de atendimento às crises, em período integral quando necessário, sem necessitar recorrer ao hospital psiquiátrico.

1.3.1 Acolhimento

O acolhimento não se reduz, de forma alguma, ao ato de receber e avaliar um usuário num serviço de saúde. Não é um procedimento, muito menos uma triagem; representa, acima de tudo, uma postura. Trata-se de uma postura essencial ao profissional de saúde ao longo de todo o acompanhamento do usuário: a receptividade e a disponibilidade para escutar a demanda do outro, ou suscitar esta demanda, quando ela não está presente.

Naturalmente, acolher o outro não é fazer tudo o que ele quer ou pede: as pessoas nos solicitam coisas impossíveis, às vezes absurdas, por vezes nocivas para elas próprias ou para os demais!

Acolher consiste em priorizar no pedido de alguém seja qual for, aquilo que traduz um desejo de escuta e cuidado.

Ao fazer isso, muitas vezes remaneja-se a demanda inicial: o usuário que veio nos pedir uma receita acaba preferindo uma boa conversa quando se percebe bem acolhido; a família que insistia numa internação para o seu parente aceita a sua permanência no CAPS ao receber uma oferta atenciosa de tratamento.

O usuário em crise muitas vezes não tem demanda alguma, no sentido de que não pede ajuda, e até mesmo a recusa. Nesses casos, acolher consiste em suscitar essa demanda, ou seja, buscar o consentimento desse usuário para tratá-lo, até que ele consiga desejar tratar-se por própria escolha.

Não há nenhuma receita ou protocolo que nos ensine como acolher. Algumas indicações, entretanto, podem ajudar. Aproxime-se quando sua presença é necessária, afaste-se um pouco quando se torna intrusiva; graduando aproximação e afastamento; jamais se ausente radicalmente. Procure fazer valer os acordos feitos, tanto da parte da equipe como da parte do usuário; refaça acordos quando os anteriores não servirem mais. Desperte a atenção do usuário para o valor de um bom convívio entre ele, os companheiros e a equipe; seja delicado, mas decidido, ao não admitir atitudes insuportáveis para esse convívio. Quando for necessário dizer um não ou apontar um limite, faça-o sem moralismos nem arbitrariedades, mas com firmeza.

O caso de Mauro mostrou-nos uma postura acolhedora dos profissionais e da equipe. Esse tipo de postura precisa ser praticado e sustentado, pois ela lhe ajudará a manejar as relações com seus usuários e as situações que os envolvem.

1.3.2 Autonomia

A situação psicossocial do usuário em crise (seu descontrole, sua desorganização, sua relação perturbada consigo mesmo e com os demais) leva-o a necessitar de alguma proteção e muitas vezes confundimos o ato eventualmente necessário de proteger com o hábito sempre contra-indicado de tutelar.

A autonomia, princípio norteador do cuidado, contrapõe-se radicalmente à tutela. Quando tutelamos o outro, supomos saber o que é melhor para ele, tentamos adaptá-lo a padrões e valores que são os nossos, forçamos sua vontade e determinamos sua conduta.

Diferentemente, o respeito da autonomia nos conduz ao respeito da singularidade, das escolhas e mesmo das recusas do outro – como pudemos ver no caso de Mauro.

A autonomia deve ser construída juntamente com o usuário. Para fazê-lo, temos de partir do respeito à sua singularidade: não pretendemos igualá-lo aos outros, ou adaptá-lo a certos padrões de normalidade, mas levar em conta o que há de singular em sua história, sua situação, seu modo de ser, e as saídas também singulares que requer.

A construção da autonomia se revela a princípio em pequenas coisas: um usuário que era levado ao CAPS no carro do serviço agora consegue ir de ônibus; outro antes medicado pelos familiares, já administra a própria medicação; um terceiro, que precisou passar algumas semanas na casa de parentes, está novamente em condições de morar sozinho. E, partindo daí, novos passos podem ser dados. Fazer amizades, iniciar um namoro, participar de atividades culturais ou de lazer sem o acompanhamento de alguém da equipe, regularizar os próprios documentos, voltar ao emprego ou à escola, incluir-se em um grupo de geração de renda, ganhar e administrar o próprio dinheiro: todos esses movimentos incentivam o usuário a levar adiante tudo aquilo que ele é capaz de fazer por sua conta e risco!

Certamente, cada usuário tem limitações diferentes para o grau de independência que pode atingir e para a proteção que é capaz de dispensar. Muitos deles vão muito longe nesse caminho, por vezes muito mais do que a princípio poderíamos supor. Outros requerem ajuda mais próxima por maior tempo e em maior grau.

Contudo, mesmo as limitações mais severas não impedem a construção do grau máximo possível de autonomia – seja favorecendo as potencialidades do usuário, seja convidando-o a ultrapassar seus limites tanto quanto puder!

1.3.3 Garantia de direitos

A conquista da cidadania das pessoas em sofrimento decorrentes de transtorno mental e/ou álcool e outras drogas é fundamental na Reforma Psiquiátrica. Portanto, buscar garantir alguns direitos básicos das pessoas das quais tratamos é também um dos princípios norteadores do cuidado.

Um direito fundamental é aquele que lhe garante o acesso ao cuidado integral à saúde e saúde mental, em rede de serviços abertos, apta para atendê-lo nos diferentes momentos de sua trajetória. No caso do momento da crise, já vimos anteriormente como é importante assegurar-lhe atendimento prioritário e rápido, colocando ao seu dispor os equipamentos adequados, em caso de necessidade de permanência-dia e/ou hospitalidade noturna, e assim por diante. Mais ainda: o usuário em crise, mesmo encaminhado ao CAPS ou a qualquer ponto da rede de urgências, continua pertencendo à área de abrangência de uma determinada equipe da Estratégia de Saúde da Família, que é corresponsável por ele, precisando manter-se a par de seu estado enquanto está em outro serviço, ou assumir a parte que lhe cabe em seu tratamento após a alta.

Entretanto, não é apenas o direito à saúde que se trata de garantir, como mostrou-nos também o caso de Mauro.

Os laços afetivos e familiares, o acesso aos bens culturais, o protagonismo político, o trânsito e a convivência na cidade, a educação, o trabalho e o lazer são direitos dos quais o usuário da saúde mental frequentemente está privado, você e sua equipe devem ser parceiros na luta por sua garantia.

1.3.4 Cuidado pactuado

Um aspecto fundamental da pactuação do cuidado é que ele sempre deve ser feito junto ao usuário, como vimos no caso de Mauro.

Negociações no lugar de imposições, concessões da parte da equipe ao lado de concessões da parte do usuário, acatamento de pedidos que se justificam, explicações sobre a inviabilidade de outros, são sempre atitudes que colaboram na construção do vínculo e na busca do consentimento para o cuidado.

Esses pactos implicam em acordos que devem ser cumpridos enquanto estão em vigor, e substituídos por outros quando já não se mostram úteis. Eventualmente, a pactuação do cuidado esbarra em certos limites que podem levar a medidas involuntárias, como veremos no tópico 1.3.6.

Porém, como igualmente ilustra o caso de Mauro, a pactuação de cuidados envolve também a corresponsabilização participativa de diferentes serviços. Em muitas circunstâncias um único serviço não supre as necessidades do usuário em crise, sendo necessário o envolvimento e a convocação de vários outros – pactuando entre si as ações que competem a cada um.

1.3.5 Mediação de conflitos

Com muita frequência, os conflitos acompanham as crises, ou mesmo fazem parte dela. Esses conflitos ocorrem muito comumente entre o usuário e seus familiares mais próximos, como já vimos no item 2.4. A mediação do profissional e da equipe é essencial para amenizá-los e torná-los toleráveis para as partes envolvidas. Algumas vezes, um bom

atendimento de usuários e familiares promove por si mesmo um efeito de conciliação. Em outras ocasiões, a situação de tensão e hostilidade entre usuário e familiares já atingiu um grau tão elevado que é preciso afastá-los um pouco. Muitas vezes, é importante procurar familiares que têm se mantido afastados ou ausentes, tentando obter sua ajuda.

Há ocasiões, porém, em que o conflito não fica restrito a usuário e familiares, envolvendo vizinhos e conhecidos, entre outros. Várias são as situações em que o comportamento de um usuário em crise afeta a comunidade, provocando sua hostilidade, e até mesmo retaliações. Nesses casos, pode ser necessário que a equipe aborde a vizinhança e procure expor-lhes a situação em que se encontra o usuário, procurando obter sua tolerância, e até mesmo sua colaboração, como exemplificado no caso de Mauro.

Em certas situações, você pode necessitar conversar com pessoas da comunidade que, envolvidas ou não no conflito, podem ajudar a mitigá-lo. A comissão local de saúde, o agente comunitário de saúde, o padre, o pastor, enfim, qualquer pessoa ou grupo respeitado pelo usuário ou sua família, podem ser convocadas a ajudar.

Há também situações nas quais o usuário se envolve em situações perigosas que necessitam da intervenção de setores do desenvolvimento social, da educação, ou mesmo da justiça – maridos que espancam mulheres, famílias que negligenciam ou maltratam seus filhos, recusa da escola em aceitar alunos com problemas psíquicos, ameaças de traficantes e outras. Nesses casos, instâncias como conselhos tutelares, programas de proteção à mulher, programas de proteção às pessoas ameaçadas, podem ser acionados.

No cenário da crise ou em volta dele, há vários atores que podem ajudar a mediar conflitos nos quais o usuário se envolve ou é envolvido. Convide-os a participar!

1.3.6 Medidas involuntárias como exceção

Se enfatizamos tanto, até agora, a importância do vínculo com o usuário e a busca de sua anuência para tratar-se, mostra-se evidente, como diz este subtópico, que as medidas involuntárias são admissíveis apenas a título de exceção.

Conter fisicamente um usuário, medicá-lo contra a sua vontade, mantê-lo no CAPS à sua revelia, são medidas que excepcionalmente podem mostrar-se necessárias, como acabou por acontecer em certa etapa do tratamento de Mauro.

Optamos por medidas involuntárias apenas quando tentamos efetivamente pactuar o tratamento com o usuário e esgotamos todas as tentativas nesse sentido. Nessas ocasiões, de maneira geral, o usuário se encontra gravemente descontrolado e sem visão crítica de seu estado, numa situação tal que envolve riscos graves para ele próprio e/ou para aqueles que o cercam.

A decisão pelo recurso a uma ou mais medidas involuntárias não compete apenas ao médico, e nem apenas a um único profissional da equipe. Muitas vezes essa decisão tem de ser tomada e efetivada de forma rápida, por exemplo, se o usuário está quebrando objetos ou batendo nas pessoas, não sendo possível impedi-lo pela abordagem verbal. Nesses casos, a opção deve ser assumida e executada por todos os profissionais que se encontrem por perto.

Em outras ocasiões, a decisão pelo recurso a uma medida involuntária pode ser avaliada e discutida com mais calma, por exemplo: será preciso manter um determinado usuário no CAPS na hospitalidade noturna, mesmo quando ele nos pede insistentemente para dormir em

casa naquela noite? Os membros da equipe devem reunir-se e avaliar: é possível atender à solicitação do usuário, sem maiores riscos para ele e seu tratamento? Em caso positivo, liberá-lo será a melhor solução. Em caso negativo, é importante decidir coletivamente e partilhar a responsabilidade de mantê-lo involuntariamente no serviço.

Segurar ou conter fisicamente um usuário não é uma medida que um ou mais profissionais de nível superior possam ditar para os auxiliares de Enfermagem, afastando-se e deixando que façam tudo sozinhos. Tais medidas devem ser executadas conjuntamente por tantas pessoas quanto se fizerem necessárias, seja qual for sua formação profissional. Portanto, em prol da segurança geral, todos os membros da equipe, seja qual for sua formação profissional, devem conhecer as técnicas adequadas de contenção, assegurando que ela seja realizada de forma tão pouco desconfortável quanto possível. Não é admissível, em hipótese alguma, ferir fisicamente ou humilhar moralmente o usuário.

Um usuário contido no leito deve ter sempre um membro da equipe a seu lado, para zelar por sua segurança, conversar com ele, argumentar sobre as razões da contenção, entre outros. Embora no momento o usuário possa rebelar-se de forma irreduzível, não escutando ou entendendo esses argumentos, é importante que lhe sejam apresentados desde o primeiro momento, retomando-os posteriormente, quando estiver mais tranquilo e disposto a conversar.

As medidas involuntárias devem não apenas ser usadas em situações de exceção, mas também mantidas pelo menor lapso de tempo cabível, limitadas ao período de risco grave. O usuário deve ser liberado da contenção assim que possível.

O mesmo deve ocorrer em relação a uma permanência no CAPS que não deseja, ou, se for o caso, persuadido a ficar por sua própria vontade. A medicação ministrada involuntariamente também deve ser substituída assim que ele se disponha a aceitar outra, e assim por diante.

Uma ou mais pessoas responsáveis, ao decidir pelo emprego da medida involuntária, deve registrar claramente no prontuário as razões da decisão, incluindo as tentativas anteriormente feitas para evitá-la, e os cuidados tomados para que essa medida seja o menos traumática possível para o usuário.

1.4 PROCESSO DE TRABALHO INDIVIDUAL E EM EQUIPE EM SITUAÇÃO DE CRISE E URGÊNCIA

O grau de qualidade e abrangência que a atuação de uma equipe pode atingir nunca depende apenas dela mesma. Esse grau é afetado, dentre outros fatores, por aspectos relacionados à: política e legislação da atenção à pessoa em sofrimento mental; condições de saúde pública em geral, vigentes no país; compromisso do gestor local com o SUS, através da implantação de redes adequadas de Saúde e Saúde Mental; e a gerência na orientação e direção do processo de trabalho no cotidiano. Entretanto, por mais importantes que sejam esses fatores, a sua fragilidade ou ausência não desresponsabiliza a equipe pelo desempenho adequado de suas funções.

Citaremos alguns aspectos que contribuem para a organização de um bom processo de trabalho individual e em equipe.

- A atribuição e distribuição de responsabilidades entre os trabalhadores devem ser feitas coletivamente, com a participação da equipe e do gerente.
- Os membros da equipe devem priorizar essencialmente a sua atuação como trabalhadores em saúde mental, e não a sua formação específica. O processo de trabalho se engessa quando

o trabalhador se identifica excessivamente com seu núcleo de identidade profissional ou ocupacional, ou seja, quando o psicólogo só faz psicoterapia, o médico só prescreve, a faxineira só varre, e assim por diante.

- O acolhimento do usuário, inclusive em crise, é geralmente conduzido por um determinado trabalhador, independente de sua formação acadêmica. Esse trabalhador deve estar apto a realizar de forma autônoma a aproximação, os esclarecimentos e a avaliação descritos nesta unidade.
- Embora um determinado trabalhador possa conduzir o acolhimento de um usuário em crise, vários outros precisam colaborar, durante ou depois da realização do mesmo. Por exemplo, enquanto Regina atende o usuário, Pedro vai a busca da família, se ele tiver chegado sem acompanhantes, Márcia aciona o Conselho Tutelar caso se trate de uma criança em situação de abandono, Lúcio contata o serviço de onde veio um usuário sem relatório adequado para obter maiores informações sobre um caso desconhecido, e assim por diante.
- Qualquer profissional deve estar apto a fazer a avaliação do usuário em crise e, caso seja necessário o uso de medicação, o médico também deve avaliar o usuário, considerando respeitosamente o relato feito por outro profissional que tenha sido responsável pelo atendimento, levando-o em conta para a elaboração da prescrição.
- Muitas decisões relativas ao caso são tomadas pelo trabalhador que o atendeu, elucidando aspectos essenciais do caso. Em todos os casos, porém, os colegas devem ser comunicados e esclarecidos a respeito dessas decisões, afinal, o seu cumprimento envolve toda a equipe.
- Na maioria dos processos de trabalho, em especial nos CAPSs, o usuário costuma ser acompanhado por um técnico de referência, que pode ser aquele que o acolheu, ou definido por outros critérios.

Compete a esse técnico escutar o paciente em atendimentos individuais, apreender sua posição subjetiva, ter uma visão ampla dos diversos aspectos da sua situação, para organizar a construção do projeto terapêutico, com a parceria e as contribuições dos colegas de equipe.

- Mais uma vez, o fato de que o técnico de referência organize o projeto terapêutico não significa que seja seu único autor, ou deva executá-lo sozinho; o sucesso do projeto exige que membros diferentes da equipe ajudem a compô-lo e exerçam diferentes papéis durante sua execução.
- Relações de trabalho horizontais e solidárias devem prevalecer na equipe, sendo essenciais para a boa qualidade de seu trabalho.
- Nenhum saber teórico, nem aqueles que se apresentam como seus detentores, devem ocupar posição central na equipe – seja o saber médico, o psicológico, o psicanalítico, ou outro qualquer. A atuação interdisciplinar requer saberes múltiplos e descentralizados que dialogam entre si, sem tentar prevalecer uns sobre os outros.
- A equipe não pode ficar presa ao seu ‘próprio umbigo’, como acontece quando fica restrita às relações entre seus membros, ou permanece apenas no espaço físico onde está lotada: sair do consultório e da sala de plantão, circular pelo serviço, dialogar com outras equipes, transitar pelo território, são movimentos que abrem novos e melhores horizontes.
- Reuniões de equipe, supervisões, matriciamentos e atividades afins são de grande importância para a discussão de casos, a educação permanente, e a organização do processo de trabalho.



Saiba Mais

Para saber mais sobre processo de trabalho individual e em equipe em situação de crise e urgência, recomendamos a leitura do texto:

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. 2. ed., Belo Horizonte, 2007. Link: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/564-linhas-guia-sesmg>

RESUMO DA UNIDADE

Nessa unidade abordamos inicialmente a importância de cuidar de si, ou seja, de mobilizar seus recursos pessoais para perceber seus próprios sentimentos em relação ao usuário, não permitindo que sua conduta seja dominada por eles. A seguir desenvolvemos alguns passos do percurso da atenção à crise, tratando da observação inicial do cenário, da primeira aproximação junto ao usuário, da atenção à família, do esclarecimento dos aspectos mais importantes da situação, do diagnóstico, da avaliação, e dos primeiros passos do projeto terapêutico. Destacamos que a gravidade de uma crise não depende apenas dos aspectos psíquicos, mas também das condições físicas, familiares, sociais e afetivas em jogo. Também ressaltamos a importância da construção do vínculo com o usuário, buscando fazê-lo consentir em receber ajuda e cuidados. Concluímos este item ilustrando seus principais aspectos através de um breve caso clínico. Trabalhamos os princípios do cuidado em liberdade, enfatizando que sua correta aplicação depende em boa parte de uma rede local bem constituída e capaz de atuar de forma articulada, dispensando a internação do usuário em hospitais psiquiátricos e instituições fechadas. Subsequentemente, enumeramos alguns princípios (o acolhimento, a autonomia, a garantia de direitos, o cuidado pactuado, a mediação de conflitos, as medidas involuntárias como exceção), ilustrando-os com atitudes e situações relativas ao caso clínico relatado no final do item anterior. Finalmente, apresentamos sugestões para a boa organização do processo de trabalho da equipe, insistindo na responsabilização de cada um dos membros na tomada de decisões e no seu cumprimento, o que exige discussão participativa e relações solidárias entre todos os profissionais.

LEITURAS COMPLEMENTARES

ABOU-YD, M.; LOBOSQUE, A. M. A cidade e a loucura: entrelaces. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

LOBOSQUE, A. M. Atender à crise: descentralizando espaços. In: LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: ABRASCO. Reforma psiquiátrica no Brasil: ideias, autores, instituições políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**. 2. ed., Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

Cuidado/manejo da pessoa em crise em situações específicas

02

Autores:

Sabrina Stefanello

Políbio José de Campos

UNIDADE 2 – CUIDADO/MANEJO DA PESSOA EM CRISE EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

Objetivo: Compreender e aplicar o cuidado e o manejo das condições frequentes de crise e urgência em saúde mental.

Carga horária: 20 horas.

2.1 AGITAÇÃO PSICOMOTORA, COMPORTAMENTO DESORGANIZADO E RISCO DE AGRESSIVIDADE

Agitação psicomotora² e comportamento agressivo fazem parte das condutas humanas que podem estar associadas a algum problema prévio, mas o fato de uma pessoa apresentar tal comportamento, não significa necessariamente que ela possua um transtorno mental. Esses quadros podem estar relacionados, por exemplo, à coação, retaliação ou até uma questão adaptativa em um meio hostil.

2 “Agitação psicomotora é definida como uma atividade motora excessiva, associada a um sentimento de tensão interna” (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR., 2012, p. 119).

Para ilustrar nossa discussão, vejamos o seguinte caso (BRASIL, 2013a):

Caso Moacir: Dona Raimunda chega a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma pequena cidade do interior do Ceará relatando que seu filho Moacir, de 16 anos, está agitado, agressivo e se trancou sozinho dentro de casa. Dona Raimunda pede que a equipe da ESF a acompanhe até a sua casa para ajudá-la.

Com essa primeira informação entende-se que um adolescente ficou agitado, e tenta restringir o contato com outras pessoas, trancando-se em seu quarto.

Para se ter uma boa avaliação do caso o que seria importante saber?

2.1.1 Componentes da avaliação

Diante do pedido de ajuda para uma pessoa agitada, com comportamento desorganizado ou com risco de agressividade, será necessário avaliar a situação. É necessário conhecer alguns componentes fundamentais, que nem sempre serão obtidos na mesma ordem. São itens dessa avaliação: história, contexto, avaliação clínica e exame do estado mental. Dependendo da situação, é possível focalizar em determinadas perguntas, que serão exploradas nos exemplos a seguir.

- **História**

É importante averiguar se isso já aconteceu antes, se essa pessoa possui algum problema de saúde, como era a convivência anteriormente, o que pode ter desencadeado o comportamento agitado, a existência de um padrão quanto a esse comportamento, o que costuma acalmar a pessoa. No caso de Moacir, a própria mãe pode dar essas informações ou estas já podem estar no prontuário da ESF. As equipes ESF

costumam ter uma boa noção da população que atendem, geralmente também têm um vínculo e uma relação de confiança já estabelecidos com a família e com a pessoa que está agitada.

- **Contexto**

Entender a situação de vida em que a pessoa se encontra; se está passando por mudanças ou situações de estresse que podem ter precipitado a agitação. Ao tentar entender esse contexto, evite direcionar a entrevista ou repetir a mesma pergunta. É necessário evitar posturas julgadoras ou moralistas. Embora seja importante ouvir os familiares, as informações desses não são fatos inquestionáveis, pois situações complexas e conflitivas geram diversas interpretações da situação e a tendência a buscar um culpado. Quando as pessoas estão se agredindo verbalmente é importante compreender o contexto, o que abre a possibilidade para que cada um conte a sua versão. Deve ser resguardado um momento para obter o relato de cada pessoa envolvida isoladamente, o que ajuda a reduzir a ansiedade dessa pessoa. Escutar sem julgar ajuda você a agir como mediador no conflito.

- **Avaliação clínica**

Uma pessoa agitada pode sentir certo desconforto físico, o que talvez interfira no seu consentimento em deixar-se ser examinada. Se não, deve-se tentar aferir os sinais vitais, deixando o exame clínico para quando ela estiver mais calma. Algumas alterações podem ser observadas durante o episódio de agitação, como certo aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, sudorese, febre, dilatação pupilar, tremores, e o hálito – o que ajuda a pensar em sinais e sintomas de uma possível intoxicação por uso de substâncias psicoativas ou medicamentos. Determinados sinais como magreza, desnutrição podem ser resultado de condições socioeconômicas; má alimentação, por desconfiança quanto ao que lhe é servido; uso frequente de álcool; ou síndrome consumptiva, sendo, portanto, importante, não chegar a conclusões precipitadas.

- **Avaliação do estado mental**

Nem sempre é possível uma avaliação minuciosa, sobretudo quando a agitação evolui para comportamento violento. Contudo, com certa experiência pode-se obter dados importantes, observando-se aspectos como: o quanto a pessoa gesticula – se está inquieta, somente balança pernas ou tamborila dedos, se anda de um lado para outro quebra coisas, balança os braços e gesticula veementemente; se segura algum objeto que pode ser usado como arma; qual o tom de voz – se fala normalmente balbucia ou grita; qual o conteúdo daquilo que fala – se tem lógica ou não, parece coerente, considerando o contexto, ou não; qual a velocidade da fala, que ajuda a dar uma noção do fluxo dos pensamentos (se fala rápido mantendo-se compreensível ou se parece faltar ligação entre o que está falando, dando a impressão que os pensamentos estão mais rápidos do que sua capacidade de verbalizá-los; o quanto está atento e capaz de se concentrar); se fica distraído com qualquer coisa, mudando de um estímulo qualquer para outro ou é capaz de se ouvir e concentrar-se quando alguém tenta conversar. Uma avaliação mais completa pode ser feita quando a pessoa se acalmou o suficiente ao ponto de participar de uma entrevista.

Retornando ao caso de Moacir, vejamos a obtenção das informações de sua avaliação.

- **Contexto:** o enfermeiro Euclides encontra os familiares do lado de fora da casa e identifica que o adolescente realmente está agitado, fala de forma incompreensível e gesticula pela janela do quarto. Dona Raimunda diz que Moacir não tem história de tratamento psiquiátrico e que é a primeira vez que fica tão nervoso assim. O enfermeiro questiona se algo aconteceu nos últimos dias e a mãe conta que José, seu sobrinho de 21 anos, mudou-se recentemente para a casa deles. Moacir agora divide o quarto com o primo e a comunicação entre os dois é difícil, sendo que José, muitas vezes, não entende os pedidos e afirmações de Moacir, deixando-o nervoso.

- **História:** Moacir, 16 anos, tem antecedente de atraso de aprendizagem, desde nascença e nunca conseguiu frequentar a escola. Nos últimos dias tem estado agitado, insone e hostil com familiares. Dona Raimunda também diz que o filho não tem nenhum problema de saúde.
- **Avaliação clínica:** o enfermeiro consegue negociar com Moacir sua entrada na casa e no quarto para examiná-lo. Moacir acalma-se gradativamente e a única alteração encontrada é uma discreta taquicardia.
- **Avaliação do estado mental:** Euclides percebe que Moacir está lúcido e consegue expressar sua irritação dirigida ao primo, embora possua limitações na fala e na compreensão. O discurso de Moacir é coerente com o contexto atual. É possível perceber que Moacir apresenta uma deficiência intelectual, sem sinais e sintomas sugestivos de um quadro psicótico ou orgânico associado. Parece que a mudança em sua rotina, com a divisão de seu espaço com um primo e os momentos em que ambos não conseguem se entender desencadeou essa alteração no seu comportamento.

O caso de Moacir implica em lidar com sua dificuldade de compreensão e ajudá-lo a reconhecer e comunicar-se gradativamente melhor com o primo como novo membro da família, compartilhando outros espaços de convívio, talvez sem dividirem inicialmente diretamente o mesmo quarto.

Nem sempre é fácil identificar um fator associado à irritabilidade e agressividade em alguém que tem dificuldade para se expressar, como Moacir. E quanto maior a gravidade do caso, isso pode tornar-se mais difícil. Portanto, é fundamental colher informações e examinar a pessoa para avaliar se os motivos de sua irritação se devem a dor ou outros desconfortos que não consegue expressar da forma como esperaríamos. Na maioria dos casos de agitação, você não terá um diagnóstico claro e preciso, dentre os vários da Classificação Internacional das Doenças, nessa abordagem inicial.

2.1.2 Informações relevantes quanto ao manejo

Os métodos tradicionais de tratamento da agitação, especialmente em emergências e prontos-socorros, costumam ser a contenção e restrição involuntárias dos usuários. Contudo, há cada vez mais estudos mostrando que intervenções não coercitivas realizadas com genuíno comprometimento têm mais sucesso do que se imaginaria inicialmente (RICHMOND et al., 2012).

3 Boa parte do que será orientado aqui foi adaptado do consenso elaborado pela Associação Americana de Emergência Psiquiátrica (Project BETA De-escalation Workforce). As modificações feitas visaram manter a coerência com o modelo vigente em nosso país (RICHMOND et al., 2012).

Apresentaremos a seguir **algumas intervenções**³ possíveis nessas situações, de maneira a proporcionar o melhor suporte em saúde mental, garantindo o cuidado e respeito aos direitos dos usuários, seguindo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, investindo nos serviços da atenção primária como orientadora do cuidado e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) como serviços

substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

2.1.2.1 Objetivos na abordagem de uma pessoa agitada ou agressiva

1. Garantir a segurança da pessoa, dos que estão lá para ajudar (equipe de saúde) e pessoas na área.
2. Ajudar a pessoa que está agitada a controlar suas emoções/irritação e manter ou reassumir o controle do seu próprio comportamento.
3. Evitar o uso de restrição o máximo possível e tentar resolver a situação no seu próprio território.

Evitar intervenções coercitivas, pois a tendência é que elas contribuam para o aumento da agitação. É preciso lembrar que não se “acalma um usuário” assumindo uma postura dominante, que exige submissão do outro. O mais adequado é agir para “ajudar a pessoa a acalmar ela mesma”, de forma colaborativa.

Também deve ser evitado o uso de medicação prematuramente, pois pode ser compreendido pela pessoa como descaso e desatenção da sua parte, gerando-lhe sentimentos de rejeição ou humilhação que podem piorar a agitação e violência.

A agitação psicomotora é um comportamento que pode estar associado a diferentes emoções, e costuma existir em um continuum, conforme mostra a figura abaixo.



Além disso, a pessoa agitada pode agir de forma provocativa, desafiadora, questionando a competência de quem quer ajudá-la. Alguns indivíduos tentando encobrir suas próprias vulnerabilidades são sensíveis e hábeis em detectar as vulnerabilidades dos outros, focando-se nelas. Assim, para lidar com essas situações os profissionais da saúde precisam ser capazes de reconhecer, controlar suas questões contratransferenciais e entender suas próprias reações negativas, controlando a tendência a retaliar, discutir, agir na defensiva, pois esse tipo de comportamento contribui de forma negativa, piorando a situação.

A presença de um transtorno mental não prediz se ocorrerá um comportamento violento, embora existam alguns fatores de risco. Entre esses, encontramos: jovem e sexo masculino, intoxicação por álcool (abordada também nesse módulo), história de comportamento violento prévio, quadros psicóticos anteriores, história de automutilação e condutas delinquentes. Isso não significa que alguém com alguma dessas características evoluirá necessariamente para um comportamento violento, mas somente que o risco pode ser maior.

A seguir apresentaremos algumas características importantes relativas à ambiência no atendimento de uma pessoa agitada.

2.1.3 Ambiência de atendimento

Ao atender uma pessoa agitada e com a qual se pretende estabelecer um diálogo é importante delimitar um ambiente estável, com menos estímulos, calmo e com mais privacidade. Independente do local do atendimento é prudente retirar do local os materiais que possam ser prejudiciais a integridade física, tais como: materiais pontiagudos, objetos que possam ser arremessados entre outros, mantendo-se também atento ao monitoramento dos objetos que não possam ser removidos. Além disso, o profissional deve posicionar-se próximo de uma saída, para conseguir escapar rapidamente em caso de violência.

Cabe destacar aqui a intenção de minimizar o risco de que as pessoas se machuquem. No entanto, é preciso avaliar a singularidade da situação para que sua ação enquanto profissional possa favorecer o alívio do sofrimento. Isso porque, em algumas situações, essa alteração do ambiente pode ser geradora de mais sofrimento ou desconfiança por parte da pessoa em sofrimento e representar a sensação de desvalor e até mesmo de quebra de confiança buscada no acolhimento para o cuidado. Nessas situações, cabe como já discutido em capítulo anterior, que outros membros da equipe estejam por perto, talvez não “na cena”, mas disponíveis para serem acionados caso seja avaliada essa necessidade, podendo vir ao encontro de vocês de tempos em tempos para reavaliar as necessidades de cuidado. No caso de vocês avaliarem que o ambiente não é o mais adequado para o acolhimento da situação de crise, esteja atento a outras possibilidades em locais próximos, que possam parecer-lhe mais adequadas e manifeste sua percepção, propondo ou conduzindo a situação de modo a favorecer esse processo junto à pessoa em situação de acolhimento. O fundamental aqui é que a pessoa faça parte desse processo decisório e comunicada das ações realizadas e das suas intenções.

Manter ou não a presença de familiares no atendimento ao indivíduo agitado dependerá disso, acalmá-lo ou piorar sua agitação. Caso surjam discordâncias ou conflitos associados diretamente aos familiares presentes, será melhor afastá-los. Também é importante reforçar, caso necessário, que a violência não será tolerada.

Um profissional calmo, interessado, que possui postura congruente com o que diz, que mantém uma linguagem clara, sem jargões e não infantilizadora é o indicado. Idealmente, uma única pessoa deve conversar com quem está agitado. Outros profissionais podem ajudar afastando pessoas próximas e colaborando para a criação de um ambiente mais tranquilo.

2.1.4 Como lidar com uma pessoa agitada?

Comece identificando-se de forma educada, dizendo seu nome e função, e rapidamente explique que você está ali para garantir que ninguém se machuque. Pergunte o nome e como a pessoa prefere ser chamada. No caso de alguém muito agitado será necessário repetir e reassegurar que você pretende ajudá-lo a reassumir o controle. Oriente descrevendo-lhe em que patamar você considera que está a sua agitação e o que espera dele. Use frases curtas, com linguagem simples e de fácil compreensão, dando tempo para a pessoa processar a informação e para responder antes de fornecer novos dados.

Nesse primeiro contato, você deve ouvir o que a pessoa tem a dizer, e, a partir dessa conversa e da avaliação do caso, responder-lhe, validando a sua posição e propondo-lhe o que você gostaria que ela fizesse, por exemplo, sentar, acalmar-se, falar mais baixo, aceitar alguma medicação, entre outras. Você, então, vai ouvir a resposta da

pessoa, lembrando que talvez seja necessário repetir-lhe a mensagem muitas vezes, antes que ela seja realmente ouvida. Nesse sentido, é fundamental também estar atento à reação que seus gestos e forma de comunicação geram na pessoa que está em sofrimento. Isso o ajudará a redimensionar sua forma de se expressar e aprimorar estratégias em prol do seu objetivo: o acolhimento e alívio do sofrimento vivido.

Pessoas inexperientes tendem, depois de uma breve tentativa de conversa com alguém agitado, a desistir e falar que a pessoa não ouve e não vai colaborar. A quantidade de tempo necessária pode variar, entretanto a redução verbal da agitação pode ser efetuada frequentemente com sucesso em 5 minutos (RICHMOND et al., 2012).

Ao se negociar com alguém, a persistência faz parte do processo. Repetir propostas, ouvir atentamente o que o outro lado tem a dizer, reconsiderar, colocar limites, dar opções para que a pessoa possa escolher, ou propor alternativas. Essa repetição envolve ouvir o que está sendo dito e concordar quando possível. É importante entender os desejos da pessoa em questão e perguntar abertamente sobre isso. Alguns desejos, como a necessidade de conversar com alguém ou uma intervenção junto à família para intermediar um conflito poderão ser atendidos. Entretanto outros podem ser mais difíceis de atender, mesmo assim é importante deixar claro que você se importa em saber os desejos da pessoa e pretende ajudar no que puder. Repita com suas palavras o que entendeu. Uma boa estratégia é dizer: “diga se entendi isso direito...”, e faça um resumo do que você entendeu. Isso não significa que você concorda com o que foi dito, somente que entendeu o que ele falou.

Tentar colocar-se no lugar da pessoa, buscando compreender seu relato e experiência vivida como real e verdadeira, mesmo no caso de alguém delirante, permite uma atitude de não julgamento e mostra que você realmente se importa com o indivíduo, melhorando o relacionamento. O fato de você tentar entendê-lo e a percepção de que se importa com

o que está lhe acontecendo costuma promover uma diminuição na agitação. Você pode nunca ter sentido ou tido a experiência que uma pessoa com sintomas psicóticos teve, mas você pode ser honesto com ela dizendo que nunca teve essa experiência, porém acredita no que ela conta estar vivendo.

É preciso deixar claro as condições da colaboração, afinal o respeito é esperado dos dois lados. Demonstrar o desejo de ajudar o outro não significa ser abusado. Dizer que comportamento que resulte em lesões para si mesmo ou para outras pessoas não será aceito, é fundamental. Bater na parede ou quebrar algo não significa restrição e contenção, mas exige relembrar os limites e as consequências, assim como reassegurar à pessoa que você quer ajudá-la a retomar o controle ao ponto de um comportamento aceitável.

Tente orientar a pessoa a se acalmar. É possível dizer o que gostaria que ela fizesse e como você se sente quando ela fica mais agitada, por exemplo: “gostaria muito que você sentasse, porque o fato de você não parar, me deixa assustada e não consigo me concentrar o suficiente no que você está dizendo.” E: “você me ajudaria a entender o que está acontecendo se conseguisse falar mais calmamente dos problemas”.

Quando estiver negociando com alguém mais agitado, dê-lhe opções possíveis. Nesse momento é preciso ser assertivo e rapidamente propor alternativas à violência. Oferecer algo que melhore o conforto também ajuda a acalmar alguém, por exemplo, alcançar um cobertor ou agasalho se perceber que a pessoa sente frio, ou refrescar o ambiente se tiver calor, oferecer algo para beber ou comer, fornecer acesso ao telefone se ela desejar falar com alguém de sua confiança.

Nunca engane ou prometa algo que não poderá ser realizado.

O ideal em relação à medicação de uma pessoa agitada não é sedá-la, mas sim, acalmá-la para que permaneça consciente e consiga participar das decisões de seu próprio cuidado. A solicitação da medicação pode vir da própria pessoa nesse momento de crise. Uma questão aberta como: “o que poderia ser feito para ajudá-la a se acalmar nesse momento? O que já funcionou antes? Qual é sua preferência?”. Como resposta alguns sugerem medicação, mas, se depois de toda essa abordagem a agitação continuar, e for necessário o uso de medicamento, isso precisa ficar claro para a pessoa.

Deixe que ela tome algumas decisões, como por exemplo, o que já funcionou no passado, quais suas preferências, por qual via prefere que seja administrado o medicamento. Caso a decisão do que será usado for sua, informe o que será feito, o motivo de sua escolha, qual o perfil de efeitos colaterais e porque você escolheu esse medicamento e não outro.

Se todas essas tentativas falharem e a agitação continuar, como último recurso se utiliza a contenção, restrição e uso de medicamento injetável. Alguns locais possuem um ambiente onde a pessoa pode ficar em observação sem a necessidade de restrição ao leito. Entretanto, ao indicar qualquer intervenção involuntária é responsabilidade de quem ordenou tal intervenção restaurar a aliança terapêutica e tentar aliviar o trauma da intervenção coercitiva.

Explique porque a intervenção foi necessária e deixe a pessoa falar dos eventos desde sua perspectiva. Explore alternativas para lidar com o comportamento agressivo caso a pessoa volte a ficar agitada novamente. Quando ela estiver mais calma, ajude-a a falar de suas preocupações para pensar como resolver os problemas que precipitaram tal situação. A prevenção é a melhor forma de se tratar agitação psicomotora. Planeje com a pessoa o que poderá ser feito caso ela sinta que está perdendo o controle ou fique irritada.

Numa situação de indicação do uso de restrição e contenção também é necessário que a equipe envolvida converse sobre o que aconteceu e seja capaz de dizer o que poderia ter sido diferente, quais os pontos fortes e fracos do atendimento. Afinal, essa não é uma situação agradável para nenhum dos envolvidos.

No caso de alguém com muito medo, como uma pessoa vivenciando sintomas psicóticos persecutórios, sua tendência é evitar ser atacado, podendo atacar alguém para evitar que essa pessoa possa atacá-la. Isso não é necessariamente autodefesa, mas uma ação preventiva. Em casos assim, dê bastante espaço para a pessoa, não a intimide e não faça exhibições de força. Evite tudo o que pode fazer com que ela se sinta ameaçada. Tente acompanhar o ritmo dessa pessoa até que ela consiga focar no que você está dizendo e não no medo que sente. Reassegure que ela estará segura e que você pretende ajudá-la a se acalmar.

Além disso tudo, é preciso ter clareza quanto aos aspectos ético-legais. O maior dilema no processo de avaliação de um paciente que cometeu ou pode cometer uma agressão é avaliar se o seu comportamento é devido a uma alteração mental, seja ela transitória ou não. Portanto, para que seja tomada qualquer medida involuntária que talvez se faça necessária, isso precisa estar definido.

No caso de alguém intoxicado por alguma substância psicoativa que fica agressivo e até com sintomas psicóticos, podem ser feitas medidas de tratamento involuntário somente durante o período da intoxicação, passado isso, a pessoa não poderá ser submetida a intervenções, mesmo que seja tratamento, involuntariamente. Alguém que fica agressivo porque se recusa a determinado tratamento, compreende o que foi oferecido e não apresenta alteração mental que comprometa seu julgamento, não poderá ser submetido a nenhuma forma de tratamento contra sua vontade (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR., 2012). Portanto, é preciso garantir respeito aos direitos humanos e aos direitos dos usuários do SUS.



Link

Muito se estuda e ensina sobre aspectos técnicos dos mais variados problemas em saúde, contudo, frequentemente, a parte dos direitos em saúde fica negligenciada. Para obter mais informações sobre o que deve ser assegurado aos usuários do SUS recomendamos que leia o texto disponibilizado no link a seguir. Os direitos do usuário deveriam ser bem conhecidos não somente pelos usuários, mas também pelos profissionais que devem exercer suas atividades de forma a garantir tais direitos. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf

2.1.5 Decisões quanto ao uso do medicamento

Quando se toma a decisão de medicar alguém por causa de agitação psicomotora, a meta deve ser acalmar, não restringi-lo ou induzir sono. Se a pessoa que receberá o medicamento tiver capacidade para colaborar, ela deverá ser envolvida no processo de escolha, da forma que for possível.

Frequentemente são usados antipsicóticos e benzodiazepínicos para controlar a agitação, mas isso não significa necessariamente que a causa subjacente será abordada. Por exemplo: agitações por conflitos familiares e mudanças na vida de alguém (caso de Moacir), agitação causada por alteração metabólica como hipoglicemia, ou num caso de “*delirium*”, que será abordado ainda nesse módulo. Sendo assim, o melhor tratamento para a agitação é, preferencialmente, lidar com o que a está causando, mesmo que isto seja feito em um segundo momento.

O antipsicótico mais usado é o haloperidol, de primeira geração e que tem longa história de utilização em casos de agitação psicomotora. As fenotiazinas, classe de medicação antipsicótica de baixa potência, ainda de primeira geração, como clorpromazina, também podem ser usadas, contudo tem maior propensão a causar efeitos colaterais como hipotensão, tem mais efeitos anticolinérgicos (como boca seca, visão

turva, constipação, retenção urinária, midríase, confusão mental) e diminuem o limiar convulsivante quando comparadas ao haloperidol. Portanto, elas não costumam ser a primeira escolha para agitação aguda. A prometazina é também uma fenotiazina bastante usada nas urgências, especialmente em pessoas agitadas com sintomas psicóticos, contudo é preciso ficar atento, sobretudo em jovens, pois associada a outro antipsicótico costuma aumentar o risco de efeitos extrapiramidais (distonia, pseudoparkinsonismo, acatisia, acinesia, discinesia tardia) (SCHATZBERG; COLE; DEBATTISTA, 2010).

O haloperidol é o medicamento mais usado até hoje nos quadros de agitação psicomotora. Possui poucos efeitos nos sinais vitais, pouca atividade anticolinérgica e pouca interação com outros medicamentos não psicotrópicos. Entre seus efeitos colaterais encontramos os sintomas extrapiramidais, sendo o mais comum tremores (SCHATZBERG; COLE; DEBATTISTA, 2010).

Outro importante efeito colateral do haloperidol é a tendência a aumentar o intervalo QT (podendo resultar em arritmias cardíacas), particularmente quando administrado de forma endovenosa e em altas dosagens. Portanto, não se recomenda seu uso dessa forma ou associado a outros medicamentos ou condições que aumentem o intervalo QT, como: alterações cardíacas, desequilíbrio eletrolítico como hipocalcemia e hipomagnesemia, ou hipotireoidismo.

Além disso, tanto o haloperidol quanto outros neurolépticos podem causar sintomas extrapiramidais ou síndrome neuroléptica maligna, reação rara, porém com risco de vida. Esta síndrome geralmente surge em 24-72 horas, com sintomas de confusão mental e rigidez muscular antecedendo febre e sintomas autonômicos. Apesar disso, o haloperidol ainda é o medicamento mais usado até hoje nos quadros de agitação psicomotora, sendo frequentemente associado a um benzodiazepínico de ação curta, o que poderia reduzir o surgimento de sintomas extrapiramidais de 20% em pessoas agitadas tratadas

somente com haloperidol para 6% quando combinado com lorazepam (benzodiazepínico de ação curta) (BATTAGLIA et al., 1997).

O uso de benzodiazepínicos como diazepam, lorazepam, clonazepam e midazolam são preferidos quando se sabe que a pessoa fez uso de estimulante (por ex.: anfetaminas, cocaína), está em abstinência alcoólica ou quando não se tem uma causa determinada para a agitação. Esses medicamentos podem causar sedação excessiva e possuem risco de produzirem depressão respiratória ou hipotensão quando administradas via parenteral em pessoas com doenças respiratórias prévias ou em combinação a outras substâncias cujo efeito inclui depressão do sistema nervoso central, como o álcool.

Em vista disso tudo, e considerando também o custo dos medicamentos, os esquemas mais utilizados e recomendados estão abaixo, lembrando que tanto o uso oral assim como o intramuscular apresentaram mesma eficácia em diferentes estudos (GAULT et al., 2012; JACINTHO, STELLA, LAURITO JR., 2012).

Esquema medicamentoso frequentemente usado na urgência para pacientes com agitação psicomotora, agressividade e comportamento violento:

- haloperidol 5mg – via oral (VO) ou intra muscular (IM) e/ou midazolam 5 a 15mg VO ou IM
- haloperidol 5mg – VO ou IM + prometazina 50mg VO ou IM

2.1.6 Acionamento de outros recursos da rede de saúde

Agora, voltando ao caso inicial, caso Moacir não se acalmasse após mudanças no ambiente e contato com o enfermeiro. O que poderia ser feito?

Após seguir todas as etapas já descritas no manejo, o enfermeiro poderia pedir ajuda de mais pessoas de sua equipe para juntos organizarem e seguirem com o atendimento, chegando ao ponto de propor medicação via oral para Moacir. Posteriormente, num momento em que ele estivesse mais calmo, abordariam a questão com a família para tentar encontrar uma solução para o problema. Mas se isso não desse certo, mesmo depois de muitas tentativas, contando com ajuda da equipe da UBS e com alguém da confiança de Moacir, o que fazer?

Aqui não existe um único caminho a ser seguido, pois depende dos recursos disponíveis de cada região. Uma possibilidade é solicitar o apoio de uma equipe do SAMU, caso Moacir ficasse mais agressivo, recusando qualquer abordagem. Se este não for um recurso disponível, é possível pedir apoio à equipe do CAPS do território. Talvez uma ação coletiva e com mais pessoas, Moacir acabasse aceitando o medicamento, ficando mais calmo, sem necessidade de outras intervenções.

Se mesmo assim o comportamento de Moacir continuasse violento, impedindo a segurança da equipe e dele mesmo, seria possível pedir ajuda da guarda ou bombeiros. Entretanto, nem sempre esses profissionais são treinados para lidar com essas situações, portanto quem deve coordenar o que será feito é o profissional de saúde. Os guardas e bombeiros costumam ajudar a equipe na contenção, pois mais pessoas acabam tendo um feito intimidador, e conseguem

controlar melhor alguém com menos risco para a própria pessoa. Esse momento precisa ser combinado e estar tudo pronto para que seja o menos traumático possível. Os medicamentos que serão usados devem estar preparados e cada um precisa estar ciente de qual será seu papel no momento. Por exemplo, a aproximação será com todos juntos, uma pessoa apenas descreve o processo, o que estão fazendo e os motivos disso, reassegurando que é uma medida de proteção para a pessoa que está agitada e para os outros ao redor, definindo quem vai segurar no joelho, no braço, quem ficará responsável pelas faixas ou lençol.

Essa contenção pode ser feita das seguintes formas:

- **imobilização** em 5 pontos (a cabeça é o ponto zero). Quatro profissionais sustentem 1, 2, 3 e 4 segundos as posições ilustradas (porção proximal e distal do membro);
- **imobilização** em 5 pontos (a cabeça é o ponto zero). Ponto zero – de segurança: a proteção da cabeça, pescoço e vias aéreas é o procedimento zero de qualquer processo de contenção. Em geral, quem conduz a ação fica responsável por essa parte. É necessário, em condições ideais (planejadas em equipe e com profissionais a disposição), que quatro profissionais sustentem cada um dos membros, segundo as posições ilustradas a seguir (porção proximal e distal do membro);



Fonte: disponível em http://www.seg-social.es/ism/gsanitaria_uk/ilustr_capitulo9/cap9_4_homeviolento.htm

- **imobilização** – Alto Grau de Dificuldade 7 a 9 pontos. Para usuários agressivos e combativos, é ideal que seja feita com nove pessoas, mas, na maioria das vezes, com sete é suficiente. Aquele que monitora a cabeça, talvez precise ajudar na imobilização do tórax. Nesse caso, ficarão dois profissionais em cada membro, um na parte proximal e outro na distal.

Atenção: realizar a contenção física apenas se houver profissionais suficientes. Não utilizar meios e condutas de risco como “gravata” e confrontação física. No primeiro momento da imobilização bastam cinco pessoas, o importante é a coordenação e agilidade: duas ou quatro pessoas adicionais entram após para sustentar a imobilização.

Redobrar cuidados com o monitoramento. Não se deve utilizar procedimentos policiais de contenção (algemar, *HogTie*, entre outras) para transportar.

Caso seja necessária a contenção e medicação parenteral, o ideal é que seja feita em uma maca, cama ou chão, a observação tanto em um serviço especializado com hospitalidade, como o CAPS, pronto atendimento ou pronto-socorro. No caso de Moacir, ele poderia ser levado ao CAPS, contudo, em outros casos onde o motivo da agitação não está bem esclarecido ou existe a possibilidade de outros problemas de saúde ou orgânicos associados, o ideal é que a pessoa seja transportada para um local onde possa ser feita uma avaliação clínica e exames assim que ela estiver mais calma. O ideal de alguém contido é que o transporte seja feito em ambulância, observando sinais vitais e sempre tomando o cuidado para que essa contenção não cause lesões na pessoa, cuidado para não fazer garrote em membros e não bloquear vias aéreas.

Pessoas intoxicadas por uso de estimulantes, como cocaína e anfetaminas, bem como em episódio maníaco podem ser particularmente mais difíceis de serem contidas devido à grande agitação que pode estar associada ao quadro de base. Porém, mesmo estas, com certa frequência, se sentem intimidadas diante de um grupo grande de pessoas (cinco a seis) que se encaminham para contê-la e, não raro, deixam que a contenção seja realizada sem grande resistência. Caso o serviço que vai receber essa pessoa não tenha participado do desfecho, é importante informar o que foi feito e fornecer os dados do que se sabe do caso.

Como a contenção não deixa de ser um ato de violência, por mais que seu intuito seja proteger os indivíduos, é importante que ela seja retirada assim que possível e que novos acordos sejam feitos, inclusive para melhorar o bem-estar de quem foi contido.

Como já foi dito anteriormente, caso a pessoa que ordenou a contenção não tenha podido acompanhá-lo, permanecendo ao seu lado durante o período da contenção, o melhor seria que fosse conversar com quem foi contido assim que este ficasse mais calmo, explicando o que aconteceu, quais os motivos dessa decisão e recontratando o que será feito a partir do momento em que a agitação diminuir.

Após a tranquilização, as pessoas costumam estar mais colaborativas, conseguem conversar melhor e é possível pensar conjuntamente no que fazer para ajudá-la. Algumas pessoas que passaram por momentos de crise e foram contidas seguindo o modelo de intervenção acima sugerido relatam que, apesar de estarem no meio de uma crise, sem conseguir se controlar, ao lembrarem o que viveram, foi muito importante terem sido informadas pelo profissional o que foi feito, quem estava tomando as decisões e por quais motivos. E mesmo diante de todo o descontrole sentiram-se cuidadas com essa atitude.

2.2 QUADROS CONFUSIONAIS, PSICO-ORGÂNICOS E COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Algumas pessoas podem ficar confusas e mais agitadas decorrente de complicações clínicas, o que claramente parece ser o caso do Sr. Francisco (BRASIL, 2013a), como verá a seguir.

Seu Francisco (idoso) é levado à UPA por familiares, por alteração do seu comportamento. Ele “fala coisas estranhas”, “fica agitado” e não

consegue dormir direito há 3 (três) dias. Mora em casa de repouso e foi encontrado na cama por uma enfermeira, e estava confuso, dizendo que “tinha gente atrás dele”. Foi levado para ficar sob os cuidados da família, mas piorou da agitação e da confusão mental, não conseguindo sair da cama e recusando alimentação. Ontem apresentou calafrios e sudorese. Seguindo o mesmo raciocínio usado nos casos anteriores, deverão ser obtidos dados da história, contexto, avaliação clínica e exame do estado mental.

- **História:** enfermeira Cláudia, da clínica de repouso, conta que há três dias Francisco movimentava-se menos e fala de forma confusa. Não tem conseguido dormir à noite e não reconhece os funcionários da clínica onde está. Conversa com algumas pessoas já falecidas, fala sozinho. Não apresentou febre e nem tosse. Enfermeira Cláudia percebeu que a urina do paciente cheirava mal.
- **Contexto:** Francisco mora em uma casa de repouso há dois anos. Tem três filhos, que se alternam para visitá-lo. Há três anos foi acometido por um derrame e, por isso, não consegue caminhar e usa fraldas. A família tentou cuidar dele em casa por um ano, mas precisavam trabalhar e optaram por deixá-lo em uma clínica de repouso. Ele fala com dificuldade, mas é bem compreendido pela equipe da clínica onde mora. Alimenta-se com auxílio.
- **Avaliação clínica:** Francisco fala de forma confusa. Não apresenta febre e está com a pressão arterial dentro dos padrões de normalidade. No momento não há necessidade de oxigênio suplementar. A ausculta pulmonar está normal e não houve piora da deficiência motora já apresentada pelo paciente. Francisco parece estar com dor abdominal. Exames de sangue e urina foram solicitados, a urina está mesmo cheirando mal e há uma pequena quantidade de sangue no material colhido.
- **Avaliação do estado mental:** o paciente está confuso. Fala muito sozinho, com frases pouco compreensíveis. Consegue obedecer a comandos e abre os olhos quando chamado pelo nome. Está

desorientado no tempo e espaço, mas consegue reconhecer as pessoas da família.

O *Delirium*⁴ ou estado confusional costuma ter um curso flutuante, com melhora e piora ao longo do dia, e sua identificação pode ser difícil. O *delirium* pode ser confundido com outros transtornos mentais, como depressão, esquizofrenia e mania (SILVA; SANTOS JR., 2012).

⁴ *Delirium* ou estado confusional agudo é uma condição neuropsiquiátrica caracterizada por estreitamento da consciência, piora da atenção, alterações cognitivas e senso-perceptivas.

Mesmo sendo bastante frequente em enfermarias clínicas e cirúrgicas o “*delirium*” continua sendo uma condição muitas vezes não identificada. O termo síndrome confusional aguda, como pode ser chamado o “*delirium*” dá ênfase ao aspecto confuso do pensamento e do discurso da pessoa (fala incongruente, conteúdos absurdos e sem articulação lógica), mas isso não é necessariamente o mais frequente ou o mais importante para sua identificação.

Justamente porque vários problemas subjacentes podem causar “*delirium*”, e mais de um fator pode contribuir para o seu surgimento, é considerado uma síndrome. E também possui diversas denominações, sendo mais comumente denominado como: estado confusional agudo, síndrome cerebral orgânica ou psico-orgânica.

Estar atento e lembrar que isso pode acontecer é extremamente importante para a sua identificação. Como o diagnóstico de “*delirium*” é primariamente clínico, apoia-se em uma boa avaliação.

2.2.1 Componentes da avaliação

Da mesma forma que foram destacadas informações relevantes a serem investigadas quando uma pessoa está agitada, aqui ressaltaremos o que deve ser abordado em uma avaliação cuja principal queixa está associada à confusão mental.

- **Contexto**

Por estar associado a doenças orgânicas e uso de medicamentos, os quadros de “*delirium*” não costumam ter conflitos interpessoais como marcos ou desencadeantes. Geralmente a descrição é de uma pessoa que estava bem, mas sem um momento claro de piora para a família. É mais frequente perceber associação com doenças de base, cirurgias ou outro problema de saúde recente. Quadros de “*delirium*” são mais frequentes em pessoas que estão sendo cuidadas em instituições, justamente por elas já possuírem problemas de saúde.

- **História**

Na suspeita de que uma alteração orgânica possa estar gerando o quadro confusional, é importante obter uma história clínica detalhada sobre doenças atuais e prévias. É necessário conhecer a condição anterior da pessoa, determinando seu funcionamento basal, mesmo quando acometido por algum problema de saúde.

É importante obter informações das pessoas que convivem com o indivíduo, particularmente quanto a possíveis mudanças em seu estado, sendo significativo o relato de que em alguns momentos está melhor e orientado, em outros piora. Como no “*delirium*” se observa flutuação no nível de consciência, é esperada melhora e piora ao longo do dia. O uso de medicamentos ou substâncias psicoativas também deve ser abordado, ou se foram introduzidos ou retirados novos medicamentos, pois estes podem estar associadas ao “*delirium*”. Num quadro de “*delirium*” costuma existir mais de um fator contribuindo, sendo mandatória uma boa investigação.

É frequente observar uma inversão no ciclo do sono, com piora da confusão mental à noite e sonolência durante o dia devendo averiguar-se se a pessoa consegue dormir bem à noite ou se está dormindo durante o dia. Idade avançada, lesão cerebral prévia (como no caso de Francisco) e comprometimento cognitivo aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de “*delirium*”, que também possui alta associação com doenças infecciosas e doenças terminais (WAHLUND, BJÖRNLIN, 1999; LAWLOR, FAINSINGER, BRUERA, 2000).

- **Avaliação clínica**

É importante um bom exame físico nesse caso, sobretudo por geralmente se tratar de alguém sem condições de informar bem como se sente. Além dos sinais vitais e exame geral, realizar exame do estado mental, melhor descrito abaixo, e neurológico. A ênfase deve ser na identificação de problemas agudos de saúde ou exacerbação de condições preexistentes. Os exames complementares dependerão da história e exame físico. Identificar e tratar adequadamente as causas subjacentes do “*delirium*” é de extrema importância, pois ele está associado a complicações que podem colocar a vida da pessoa em risco e à perda de funcionalidade por tempo prolongado (MARCANTONIO, 2007).

- **Exame do estado mental**

Aspectos centrais da caracterização de “*delirium*” são perturbação da consciência. Em geral, a consciência é avaliada de forma indireta através da atenção, podendo estar alterada por redução da capacidade em direcionar, focar, manter ou deslocá-la. É importante, portanto, observar se a pessoa consegue se concentrar no que você está falando, se fica distraída com facilidade, se tem dificuldade em terminar alguma tarefa que iniciou. Outra alteração bastante frequente no “*delirium*” é da orientação. Nem sempre é fácil perceber essa alteração, quando ela está ligeiramente rebaixada ou turva, a pessoa costuma ficar desorientada no tempo e espaço (DALGALARRONDO, 2008).

Com o comprometimento da cognição, o pensamento pode ser confuso e frouxo nas associações. A capacidade de raciocinar e emitir julgamentos costuma estar comprometida e contribui para o desenvolvimento de ideias delirantes, que costumam ser desestruturadas e transitórias. Alterações da sensopercepção também podem ocorrer, como ilusões e alucinações, especialmente as visuais. O comprometimento da atenção prejudica a memória recente, responsável pela aquisição de novos conteúdos. Por outro lado, a memória remota costuma estar preservada.

Alterações motoras, como inquietação/agitação, oscilando até letargia/apatia, também costumam estar presentes. É comum verificar-se uma inversão do ciclo sono-vigília, e não são raros pesadelos vívidos e a típica piora com o entardecer.

Atenção: tomar cuidado para não confundir “*delirium*” com o ‘delírio’, esse último relacionado à alteração do juízo da realidade e um dos sintomas frequentes no diagnóstico de esquizofrenia. Tomar cuidado também porque existe o termo “*delirium tremens*” cuja sintomatologia pode ser parecida à do “*delirium*”, entretanto com outras características próprias relacionadas à abstinência alcoólica, o que será aprofundado em outro item.

Como o quadro de “*delirium*” pode mimetizar outros problemas mentais, os principais diagnósticos diferenciais e suas características estão na tabela a seguir. Ainda assim, não significa que não possa existir uma sobreposição de síndromes, afinal pessoas com quadros demenciais estão mais susceptíveis a apresentarem “*delirium*” justamente porque existe uma diminuição da reserva cerebral funcional.

CARACTERÍSTICAS	“DELIRIUM”	DEMÊNCIA	DEPRESSÃO	ESQUIZOFRENIA
Início	Agudo	Insidioso	Variável	Variável
Faixa etária mais frequente (iniciam as manifestações)	Idosos	Idosos	Adultos	Jovens
Curso	Flutuante	Progressivo	Episódico	Surtos
Prejuízos	Sem prejuízos	Perdas cognitivas cumulativas	Sem prejuízos	Pode ter prejuízo afetivo e da personalidade
Nível de consciência	Prejudicado	Claro	Claro	Claro, pode haver perplexidade
Atenção	Desatenção marcante	Sem desatenção marcante	Atenção pode estar ruim	Atenção pode estar ruim
Memória	Ruim, especialmente a recente	Ruim e progressivamente pior	Preservada ou pouco prejudicada (recente)	Preservada ou pouco prejudicada
Delírio	Fugaz, fragmentado	Paranoide, pouco elaborado	Congruente com o humor, ex: de ruína	Frequente, melhor elaborado

Fonte: adaptada de Dalgarrondo (2008, p. 373).

É possível considerar, ainda, que alguém como Francisco, com dificuldade para deambular e se alimentar, corre o risco de ficar restrito ao leito, desidratado ou desnutrido se não receber ajuda. Daí é importante ficar atento ao tipo de cuidado prestado às pessoas que possuem limitações e necessitam do apoio de outras para realizarem suas atividades diárias.

2.2.2 Informações relevantes quanto ao manejo

Pessoas apresentando “*delirium*” têm mais sucesso caso seja realizada uma abordagem interdisciplinar. Assim, essas múltiplas intervenções, mesmo que pareçam pequenas individualmente, podem promover uma melhora importante (MARCANTONIO, 2007).

Por um lado, identificar e tratar as causas de base do “*delirium*” é essencial. Medicamentos são as causas reversíveis mais comuns de “*delirium*”. Os de alto risco são: medicamentos anticolinérgicos, bloqueadores H₂, benzodiazepínicos, opióides e antipsicóticos, que na medida do possível deveriam ser substituídos por outros sem efeito no sistema nervoso central. Por exemplo, um bloqueador H₂ pode ser substituído por um antiácido inibidor de bomba de prótons, aumento da frequência de outros analgésicos para a dor permite a redução no uso de derivados opióides. Por outro lado, a utilização de medicamentos é complexa, pois têm de serem avaliados de forma precisa e contínua, tendo em vista que o mesmo medicamento pode fragilizar a evolução terapêutica. Isto decorre devido a cada organismo reagir a diferentes dosagens, tipo de medicamento entre outros.

Assim, os psicotrópicos que mais frequentemente podem causar ou piorar o “*delirium*” são os benzodiazepínicos e aqueles com propriedades anticolinérgicas (antipsicóticos do grupo das fenotiazinas e antidepressivos tricíclicos), lítio (especialmente em níveis tóxicos) e

topiramato (prejuízo cognitivo). De modo geral, benzodiazepínicos e lítio devem ser monitorados atentamente em pessoas com problemas neurológicos. Comportamento desinibido é mais frequentemente visto com benzodiazepínicos, especialmente em quem tem problema neurológico associado, crianças e idosos. E essa desinibição comportamental comumente acontece junto com o prejuízo cognitivo e o “*delirium*” (SALEHINIA; RAO, 2010).



Saiba Mais

Para aprofundar os conhecimentos sobre as causas de “*delirium*” e instrumentos que podem auxiliar no seu diagnóstico leia o capítulo: SILVA, L. F. A. L.; SANTOS JR., A. *Delirium (estado confusional agudo)*. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 263-279.

Outros fatores que não causam “*delirium*” diretamente, mas aumentam o risco do seu aparecimento e quando já instalado podem atrapalhar sua resolução, devem ser manejados, como: uso de óculos e aparelho auditivo para restabelecer boa recepção sensorial; estimular que a pessoa se movimente, evitando ficar o tempo todo na cama; garantir uma boa nutrição, lançando mão de suplementos quando necessário, oferecendo líquido para garantir hidratação e oferecer ajuda para alimentar àquelas pessoas com limitações, como no caso apresentado. O mesmo vale para: bom controle da dor, evitar contenção física e “polifarmácia”, quanto menos procedimentos invasivos melhor (cateteres, tubos, drenos), pois esses aumentam o risco de infecções (MARCANTONIO, 2007; SILVA, SANTOS JR., 2012).

Lidar com as alterações do comportamento mantendo o conforto e a segurança do paciente pode ser desafiador. Garantir sua observação frequente é importante justamente pela flutuação do quadro. Outras medidas que melhoram a orientação da pessoa e transmitem o sentimento de segurança podem ser realizadas, como colocar

relógios, calendários, acesso à vista de uma janela permitindo a entrada de claridade, deixar objetos que a pessoa gosta e ajudam na identificação, como porta-retratos com imagens de entes queridos. Além desses objetos, os familiares e pessoas próximas devem ser orientados a fornecerem informações que auxiliem na localização, situação e orientação do indivíduo. Minimizar mudanças em relação ao ambiente com o qual a pessoa já está familiarizada. Promover que o ambiente seja calmo, porém sem estímulos excessivos e sem que seja demasiadamente silencioso. Permitir que o sono seja tranquilo, evitando interrupções e barulhos à noite.

“*Delirium*” por si só não é uma indicação de tratamento farmacológico, mas o uso de antipsicóticos ou sedativos pode ser necessário para sintomas como delírios e alucinações que assustam o paciente e quando verbalmente não se consegue tranquilizá-lo. Quando esses medicamentos forem usados, eles precisam ser reavaliados constantemente e estar claro o motivo do uso, e, nesse caso, antipsicóticos de alta potência são priorizados por terem menos efeitos anticolinérgicos e hipotensivos. Entretanto, essas medicações precisam ser usadas com cautela, porque podem prolongar o “*delirium*”, aumentando o risco de complicações, transformando um paciente hiperativo em um confuso e sonolento, com aumento do risco de quedas e aspirações.

Em pessoas idosas com sintomas moderados a dosagem de haloperidol pode variar de 0,5 a 1 mg oral, em casos mais graves de 0,5 a 2 mg parenteral, podendo ser refeita em 60 minutos conforme a necessidade. Um efeito colateral ao qual é preciso ficar atento é a acatisia (inquietação motora). Mais estudos estão surgindo com o uso de antipsicóticos atípicos e aparentemente eles também podem ser usados no controle da agitação no “*delirium*” (MARCANTONIO, 2007; LONERGAN et al., 2007).

2.2.3 Recomendações para a Rede de Atenção Psicossocial

Agora vamos imaginar que, retornando ao caso, o Sr. Francisco começou a apresentar melhora durante o período de observação e início do tratamento contra a infecção, o que você orientaria quanto ao seguimento e local de tratamento?

Em caso de melhora após o início do tratamento o Sr. Francisco poderia voltar aos cuidados dos familiares ou da casa de repouso, desde que fossem bem orientados a manter a vigilância, observando se a melhora persiste, acionando uma reavaliação diante de qualquer piora. É preciso discutir junto com os familiares, pesando prós e contras, para decidir qual o melhor local para dar continuidade ao cuidado. A própria hospitalização tem sua carga de risco de infecção hospitalar, ambiente estranho, com rotinas muitas vezes perturbadoras do sono (por exemplo, ser acordado para aferir pressão arterial) e iatrogenias. Uma família presente, atenta e continente, pode garantir um grau de conforto muito melhor que o de uma instituição, como oferecer alimentos que a pessoa sabidamente goste e mantê-la aquecida, estimular mais frequentemente a hidratação. Este pode ser o melhor caminho, dependendo da situação.

Se houver manutenção do quadro ou piora do “*delirium*”, o Sr. Francisco poderá permanecer em observação na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e realizar o tratamento dos problemas de base (causas comuns costumam ser infecção do trato urinário e pulmonar). Se a complexidade de caso exigir, encaminhar ao hospital geral.

“*Delirium*” não é a única causa de confusão mental e agitação, é preciso considerar também outras causas orgânicas, pessoas com

comprometimento em sistema nervoso central ou doenças sistêmicas também podem ter sintomas semelhantes, como por exemplo: lúpus eritematoso sistêmico, quadro demencial de origem vascular, neurosífilis cursando com sintomas maniatiformes. Entretanto, a diferenciação será feita com o que é peculiar a cada caso, exames auxiliares quando necessários e a própria observação da evolução. Independente do refinamento e identificação dos problemas orgânicos que podem cursar com alterações do comportamento, os passos necessários a serem seguidos na abordagem inicial serão os mesmos.

Discutimos até aqui situações associadas à agitação psicomotora, ou cujo comprometimento orgânico afeta o funcionamento psíquico, resultando em situações de crise. Apesar de citar o uso de substâncias psicoativas em alguns momentos prévios do texto, ainda não foi dada a atenção que este tópico merece. Isso será feito na sequência. Especialmente pelo fato do uso de substâncias psicoativas ser tão presente nas mais diversas sociedades, é preciso tomar um cuidado extra quanto à postura dos profissionais de saúde, tomando o cuidado para não emitir julgamentos morais, particularmente em relação às pessoas que usam substâncias psicoativas com menor aceitação social.

2.3 CRISES E URGÊNCIAS RELACIONADAS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Os problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas são relevantes epidemiologicamente e geram um grande impacto na saúde pública. Entre os desafios para o cuidado a pessoas com demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas estão a necessidade de maior conhecimento da questão e a qualificação dos trabalhadores de saúde para a abordagem dos mesmos. Entre as diversas apresentações desses problemas, neste tópico nos dedicaremos às principais apresentações clínicas de crise relacionadas ao uso das substâncias psicoativas.

Também trataremos dos principais aspectos de avaliação de risco e vulnerabilidade nas situações de crise relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, bem como à sua abordagem no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial em articulação com a Rede de Urgência e Emergência.

É preciso destacar que o debate atual sobre a relação da sociedade e sujeitos humanos com as drogas é bastante complexo e diz respeito à produção de subjetividade e de sujeitos políticos e sociais, no contexto peculiar das relações econômicas e de poder contemporâneos. Esse é o pano de fundo da grande repercussão da questão das “drogas” na saúde e na opinião pública.



Link

Recomendamos que assista ao filme “Fora de si” (utilizado no Curso Caminhos do Cuidado do Canal Escola): <http://youtu.be/dpz7NINplV8>

2.3.1 Prevalência de demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas na urgência

Os problemas de álcool e outras drogas passaram a ter grande impacto na saúde das populações. Podemos observar claramente esta afirmação através dos dados da Carga Global das Doenças relativas a Álcool e outras Drogas. A carga global, basicamente, refere-se aos anos de vida perdidos, por incapacidade e morte prematura. Observem as informações a seguir, relativas ao ano de 2000 (EZZATI et al., 2002):

- tabaco responderia por 9% de todas as mortes e por 4,1% da carga global;
- álcool responderia por 3,2% das mortes e 4,0% da carga;
- o álcool e o tabaco são a 4ª e 5ª causa de morte prematura e anos vividos com incapacidade, no mundo;
- drogas ilícitas responderia por 0,4% das mortes e 0,8% da carga global. São a 17ª no *ranking* mundial.

A Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial, em parceria com a Escola de Saúde Pública de Harvard, desenvolveram um construto para avaliar o impacto das doenças na saúde das populações, nomeado de Carga Global. A Carga Global das Doenças é estimada pelo índice AVAI (Anos de Vida – perdidos – Ajustados por Incapacidade, é a soma dos anos – potenciais – perdidos devido à morte prematura + Anos produtivos Vividos/perdidos devidos à Incapacidade – AVI).

A prevalência do consumo de substâncias psicoativas no Brasil tem sido objeto de pesquisas e levantamentos recentes. A primeira, mais rigorosa, o nosso estudo multicêntrico da década de 90 (ALMEIDA-FILHO et al., 1997), mostrou uma alta importância do uso de álcool ao longo da vida de 8,1%, mas com o detalhe de que nos homens era cerca de 10 vezes maior do que nas mulheres. Outro estudo (CARLINI et al., 2006) feito pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas) nos trouxe um quadro mais completo, conforme apresentado a seguir:

Quadro 2 - Dependência de drogas no Brasil – 2005 Cebrid – Unifesp

DROGA	Álcool	Tabaco	Maconha	Benzo	Solvente	Estimulantes
%	12,3%	10.1%	1,2%	0,5%	0,2%	0,2%

Fonte: adaptado de Carlini et al. (2006).

Destaca-se nos dados da pesquisa do Cebrid a alta prevalência e importância do álcool e tabaco apresentando um padrão semelhante aos dados levantados para a situação mundial. A cocaína e o crack, como vocês podem ver, não tem uma expressão muito grande em termos de dependência em relação às outras drogas, mas, como veremos adiante, tem importância no campo da urgência.

Os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas são importantes, direta ou indiretamente, nas urgências traumáticas e clínicas. Embora no Brasil não tenhamos dados confiáveis, um estudo realizado em serviços de urgência psiquiátrica nos EUA mostrou a relevância dos problemas de álcool e outras drogas, sendo a principal demanda de atendimento (27% dos casos), acompanhados em segundo lugar pelas neuroses (26% dos casos) e em terceiro pelas psicoses (21% dos casos) (HAZLETT et al., 2004).

Considerando as demandas de urgência em geral, segundo os dados de uma agência oficial dos EUA, o álcool sozinho ou associado a outras drogas responde por 23% das visitas sendo a primeira causa. A cocaína envolve cerca de 1/5 das visitas (20%) e a maconha, a despeito da maior prevalência de uso na população, envolve um pouco mais de 10% das visitas (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2004).

A relevância do álcool na urgência é correlata da sua prevalência epidemiológica e do seu maior impacto em termos de danos à saúde das pessoas e à sociedade.

Este impacto está bem estabelecido nos estudos de carga global da OMS, nos quais o álcool ocupa as primeiras posições em termos de anos vividos com incapacidade e morte prematura, inclusive, nas estimativas brasileiras em que o álcool seria a quinta causa de impacto em termos de carga global na saúde da nossa população (KHON; MELLO; MELLO, 2007). Recentemente, fontes rigorosas, como o *Independent Scientific Committee on Drugs* (ISCD), que usa um sofisticado sistema de avaliação de danos multicritério, reforçaram essa compreensão do peso dos problemas relativos ao álcool (NUTT et al., 2010).

2.3.2 As apresentações clínicas de crise, urgência e emergência relativas às demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas

Para efeito da discussão que vamos iniciar agora é importante que tenhamos apreendido alguns conceitos e definições básicas referentes aos aspectos clínicos mais gerais das demandas relativas a álcool e outras drogas.

Em primeiro lugar, é necessário ter em mente uma classificação geral de domínio público das substâncias psicoativas com relação aos seus efeitos no psiquismo e sistema nervoso central, considerando a sua ação principal. Elas podem ser definidas como depressoras, estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central, conforme o quadro a seguir:

Classificação das substâncias psicoativas

1. Depressores do sistema nervoso central (SNC)
 - Álcool
 - Ópio e derivados; solventes
 - Barbitúricos e benzodiazepínicos
2. Perturbadores do SNC
 - Alucinógenos: LSD, Mescalina
 - Ectasy, agentes dissociativos (ketamina, Fenciclidina)
 - Maconha
3. Estimulantes do SNC
 - Anfetaminas; Metanfetamina, cocaína, nicotina

A CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998) classifica e descreve as apresentações clínicas dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas no espectro de categorias clínica que vai de F10 (álcool) a F19 (uso de múltiplas drogas). As formas clínicas decorrentes do uso da drogas, definidas pela CID 10, são também básicas para nossa discussão.

1. Intoxicação aguda (F1x.0).
2. O uso prejudicial ou nocivo (abuso) (F1x.1).
3. A síndrome de dependência (F1x.2).
4. A síndrome de abstinência (F1x.3).
5. A síndrome de abstinência com delirium (F1x.4).
6. Os transtornos psicóticos (F1x.5).
7. A síndrome amnésica (F1x.6).
8. Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia (F1x.7).

Destacamos que essa classificação da OMS está melhor estabelecida no CID 10 pesquisa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998) a qual detalha as toxico-síndromes, ou seja, as manifestações clínicas, físicas, neurológicas e psiquiátricas de cada substância psicoativa.



Saiba Mais

Para maiores detalhes sobre cada uma dessas apresentações e informações gerais, uma resenha bastante completa dos transtornos decorrentes de álcool e outras drogas, indicamos o livro “Neurociências”, produzido pela OMS: OMS (Organização Mundial de Saúde). **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Genebra, 2004. Resumo. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2013.

Estando bem fixadas as definições mais básicas e relevantes podemos passar a frente discutindo as questões relativas à crise nas apresentações de urgências de álcool e outras drogas.

No Módulo 3 apresentamos um conceito de crise multidimensional e que tenta formalizar a complexidade das crises. O essencial dessa definição é que uma crise exige a avaliação de no mínimo três dimensões.

1. A dimensão clínica no sentido clássico: sintomas, quadro clínico, gravidade, agudicidade, nível de urgência.
2. O campo da rede social e de suporte: o grau de ruptura desta rede, sua capacidade de enfrentamento da crise.
3. A posição subjetiva da pessoa em crise, diante do que se passa com ele, seu sofrimento e do que se diz sobre ele, incluindo, as intervenções de sua rede de suporte e dos serviços. Não se trata de consciência no sentido cognitivo, mas antes de tudo subjetivação, teste de realidade, consciência dos problemas, a sua autorização e

assentimento com relação às nossas intervenções e propostas de cuidado e assistência.

Na construção dessa definição aprendemos que o eixo clínico, apesar de ser condição necessária para circunscrever a crise no campo da saúde mental, não é suficiente para capturar a sua gravidade e grau de urgência. Os outros dois eixos (a rede social e de suporte/e a posição subjetiva) têm muito mais interferência na modulação do grau de urgência e são mais decisivos do ponto de vista das intervenções.

No caso de álcool e outras drogas, essa asserção toma dimensão destacável, não somente porque algumas apresentações perturbam o sensorio e o nível de consciência. Antes de tudo, é o laço social, a relação do sujeito com a sociedade, que é posta em questão, em grande medida, devido ao clima de estigma, preconceito, exclusão e segregação que os usuários sofrem no contexto atual. Na prática cotidiana, manejar conflitos e rupturas na rede social, bem como lidar com a posição dos sujeitos quanto a sua relação com a droga, o seu sofrimento e problemas decorrentes dela são um desafio muito grande.

Contudo, no caso de álcool e outras drogas, somos também obrigados a ressaltar os aspectos clínico estrito senso, em razão da natureza das repercussões clínicas – físicas e psíquicas – que as substâncias produzem, as quais em muitas situações, como na intoxicação e abstinência, colocam a vida em risco.

Para ilustrar essa questão, vejamos o caso clínico (BRASIL, 2013a) abaixo:

Caso clínico Jesuíno: “Pai, perdi minhas forças, não posso mais ajudar Deus!”.

- **Situação:** Jesuíno estava em uma igreja, extremamente agitado, correndo de um lado para o outro, durante a missa, gritando: “Pai, perdi minhas forças, não posso mais ajudar Deus!...Deus, perdi minhas forças!...”.

- **Contexto:** Jesuíno, 18 anos, entrou na igreja no meio da missa das 19 horas. Muito agitado, correu direto para o altar, ignorou a presença do padre, interrompendo a Homilia. Fitando a imagem de Cristo, disse: “perdi minhas forças, não posso mais ajudar Deus!” Transtornado, continuou correndo de um lado para o outro, gritando a mesma frase. O SAMU e a Polícia foram acionados. Quando a Unidade de Suporte Básico (USB) chegou, o paciente ficou ainda mais agitado, e não foi possível qualquer manejo verbal. A equipe da USB acionou a regulação, que indicou a necessidade da ajuda policial. A chegada da viatura policial deixou o jovem mais desesperado e ele subiu para o segundo andar da igreja. Os policiais decidiram imobilizá-lo, ao que ele reagiu com grande agitação e desespero, e continuou “combativo”, mesmo algemado.

Alguém o reconheceu como pertencente a uma família que frequentava a igreja e morava perto. Em questão de minutos, chegaram o pai e a mãe que, perplexos, sem compreender o que se passava, não conseguiram acalmá-lo. Foi transportado algemado até o serviço de urgência psiquiátrica.

- **História:** Jesuíno não tinha história psiquiátrica ou de uso de drogas. Apresentava problemas comuns para sua idade, como briga com a namorada e desemprego. Segundo o pai, ele esteve muito bem até às 16 horas, quando um colega o convidou para “dar uma volta”. Tomou duas latas de cerveja, habitualmente não bebe, e experimentou “o mesclado” (maconha com crack). Fumou três cigarros da mistura com o amigo. Essa informação ele nos contou quando já estava tranquilo, algumas horas depois da sua agitação. No seu relato lembrou-se apenas que ficou apreensivo e estranho, e não se recordava do que havia ocorrido na igreja.
- **Avaliação do estado mental:** no serviço de urgência estava hiper alerta, com o sensório e a crítica visivelmente alterados, postura desconfiada, muito agitado, agressivo e combativo, cuspiu em todos os policiais. Estava perplexo e reverberava a referida frase:

“Pai, perdi minhas forças, não posso mais ajudar Deus”. Manteve-se agitado e combativo, impenetrável a qualquer forma de manejo verbal, inclusive aos apelos do pai e da mãe, apesar de já contido há cerca de uma hora desde a sua imobilização violenta na igreja.

- **Avaliação clínica:** a agitação de Jesuíno, apesar de contido, dificultou a aferição dos dados vitais. À ausculta estava muito taquicárdico, com frequência cardíaca acima de 200 bpm. Não apresentava hálito etílico aparente, tinha pupilas moderadamente dilatadas, conjuntivas oculares hiperemiadas, respiração taquipneica e sudorese leve. Ao tranquilizar-se após contido e medicado, seus dados puderam ser verificados: 186 bpm, PA 130/90, FR 22 mpm, Glasgow 14, SAO₂ 98% , afebril, 37 °C, sem hálito etílico, pupilas dilatadas, isocóricas, reativas, hiperemia das conjuntivas oculares, ausculta cardíaca e pulmonar e palpação abdominal sem alterações.

O diagnóstico provisório foi de um quadro de agitação psicomotora grave com heteroagressividade e combatividade, sem causa determinada, sem história psiquiátrica prévia e com possível uso de drogas.

- **Conduta:** ao chegar ao serviço de urgência, Jesuíno passou ao leito contido, com contenção de cinco pontos, em decúbito dorsal, com monitoramento contínuo. A passagem para o leito e sua contenção foram extremamente difíceis. Como não se tranquilizava, recebeu midazolam (7,5 mg), um benzodiazepínico, intramuscular. Em 30 minutos tranquilizou-se e dormiu cerca de duas horas. Acordou completamente lúcido, um pouco sonolento, não apresentando qualquer alteração psicopatológica. Ficou em observação por mais três horas e depois foi para casa, a pedido dos pais.
- **Seguimento:** o seguimento deu-se no seu CAPS de referência, para onde foi encaminhado e acolhido no dia seguinte. Frequentou o CAPS por uma semana, sendo depois encaminhado ao Centro de Saúde, onde foi acompanhado por 30 dias. Não se constatou transtorno

de qualquer espécie e, muito menos, abuso/uso ou dependência de qualquer droga. O uso das drogas daquele dia, álcool, maconha e mesclado, foi confirmado por ele. A mãe nega uso evidente de álcool e outras drogas, mas acha que já encontrou maconha no seu quarto, da qual talvez ele fizesse uso recreativo eventual.

Problemas relativos ao consumo de substâncias psicoativas, como a intoxicação, podem criar grande mobilização, transformando-se em um grave problema de ordem pública, afetando a todos na comunidade, família, serviços de saúde, agentes da ordem, e principalmente, o próprio sujeito, usuário da substância.

Um aspecto clínico relevante no caso de Jesuíno diz respeito ao imprevisível do encontro de uma pessoa com a droga, mesmo que em aparentes pequenas quantidades. Jesuíno foi tomado por algo totalmente fora do seu controle, percorrendo um espectro entre o pânico, a perplexidade e a paranoia, com grande perturbação do sensorio e uma síndrome de ativação com agitação extrema e alteração dos sinais vitais.

Os desencontros com droga que aconteciam no contexto de comunidades mais inclusivas, incluindo, no ambiente ritual ou religioso, costumavam ser manejados de forma mais acolhedora e os membros dessa comunidade iam adquirindo experiência e saberes que possibilitavam lidar com os eventuais quadros que saiam do controle, o que não acontece mais no mundo contemporâneo, principalmente numa grande metrópole. Jesuíno morava nos arredores da igreja, onde se deu o clímax da sua crise, a qual virou questão policial. Pode-se dizer que o desfecho não foi o pior, pois alguém reconheceu Jesuíno, chamando os seus pais. O comum é o sujeito chegar à urgência com a Polícia Militar ou Bombeiros, sem acompanhantes, e, raramente, com outra pessoa, conhecida distante, das baladas ou raves, que pouco sabe sobre a pessoa que precisa de atendimento.

Um aspecto clínico relevante no caso de Jesuíno diz respeito ao imprevisível do encontro de uma pessoa com a droga, mesmo que em aparentes pequenas quantidades. Jesuíno foi tomado por algo totalmente fora do seu controle, percorrendo um espectro entre o pânico, a perplexidade e a paranoia, com grande perturbação do sensorio e uma síndrome de ativação com agitação extrema e alteração dos sinais vitais.

O risco que Jesuíno correu não foi apenas de se ferir ou agredir alguém no seu desespero, mas também, um risco cardiológico, como é comum, nos casos de intoxicação por estimulantes como o crack.

Nesses casos costuma ocorrer um risco adicional decorrente das intervenções inadequadas, como por exemplo, o uso de doses elevadas de medicação e com medicamentos, que podem potencializar os efeitos das drogas, o que leva a eventos fatais ou morbidade adicional com uma frequência preocupante.

As crises e a agitação psicomotora, com ou sem heteroagressividade, relacionadas às substâncias psicoativas, comportam um acréscimo de risco resultante do próprio efeito perturbador de algumas drogas nas funções neurológicas, cardiológicas e respiratórias. Daí a necessidade de contar com recursos e equipes qualificadas para atender crises desse tipo. E quanto a esse aspecto, o caso de Jesuíno também nos ajuda a complementar a discussão clínica das apresentações de urgência decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com outro conceito operacional importante. Trata-se do conceito de Tóxico-síndrome (DEL RIOS; LANIGAN; ZAYAS, 2005), o qual integra para cada grupo de drogas e formas de apresentação de urgência, o aspecto médico, neurológico e psiquiátrico. Apesar de não estar nomeado como

Tóxico-síndrome, o eixo organizador do conceito está presente em alguns textos de língua portuguesa, não com a precisão da referência acima (Del Rios), e podem ser acessados com mais facilidade como, por exemplo, na edição do CID 10 pesquisa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998), e em capítulos sobre álcool e outras drogas, publicados no Brasil, voltados a urgência ou não e que podem ser recomendados pela sua qualidade (DE BONI et al., 2008; SILVEIRA, 2002; REZENDE et al., 2012).

O conceito de Tóxico-síndrome nos desloca da leitura habitual, o senso comum de certo olhar “psiquiátrico” que destaca, apenas, a agitação, o barulho, o conflito, o perigo, a agressividade, o desconcerto do sujeito com a norma e o bem comportar-se. Todavia, o que é menos característico e menos decisivo nas urgências relativas a substâncias psicoativas é o quadro psiquiátrico. Elas vão alterar os dados vitais, o exame físico, a consciência e o sensorio de forma contundente, elementos que dão a gravidade e determinam o grau de urgência e de risco.

As Tóxico-síndromes têm uma consistência de apresentação para cada droga ou “classe” de drogas, o que ajuda no diagnóstico diferencial e, principalmente, na decisão do nível de recursos e tipo de manejo necessário.

O quadro a seguir apresenta as Tóxico-síndromes mais frequentes e mais graves clinicamente. Confira os detalhes com atenção.

TÓXICO- SÍNDROMES - CLASSE DE SUBSTÂNCIAS	INTOXICAÇÃO		ABSTINÊNCIA	
	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	APRESENTAÇÃO PSIQUIÁTRICA	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	APRESENTAÇÃO PSIQUIÁTRICA
DEPRESSORES: ÁLCOOL, SEDATIVO, HIPNÓTICOS, SOLVENTES	<p>hipotensão, bradicardia, bradipnéia, peristalse, hiporeflexia, alteração da consciência, fala arrastada, disartria, ataxia cambaleante, nistagno. Graves: parada respiratória, choque, coma, alterações graves sensorio e consciência, convulsões.</p>	<p>relaxamento, euforia, desinibição e da crítica. Agressão, suicidalidade, violência. Sintomas psiquiátricos ou agravamento dos existentes.</p>	<p>hiperalerta, hipertensão, taquicardia, taquipnéia, hipertermia, midríase, peristalse, sudorese, náusea, tremor, convulsão.</p>	<p>depressão, ansiedade, disforia, insônia, “fissura”, sintomas psiquiátricos em geral. Urgência: quadros de agitação psicomotora e agressividade, <i>delirium</i> (alteração da consciência, confusionais). alucinações e delírios.</p>

<p>ESTIMULANTES: COCAÍNA, CRACK, ANFETAMINA</p>	<p>hipertensão, taquicardia, hipertermia, taquipnéia. Midríase, peristalse, sudorese intensa, tremor. Graves: convulsão, AVC, no caso de cocaína (dor torácica, cerca 40%, infarto até 6%), arritmias, crise hipertensiva, morte súbita, dissecação aorta.</p>	<p>hiperalerta, euforia, ansiedade, inquietude, pânico, medo, angústia. Graves: psicose aguda – paranoia, alucinações, inclusive táteis; quadros de agitação psicomotora e agressividade. A violência contextual é mais importante: comportamento de busca e comércio da droga.</p>	<p>sem síndromes relevantes p/ a urgência.</p>	<p>“fissura”, depressão, ansiedade, disforia, insônia, agravamento de sintomas psiquiátricos. Graves: quadros de agitação psicomotora e agressividade, como na intoxicação. A violência contextual é mais importante: comportamento de busca e comércio da droga.</p>
<p>ÓPIO E OPIÓIDES</p>	<p>hipotensão, bradicardia, apnéia, respiração superficial, hipotermia, miose, diminuição peristalse, hiporeflexia. Graves: rebaixamento nível consciência, letargia, depressão respiratória, coma.</p>	<p>analgesia, bem-estar, euforia, sensação de orgasmo, indiferença física e psíquica a dor. Tolerância e dependência graves.</p>	<p>midríase, hipertensão, taquicardia, aumento peristalse, bocejos, lacrimejamento, rinorréia, sudorese, dores musculares e abdominais, hipertermia, piloereção, náusea, vômitos.</p>	<p>quadros de agitação, extrema angústia e ansiedade, consciência clara, orientado.</p>

TÓXICO-SÍNDROMES – CLASSE DE SUBSTÂNCIAS	INTOXICAÇÃO	
	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	APRESENTAÇÃO PSIQUIÁTRICA
AGENTES DISSOCIATIVOS, ALUCINÓGENOS, MACONHA	dissociativos (ketamina, fenciclidina): hipertensão, taquicardia, hipertermia, miose, nistagmo, ataxia, vômitos, desidratação. Graves: letargia, coma, morte por hipertermia, desidratação, hiponatremia (Raves – ainda pouco relevante no Brasil) (problemas semelhantes com o ecstasy – MDMA).	dissociativos: desorientação, dissociação, distorção imagem corporal, alucinações, despersonalização, euforia, humor, alucinações, paranóia, inquietação, irritabilidade.
	alucinógenos: LSD, cogumelos inclusive, maconha. hipertermia, hipertensão, taquicardia, midríase. Dependência e abstinência: em questão, sem interesse urgência.	alucinógenos: psicose, alucinação, sinestias (LSD), disforia, más viagens.
	maconha: síndrome clínicas pouco relevantes para a urgência: alterações sensório, coordenação motora, lentificação, taquicardia, hipertensão leve.	maconha: pouco relevante urgência. Euforia, ansiedade, pânico, alucinações, quadros delirantes.

Fonte: todos os quadros anteriores foram produzidos pelo autor, com as informações das referências citadas.

No quadro relativo às Tóxico-síndromes dos agentes dissociativos alucinógenos e maconha há um reparo a fazer. Elas estão presentes na cena de urgência, mas são de menor importância clínica e em termos de prevalência, a despeito de que algumas intoxicações por esses agentes possam ser graves tanto do ponto de vista clínico médico como psiquiátrico. As abstinências dessas substâncias não têm relevância em geral para a urgência.

Podemos organizar os achados clínicos das Tóxico-síndromes acima em dois grupos: a síndrome de excitação e ativação geral psíquica, neurológica (sistema nervoso central e autônomo) e somática, e outra, de depressão e desativação dos mesmos elementos.

A síndrome de ativação a encontraremos na intoxicação por estimulantes, alucinógenos (LSD, cogumelo, maconha), agentes dissociativos (ketamina e outros) e extasy, bem como na abstinência de depressores (sedativos, hipnóticos e álcool) e opiáceos. A síndrome de desativação e depressão das funções encontraremos na intoxicação por opiáceos e depressores.

No caso de Jesuíno, pode-se saber pelo pai, e depois, pela mãe, que ele não era dependente de nenhuma droga, embora a mãe suspeitasse do uso eventual de maconha. Os sinais de extrema agitação, taquicardia, dilatação pupilar e sudorese, associados à ausência de uma história psiquiátrica prévia e de um quadro de embriaguez evidente em uma pessoa muito jovem, levantou a suspeição diagnóstica de intoxicação devida a estimulantes, maconha ou alucinógenos.

O exemplo ilustra como as Tóxico-síndromes podem nos dar indícios preciosos em situações de escassa informação. A identificação de uma tóxico-síndrome tem mais valor se a contextualizarmos junto a outros dados como: a idade presumida da pessoa, o local e os elementos da cena onde foi encontrada e a prevalência de certas intoxicações em determinado território ou comunidade.

- **O caso clínico de Pedro** (BRASIL, 2013a), a ser apresentado a seguir, ajudará a reforçar alguns aspectos das apresentações de urgência em álcool e outras drogas.
- **Situação:** Pedro estava em frente a sua casa, assustado e confuso, dizendo que existiam bichos por todo seu quarto. Não queria entrar em casa por medo, e tampouco conseguia informar a data atual e nem manter a atenção nas perguntas. Suava muito e tinha tremores, especialmente nas mãos.
- **Contexto:** a família informou que ele usava álcool diariamente, ficando embriagado com frequência. Casado e com dois filhos, foi expulso de casa pela esposa, passando a morar com a mãe, Judite. Preocupada com a situação do filho, ela o impediu de sair nos últimos dias, o que o fez beber menos. No dia da crise, a mãe percebeu que Pedro estava estranho, pois jogara vários objetos no chão do quarto, dizendo que estava se defendendo dos bichos. Nunca tinha ficado assim, mas já teve tremores e chegou a convulsionar anos antes, quando tentou parar de beber.
- **História:** Pedro tem 45 anos e usa bebida alcoólica desde os 20. No início, bebia somente cerveja com os amigos no final de semana. Há cerca de três anos aumentou a quantidade que consumia, passando a ingerir bebida destilada todas as noites.

No último ano, quando acordava, ingeria uma dose de cachaça, “para levar bem o dia”. Trabalhava na construção civil. Há cerca de um mês seu patrão pediu que procurasse ajuda porque a bebida estava atrapalhando o seu trabalho. Agrediu algumas vezes sua esposa, que saiu de casa com os filhos há três semanas.

- **Avaliação do estado mental:** Pedro fala muito, de forma confusa. Repete muitas vezes a mesma frase. Não consegue dizer onde está e nem como foi parar na sala de urgência. O pensamento está desordenado. Diz que bichos estão em seu corpo e não reconhece os familiares.

- **Avaliação clínica:** Pedro chegou à urgência bastante agitado, com tremores. Batia em si mesmo várias vezes, dizendo “querer matar os insetos que estavam em seu corpo”. Estava com taquicardia e pressão arterial elevada.
- **Conduta:** Pedro vai requisitar recursos clínicos e monitoramento intensivo em um ambiente de grande tranquilidade e proteção.

O quadro apresentado por Pedro sugere uma Tóxico-síndrome por abstinência de depressor (álcool). A abstinência do álcool, e mais raramente as de outros depressores do SNC, pode cursar com manifestações graves, entre elas, o *delirium*, já abordado anteriormente, caracterizado por alteração e flutuação do nível de consciência, da orientação e atenção, tremores, irritabilidade, insônia, hiperacuidade sensorial e hiperatividade autonômica, algumas manifestações psicopatológicas como ilusões, alucinações.

5 Além disso, no *delirium tremens*, os fenômenos psicopatológicos são muito mais severos, com agitação psicomotora e agressividade, onirismo (como se estivesse sonhando, confusamente), ilusões, alucinações visuais (principalmente zoopsias – visão de bichos), alucinações táteis (sensação de bichos, insetos andando pelo corpo) e, também, auditivas, além de uma produção deliroides intensa (persecutória, por exemplo).

A forma extrema de abstinência é o *delirium tremens*⁵, plausível no quadro de Pedro. Neste caso, surge sudorese intensa, aumento da temperatura, desidratação, alterações hidroeletrólíticas (hipocalemia, hipomagnesemia) e convulsões, que costumam ser muito graves, além de alterações cardiovasculares intensas – com taquicardia e aumento da pressão arterial, que podem evoluir para arritmias e infarto agudo do miocárdio.

Complicações clínicas já podem estar presentes nestes quadros, entre elas: como cirrose, pancreatite e infecções como pneumonia. A mortalidade nos casos de *delirium tremens* varia entre 2% a 10% (OLMOS; MARTINS, 2006).

O caso de Pedro serve para nos alertar que algumas apresentações clínicas de urgência, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, comportam um grande risco clínico e devemos estar alertas para este fato. Veja o quadro que sintetiza estas apresentações:

Quadro 4 - Apresentações de urgência: quadros graves com grande risco clínico

QUADROS GRAVES	RISCO CLÍNICO
Intoxicações por álcool, depressores e opióides	Alterações de consciência, depressão respiratória e coma
Síndromes de dependência grave e abstinência de álcool	Convulsões, <i>delirium tremens</i> , síndrome de Wernicke e encefalopatia hepática
Intoxicação por estimulantes (cocaína, anfetaminas, entre outras) ou drogas novas (ectasy, ketamina, etc.)	Convulsão, isquemia, IAM, arritmia, AVCs, desidratação grave e hipertemia

Fonte: elaborado pelo autor.

No caso do álcool, além do *delirium* e *delirium tremens* são muito relevantes outras apresentações. As convulsões são do tipo grande mal, o risco aumenta se já ocorreram previamente e chegam a ocorrer em 30% dos casos de abstinência. Podem ser precoces, concentrando a sua incidência nos dois primeiros dias de abstinência (OLMOS; MARTINS, 2006). Outra complicação é a Encefalopatia Alcoólica (Síndrome de Wernicke), um estado confusional agudo de alta incidência, associada à deficiência de tiamina (vitamina B1). Quando surge em uma pessoa dependente que passou por um período de maior bebedeira o diagnóstico da Síndrome de Wernicke não é difícil. A tríade clássica de sintomas, que ocorre em apenas 16% dos acometidos (SECHI; SERRA, 2007), caracteriza-se por: (1) rebaixamento ou alteração da consciência (afeta cerca de 82% dos acometidos); (2) ataxia (andar cambaleante, procurando o eixo, como nos embriagados); (3) alterações da motilidade ocular (nistagmo, oftalmoplegia).

Durante muito tempo, fazíamos o diagnóstico, apenas se a tríade estava presente. Um estudo mostrou que cerca de 80% dos casos não era diagnosticado, por não apresentar a tríade completa, e propôs uma reformulação dos critérios diagnósticos (CAINE et al., 1997).

Atualmente, as diretrizes clínicas mais recentes destacam a necessidade de rigor de manejo e cuidado, orientando considerar a suspeição de Wernicke em todo dependente grave que apresente qualquer um dos sintomas da tríade, distúrbio de memória, hipotensão inexplicada, hipotermia e coma, principalmente se ele está debilitado e desnutrido (SECHI; SERRA, 2007).

A síndrome de Wernicke, que pode passar por simples embriaguez, se trata de um problema com taxa de mortalidade de até 17% (SECHI; SERRA, 2007).

Outra complicação que pode ocorrer em cerca de 80% dos sobreviventes à Síndrome de Wernicke é a Síndrome Amnésica de Korsakoff, um grave transtorno amnésico que tem relevância de urgência, clínica e psiquiátrica. Essa síndrome se manifesta com alteração global da memória, sobretudo na capacidade de fixação, desorientação temporal e confabulação – invenção de histórias para preencher as lacunas de memória (SECHI; SERRA, 2007).

Outros problemas comuns observados em dependentes de álcool incluem fenômenos psicóticos, como delírios e alucinações. Alucinações e ilusões visuais, táteis e até auditivas ocorrem na abstinência, acompanhadas, quase sempre, de alterações na consciência. Isso se distingue da psicose do dependente, na qual há alucinações auditivas mais duradouras, com consciência clara e delírios de ciúmes e persecutórios – a paranoia dos alcoolistas. Os

delírios, que são concernentes à urgência psiquiátrica, devem ser distinguidos do *delirium*, alteração da consciência e dos sinais vitais, o qual representa risco clínico.

As Tóxico-síndromes associadas à intoxicação por outros depressores do SNC podem ser graves, sobretudo nas overdoses por opióides injetáveis como a heroína, rara na nossa realidade. Mas benzodiazepínicos e solventes são comuns.

E, por fim, é necessário destacar as intoxicações por estimulantes, pela relevância e prevalência que vem adquirindo na nossa realidade. Nos EUA é a segunda razão para procura de emergências. Essas intoxicações apresentam, como quadro geral, os seguintes fenômenos clínicos; hipertensão, taquicardia, hipertermia, taquipneia, midríase (dilatação pupilar), aumento da peristalse (movimentos intestinais), sudorese intensa e tremores.

As intoxicações mais graves de cocaína/crack podem apresentar: convulsão, AVC, dor e/ou desconforto torácico e, infarto agudo do miocárdio (MCCORD et al., 2008). Além disso, podemos ter arritmias, crise hipertensiva, morte súbita e dissecação de aorta. Essas situações são acompanhadas de alterações do estado mental, como: euforia, ansiedade, agitações graves, agressividade, e psicose aguda com paranoia e alucinações.

2.3.3 A relevância das comorbidades entre transtornos decorrentes de álcool e outras drogas e transtornos mentais nas situações de crise, urgência e emergência

A relevância das comorbidades entre transtornos decorrentes de álcool e drogas e transtornos mentais é enfatizada desde a década de 90, com o surgimento de estudos epidemiológicos multicêntricos que mostraram uma correlação entre os dois grupos de problemas. Pessoas com transtorno mental apresentam duas vezes mais chances de ter

transtorno por álcool e cerca de quatro vezes mais chances de ter transtorno por outras drogas. Pessoas com transtorno por álcool também apresentam uma chance 36,6% maior de ter um transtorno mental, enquanto que os acometidos por transtorno por outras drogas têm 53,1% mais chances de apresentar um transtorno mental. Além disso, álcool e drogas intensificam a prevalência cruzada entre eles, aumentando as chances de comorbidade de ambos (REGIER et al., 1990).

Embora as comorbidades ainda precisem ser mais bem desvendadas, pois apresentam uma relação complexa e que está longe de ser definida com rigor, há um espectro de diferentes possibilidades de determinações temporais entre os transtornos que compõem uma comorbidade, conforme podemos ver abaixo (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002).

1. Um quadro psiquiátrico primário pode conduzir ao uso de álcool e outras drogas.
2. O uso abusivo de álcool e outras drogas pode desencadear ou piorar/alterar o curso de um transtorno mental.
3. A intoxicação, abuso e/ou dependência de uma substância pode conduzir a sintomas psicológicos/psiquiátricos.
4. O uso abusivo, a dependência ou a abstinência de álcool e outras drogas pode gerar sintomas psiquiátricos ou transtorno mental.

O mais importante na comorbidade é que ela tende a agravar a apresentação clínica e é um fator do desenvolvimento de um transtorno grave e persistente com grandes implicações clínicas e sociais (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002).

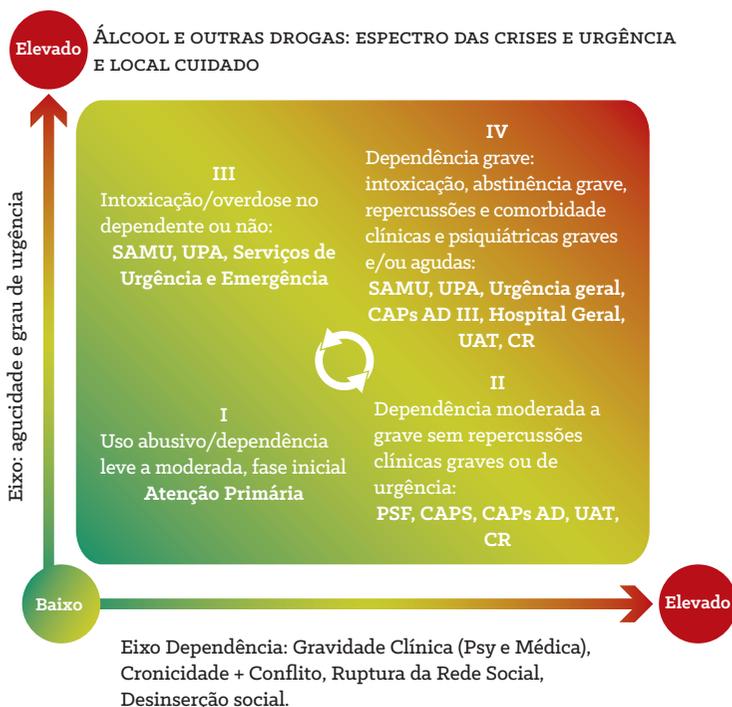
A comorbidade, regra geral:

- piora os sintomas psiquiátricos;
- intensifica o uso dos serviços, especialmente, aqueles de urgência e emergência. A comorbidade do abuso de drogas nos portadores de Transtorno Mental incrementa de 2,8 a 4,9 vezes às visitas de urgência, em relação ao Transtorno Mental sozinho (CURRAN et al., 2003);
- compromete a aderência aos tratamentos e medicação;
- favorece a vulnerabilidade e piora da qualidade de vida, por exemplo, lançando as pessoas em situação de rua ou em contextos de violência social em geral;
- aumenta o risco de infecção por HIV, hepatite B e C, trombose arterial, principalmente nos usuários de drogas injetáveis;
- piora o funcionamento e inserção social, gerando especialmente dificuldades e conflitos na rede de apoio (família e cuidadores);
- gera ou aumenta os problemas com o sistema judiciário e segurança pública;
- o uso de álcool e outras drogas estão associados ao aumento de comportamentos violentos e de suicídio em pessoas com sofrimento mental. Destacando-se a relação do álcool com os acidentes de trânsito e as inúmeras urgências/emergências traumáticas e a mortalidade que decorrem desses eventos;
- álcool e outras drogas estão associados à alta prevalência de enfermidades dos aparelhos respiratório, cardiovascular e digestivos (cirrose e pancreatite, no caso do álcool), e também as convulsões e *delirium*, dentre outras; e
- as comorbidades e sua alta prevalência como pode ser depreendido desafia e complexifica o cuidado, e exige a integração dos serviços e intervenções na nossa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

2.3.4 A integração do cuidado, o trabalho em rede e as recomendações para uma assistência de qualidade e centrada no usuário com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas

O atendimento às crises, no campo de álcool e outras drogas, precisa levar em conta diversos fatores, como: a complexidade e gravidade das apresentações clínicas, o grau de urgência, o tempo e a cronicidade, bem como a repercussão do problema na inserção social da pessoa. Nesse sentido, observem o quadro abaixo, que ilustra a organização do cuidado na RAPS, levando em conta os componentes clínicos acima.

Quadro 5 - Álcool e outras drogas: espectro das crises e urgência e local de cuidado



FONTE: adaptado de Mcdonell et al. (2012) e National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors and National Association of State Mental Health Program Directors (2005).

O quadro apresentado é uma adaptação para a nossa rede de um modelo, hoje validado e que tem sua origem e emprego nos EUA (MCDONELL et al., 2012; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE ALCOHOL AND DRUG ABUSO DIRECTORS, NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2005). Os quadrantes e as formas clínicas de apresentação não são estanques e há gradações dentro de um quadrante e na transição de um para o outro em razão da complexidade dos casos e variáveis envolvidas, conforme temos ressaltado. Por esta razão, os quadrantes com as apresentações servem para orientar os fluxos e alocação do cuidado. Há que se compreender que se trata de orientação, um princípio organizador do cuidado em nossa rede. Ela nos dá um quadro geral, que permite tomar a decisão quanto ao melhor local de cuidado, baseado no caso real e único que se encontra diante de nós e, não somente, em tipos e formas clínicas gerais. A questão que se coloca diante do caso é qual o melhor local de cuidado e os recursos eu tenho que mobilizar diante das necessidades clínicas reais do usuário num momento preciso. Isso implica numa rede que conversa, que é solidária, que pratica de fato a colaboração. Este processo exige uma articulação, que começa na formulação, pactuação e gestão das várias redes e linhas de cuidado necessárias à resposta, e atinge o nível das várias políticas públicas e estratégias políticas e sociais no plano da prevenção e promoção da saúde.

O primeiro aspecto a observar é o grande papel que a atenção básica, trabalhando de forma colaborativa e integrada dentro da RAPS, pode cumprir. Ela pode ser responsável pelos quadrantes I e II, o que perfaz um contingente expressivo dos problemas. Ela pode, de fato, coordenar, longitudinalmente, junto aos pontos de atenção da RAPS, o cuidado em geral de todas as apresentações clínicas.

Quanto aos problemas de urgência e casos muito graves de dependências queremos tecer alguns comentários. Tomando o caso de intoxicação de Jesuíno, podemos estabelecer que o melhor local de cuidado para ele seria um serviço de urgência e emergência pré-

hospitalar ou hospitalar, o que se aplica a todas as intoxicações e quadros de abstinência muito graves. Depois da primeira abordagem, que deve manejar o maior risco, que é o risco físico imediato, inclusive de morte, teríamos, a partir da Portaria 3.088 (BRASIL, 2011), um bom leque de possibilidades para a continuidade do cuidado.

O atendimento às intoxicações é eminentemente clínico.

Há que se destacar aqui o papel do SAMU. Embora as equipes de urgência e do SAMU concordem que quadros de intoxicação são de sua responsabilidade, elas podem ficar em dúvida em casos como o do seguinte exemplo: “tudo bem, reconhecemos que a intoxicação é problema de cuidado médico e de enfermagem e da urgência. Porém, se atendermos um sujeito com transtorno mental, discretamente cambaleante e com leve hálito etílico, ele realmente teria que ser levado para a UPA ao invés do CAPS?” A resposta em princípio é: sim. Um sujeito bêbado e cambaleante, dependente de álcool, e que estiver desnutrido, pode apresentar uma Síndrome de Wernicke, que requer uma boa avaliação e cuidados especiais, dado a sua taxa de sequelas e mortalidade. Portanto, essa pessoa merece, no mínimo, a coleta de uma boa história e a avaliação clínica.

Em relação ao caso Pedro e sua relação com a matriz dos quadrantes anteriormente exposta, em uma boa rede ele teria um cuidado de excelência na sua abstinência muito grave. O quadro de *delirium* poderia ter sido evitado, caso ele estivesse sendo cuidado em um CAPS AD, onde entraria em abstinência assistida para não chegar ao *Delirium Tremens* e necessitar de cuidado de urgência\emergência e hospitalar.

A criação do CAPS AD III fortaleceu a RAPS no cuidado das dependências graves e quadros de abstinência com comorbidade psiquiátrica e médica que não requeiram tecnologia hospitalar. Os leitos de atenção integral de hospital geral ampliam as possibilidades para o cuidado que exigem cuidado intensivo como a Síndrome de Wernicke e o *Delirium Tremens*, bem como os casos associados à comorbidade clínica grave, como, por exemplo, uma pancreatite ou cirrose descompensada em um dependente de álcool.

Os leitos de atenção integral em hospital geral e o CAPS AD III, também podem prestar um cuidado diferenciado nas abstinências assistidas e programadas de dependências sabidamente graves, com crises de abstinência anteriores que exigiriam cuidado intensivo de urgência ou hospitalar.

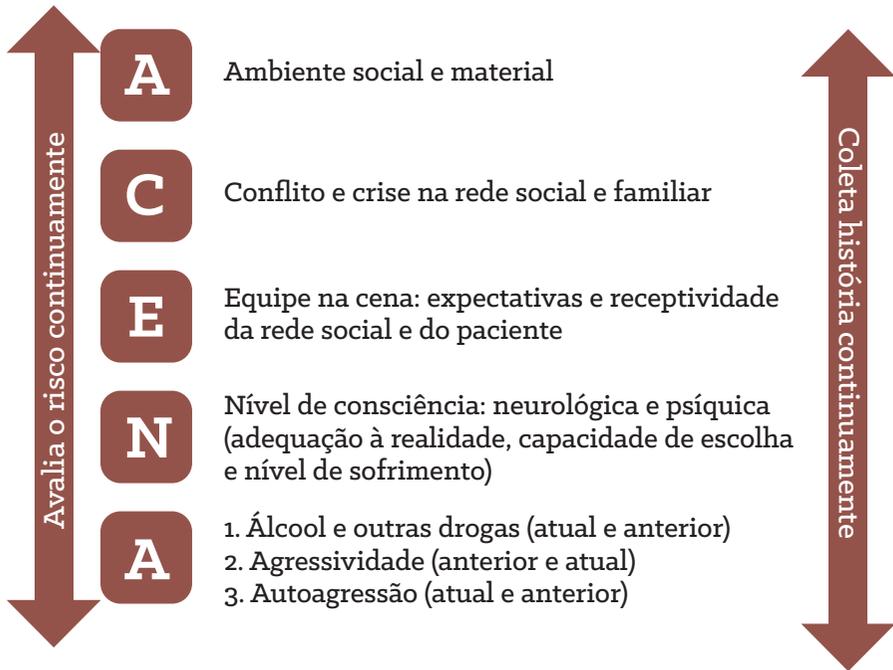
Recomendações e diretrizes clínicas para a abordagem das crises relativas a problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas

A decisão sobre o melhor local de atendimento a um usuário deverá levar em conta tanto o caso singular do mesmo, os tipos e formas clínicas gerais, acima apresentadas, e a oferta de serviços existentes na rede. Esse processo envolve um itinerário que parte inicialmente do chamado, do pedido de ajuda, envolve a análise dessa solicitação e a da cena de ocorrência, e se desdobra nas várias decisões quanto à alocação de recursos, melhor local de cuidado, e assim por diante.

No caso de álcool e outras drogas, a avaliação de cena e as primeiras abordagens e decisões são momentos preciosos – decidem, de fato, desfechos, inclusive, de vida ou de morte. Entra aqui a importância das intervenções no território em geral, incluindo aquelas feitas pelo SAMU.

Para retomar a avaliação da cena, já apresentada no Módulo 3, é importante que você veja o esquema a seguir:

**ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
AVALIAÇÃO DA CENA > RISCO E VULNERABILIDADE**



Fonte: elaborado pelo autor.

ACENA não é uma fotografia estática, mas um enredo que observa esta a dimensão histórica, ou seja, passado, presente e futuro, o que irá nos fornecer informações valiosas no caso das urgências de álcool e outras drogas.

Ao encontrar um sujeito em via pública, sem familiares ou conhecidos, é difícil saber o que ele pode ter usado. Isso torna a avaliação da cena onde se deu o evento de intoxicação muito importante. Devemos tentar extrair todas as informações possíveis da cena de uso, seja no domicílio ou em via pública, pois esses dados nos ajudam a avaliar o nível de risco e vulnerabilidade da pessoa, o que é importante para a tomada de decisão, por exemplo, sobre qual medicação utilizar para modular a agitação.

Gostaríamos de destacar aqui no “ACENA”, com o caso de Jesuíno, o componente da entrada em cena pela equipe. Jesuíno chegou ao serviço de urgência, algemado e imobilizado fisicamente, por cinco policiais e uma equipe de suporte básico do SAMU. A sua contenção se fez com algemas nos punhos e tornozelo, e depois, na maca do SAMU, com ataduras de fita crepom em pontos “estratégicos”. Ele estava em decúbito ventral, uma forma de contenção policial violenta e de grande risco.

6 Na nossa perspectiva ética, analisar a cena já é fazer parte dela, pois afeta as decisões que se tomam a partir da mesma. No caso Jesuíno, a equipe do SAMU que participou da intervenção na igreja poderia ter prestado um atendimento mais humanizado. O quadro de agitação era extremo, é verdade, mas quais condutas poderiam ter sido tomadas para humanizar eticamente a abordagem de Jesuíno?



Link

Formas diversas de contenção, inclusive, as violentas, e os riscos que produzem, podem ser vistos no site de uma paramédica norte americana. Veja em: <http://www.charlydmiller.com>

Outro aspecto importante no manejo das urgências de álcool e outras drogas são as primeiras avaliações e decisões clínicas, pois elas vão determinar o local de cuidado.

Vejamos a seguir um roteiro que nos orienta quanto ao manejo das urgências de álcool e outras drogas.

APRESENTAÇÕES DE URGÊNCIAS COM POSSÍVEL ENVOLVIMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Alteração aguda do estado mental e do comportamento.



Considerar como indiferenciada e multicasual, em princípio estabilização inicial.



Procurar causa médica em primeiro lugar. Álcool e drogas é a principal causa médica no ambiente de urgência atual. Transtorno mental é diagnóstico de exclusão - colocar “a doença entre parênteses”. A decisão sobre a necessidade de recursos clínicos de urgência ou hospitalares é vital.

Fonte: produzido pelo autor.

Qualquer alteração do estado mental e do comportamento deve ser considerada indiferenciada e inespecífica, no sentido da sua causalidade, mesmo aquelas em que haja suspeita de uso de álcool e outras drogas, pois as suas causas podem ser diversas e amplas, relacionadas a todo o espectro de transtornos mentais, e inúmeras patologias clínicas.

O diagnóstico diferencial dessas alterações não é, portanto, simples, pois podem apresentar sintomas, sinais e alterações dos sinais vitais e do exame clínico também observáveis em inúmeras urgências clínicas, tais como: acidentes vasculares cerebrais, hematoma subdural, infecções do SNC, tumores, convulsão, hipoglicemia, hiperglicemia, alterações funcionais do SNC decorrentes de insuficiência renal, hepática e distúrbios hidroeletrólíticos.

E, para complicar, a própria ação psicoativa das drogas, ou seja, sua capacidade de interferência na neuroquímica e funcionamento cerebral podem produzir quadros psiquiátricos similares aos transtornos mentais mais importantes ou funcionar como um elemento desencadeante de um novo transtorno ou agravante/modificador de um transtorno já existente. Assim, diante de uma situação de intoxicação, uso abusivo ou dependência de drogas, devem evitar-se diagnósticos precipitados de qualquer transtorno mental, o que exige mais cautela ainda na prática da urgência.

Portanto, ao encontrar indícios de intoxicação, abuso, dependência, abstinência de álcool e outras drogas, é recomendável:

- focalizar e avaliar primeiramente as repercussões clínicas na saúde física do sujeito, porque é isto que vai fazer a diferença em termos do risco de mortalidade. Se for necessário encaminhar o sujeito, o local adequado seria para uma urgência clínica ou urgência psiquiátrica que tenha recursos de urgência clínica, o que é raro encontrar. Caso seja descartado o risco clínico após a avaliação, a pessoa poderá ser encaminhada a outros serviços da rede de atenção primária ou psicossocial;

- o diagnóstico psiquiátrico é de exclusão e somente deve ser feito após uma avaliação psiquiátrica pormenorizada e, na maioria das vezes, depois de um longo seguimento.

Diante de um quadro com alteração aguda do estado mental, é recomendável uma avaliação clínica apurada, para descartar problemas clínicos graves. Uma história psiquiátrica prévia é forte indício de origem psíquica do quadro, mas este, frequentemente, se associa ao risco de uma avaliação superficial, que pode subestimar problemas clínicos graves como causa ou agravante de transtornos mentais, incorrendo no risco de realizar um encaminhamento automático e inadequado para os serviços de saúde mental.

Recomendações relativas ao uso de medicamentos na abordagem das crises, urgências a partir de demandas associadas ao uso de álcool e outras drogas

O emprego de medicamentos é sempre um dilema, na maioria das urgências decorrentes de álcool e outras drogas, em razão de que as drogas produzem alterações físicas e clínicas e podem interagir com os medicamentos. É comum que eles tenham ingerido várias drogas, o que acrescenta mais uma variável para se levar em conta. Mas essa complexidade não impede a efetivação de escolhas racionais e sustentadas em evidências. Por exemplo, se a intoxicação principal é com estimulante como cocaína/crack ou anfetaminas, a medicação de tranquilização de escolha é benzodiazepínico. Nesses casos, deve-se evitar antipsicóticos em geral, pois podem incrementar o risco já presente na intoxicação, como por exemplo, aquele relativo às complicações cardiovasculares e convulsões.

No caso da intoxicação por álcool ou qualquer depressor do sistema nervoso central, e se a pessoa estiver agitada, os benzodiazepínicos estão contraindicados porque podem induzir uma depressão e até a uma parada respiratória. Um detalhe importante é não confiar na presença ou ausência de hálito etílico. Uma pessoa pode ter ingerido grandes quantidades de álcool e não apresentar um evidente hálito etílico, por várias razões, entre elas, o tempo transcorrido após a ingestão.

Na tranquilização medicamentosa é sempre preferível o uso de medicação oral, e se você tiver que lançar mão de tranquilização medicamentosa parenteral, deverá estar preparado para monitorar e atender a possíveis eventos adversos. Por isso, o local de atendimento de casos de agitação secundária à possível intoxicação por substâncias psicoativas deve ter recursos médicos e de enfermagem capazes de oferecer cuidados de suporte avançado de vida, o que raramente se encontra em muitas urgências psiquiátricas. Essas condições de atendimento também incluem as demais urgências do campo da saúde mental.

Quanto às recomendações do que monitorar, é importante observar as vias aéreas, respiração, circulação, nível de consciência e os sinais vitais de forma rigorosa e constante durante todo o processo de tranquilização, com ou sem contenção mecânica (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2005). As recomendações da frequência de monitoramento dos sinais vitais variam conforme o autor e os protocolos, sendo indicado monitoramento mais cada 5-10 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos até a tranquilização e retirada da contenção (TAYLOR et al., 2012). Caso o usuário sob sedação seja portador de problema clínico (doenças cardiovasculares e respiratórias, principalmente), usuário de álcool e drogas ou idoso, o monitoramento deve ser mais rigoroso.

Se a resposta verbal estiver ausente após o uso de medicação, o nível de monitoramento deve ser similar ao de uma anestesia (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2005). É recomendável

manter o monitoramento dos dados e funções vitais com um profissional presencialmente. Segundo a diretriz do National Institute for Clinical Excellence (NICE), que é a mais consistente e fundamentada o manejo da agitação psicomotora e da violência em geral através da tranquilização medicamentosa parenteral, exige serviços com recursos em nível de ressuscitação cardiopulmonar e o treinamento periódico das equipes. Outras recomendações para o manejo das situações que exigem contenção e tranquilização medicamentosa podem ser revistas no Módulo 3 e na parte de agitação psicomotora deste Módulo.

Chegamos ao final desse tópico, dando sequência, a seguir, à discussão das crises e urgências relativas à depressão e transtornos de ansiedade-angústia. Veremos que os transtornos depressivos e de ansiedade, comumente referidos ao campo das neuroses, tem grande relevância epidemiológica e de saúde pública, podendo cursar com apresentações graves e persistentes, o que justifica o aprofundamento na abordagem dessas questões.

2.4 DEPRESSÃO, CRISE DE ANSIEDADE E ANGÚSTIA

O campo da clínica das crises é complexo e amplo, portanto, não pode ser circunscrito às grandes psicoses e ao sofrimento mental grave e persistente (ver definição Módulo 3). Problemas diversos relativos ao desenvolvimento, eventos vitais, traumas e os transtornos mentais comuns se apresentam como crises e vão fazer demanda aos nossos serviços. A prevalência estimada de transtornos mentais na população, desde o primeiro estudo multicêntrico rigoroso (REGIER et al., 1990), realizado nos EUA, excede a 20% da população em um ano. No Brasil, um estudo multicêntrico realizado na década de 90, se observou uma prevalência de transtornos mentais ao longo de um ano estimada entre 18,8 a 29,2% da nossa população (ALMEIDA-FILHO et al., 1997). É evidente que a maior parte dessa população é acometida de transtornos mentais comuns, os quais podem apresentar-se como crises, e em alguns caso evoluir para uma forma grave e persistente com múltiplas crises.

Assim, a resposta à crise, no campo dos transtornos mentais graves e persistentes, tem uma importância estratégica da organização do cuidado no processo da Reforma Psiquiátrica, porém, não podemos desconhecer os transtornos e crises no contexto mais amplo (ver Módulo 3).



Link

O Caderno de Atenção Básica nº 34 apresenta várias formas de cuidado em relação a pessoas com depressão, ansiedade e angústia. Estes transtornos são os mais frequentes na Atenção Primária em Saúde. Confira no link a seguir:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

2.4.1 As apresentações depressivas da crise e sua abordagem na RAPS

A seguir, vamos apresentar um caso (BRASIL, 2013a), de maneira a nortear de maneira mais operacional nossa discussão.

- **Caso Dona Irene:** Dona Irene, 65 anos, chegou à Unidade Básica de Saúde, acompanhada de sua filha - Raquel. Falou muito pouco, apontando com a cabeça para a filha, quando questionada sobre o que a levou ao serviço. A filha contou que a mesma estava muito fraca, não conseguindo mais exercer as atividades habituais, comia muito pouco e dormia muito. Raquel solicitou que a equipe pedisse exames, por achar que a mãe estaria muito adoecida.
- **Contexto:** a equipe de enfermagem fez um acolhimento inicial e uma anamnese com Raquel, obtendo dados da história de vida e início dos sintomas de Dona Irene. Perguntou-se se Dona Irene já teve quadros de depressão no passado, Raquel começou a chorar, dizendo que nunca, mas reconheceu que sua mãe poderia estar deprimida. Marcou-se avaliação com o médico de família no mesmo dia e também foram solicitados exames de sangue.

- **Historia:** Irene iniciou um quadro de apatia e desânimo há cerca de dois meses, que evoluiu com inapetência, sonolência excessiva, diminuição gradual de suas atividades habituais e do contato com familiares. Não apresentava nenhum antecedente clínico ou psiquiátrico digno de nota.
- **Avaliação do estado mental:** durante a consulta Irene apresentou-se com discurso empobrecido, quase monossilábico, lentificada do ponto de vista motor, demorava muito para responder qualquer coisa quando questionada. Apresentava-se descuidada, cabelos despenteados, sem maquiagem ou qualquer adorno, unhas por fazer.
- **Avaliação clínica:** após a identificação do quadro clínico, a paciente foi avaliada do ponto de vista medicamentoso e foi iniciada terapia com antidepressivo Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS), e encaminhamento ao grupo de mulheres da unidade.
- **Considerações sobre o caso:** o caso de Dona Irene ilustra a importância de definir se ela estaria mesmo deprimida. Isto é importante porque estamos numa época em que tristeza, luto e reações às vicissitudes da vida estão sendo tomados como doença depressiva e medicados. Há um componente cultural neste processo, uma sociedade em que é imperativo ser feliz e que lida mal com o sofrimento em geral. No entanto, há um vetor econômico, a força e a pressão da indústria farmacêutica, que conseguiu, nos últimos 20 anos, medicalizar quase todo sofrimento humano e, no campo da tristeza e depressão, o seu sucesso foi estrondoso. Dezenas de antidepressivos foram lançados no mercado, que se tornou cada vez mais lucrativo e bilionário (ANGELL, 2011).

Diversos questionamentos têm surgido em relação à utilização exagerada e desnecessária de antidepressivos. Algumas revisões sistemáticas de ensaios clínicos registrados na Food and Drug Administration (FDA - agência norte americana que autoriza a comércio de medicamentos), mostraram que os antidepressivos não tem eficácia maior do que placebo para depressões leves e, um

deles, deixou dúvidas sobre a eficácia até nas mais graves (KIRSCH et al., 2008). Estas revisões mostraram algo mais preocupante. Os estudos que não favoreciam a droga não eram publicados em revistas científicas, portanto, nem os profissionais poderiam saber da sua existência (TURNER et al., 2008). Ficavam “nas gavetas” das agências reguladoras, como o FDA americano, e estas agências também não alertaram a população.

Contudo, é importante lembrar que a prevalência de depressão maior é muito elevada, atingindo cerca de 16,2% da população ao longo da vida e 6,6% ao longo de um ano (KESSLER et al., 2003). Dos transtornos mentais mais prevalentes, a depressão unipolar tem um dos maiores impactos na carga global das doenças (anos vividos com incapacidade + morte prematura) na população. Ocupou o primeiro lugar em 1990 e se projeta que fique em segundo lugar em 2020 (MURRAY; LOPES, 1997).

E em termos de gravidade, um estudo, nos EUA, o NCS-R (*National Comorbidity Survey-Replication*) mostrou que os episódios se distribuem da seguinte forma: leves (10,4%), moderados (38,6%), severos (38,0%) e muito severos (12,9%). Um estudo multicêntrico da OMS mostrou que, nos países em desenvolvimento, cerca de 26% dos episódios duram em média 12 meses, e 41,8% dos casos são graves, incapacitando ocupacionalmente as pessoas em 49,3% dos casos (KESSLER et al., 2010). Esses e outros estudos mostram que a depressão não é somente altamente prevalente, mas que uma parte do seu contingente é grave e incapacitante.

Por outro lado, um estudo patrocinado pela OMS, mostrou que transtornos mentais muito graves, entre eles os de humor, não recebem tratamento adequado nos países em desenvolvimento (76,3 a 85,4%) e, também, nos desenvolvidos entre 35,5 e 50,3 (DEMYTTENAERE et al., 2004). O estudo também apontou o paradoxo de que quem precisa não se trata e, por outro lado, muitos daqueles que acessam os recursos e se tratam não precisariam. E para piorar a situação há o fato adicional relativo à qualidade do tratamento recebido. O NCS-R (KESSLER et

al., 2003) mostrou que, nos EUA, embora 51.6% dos casos recebam tratamento, deste total, apenas 41.9% recebe tratamento realmente adequado, o que significa que somente 21,7% dos casos identificados na prevalência anual são tratados corretamente.

Assim, não apenas no caso da Dona Irene, mas do ponto de vista da saúde pública, temos que pensar estratégias e formas efetivas para lidar com a depressão. Feita essa ressalva e voltando à Dona Irene, há que se reconhecer que ela está mesmo deprimida e preenche critérios diagnósticos rigorosos. No quadro abaixo observe os critérios da CID-10 para depressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

QUADRO 6 - DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO CID-10

SINTOMAS-CHAVE	SINTOMAS ASSOCIADOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Persistente tristeza ou rebaixamento do humor. • Perda do interesse ou prazer. • Fadiga ou redução da energia/atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios do sono. • Dificuldade, reduzida concentração/atenção. • Autoconfiança ou autoestima, sentimento de desvalia, pessimismo. • Diminuição ou aumento do apetite. • Atos ou pensamentos/ideias de suicídio ou de dano a si próprio (REGISTRAR CID CAPÍTULO XX - X60-84). • Agitação ou lentificação dos movimentos. • Culpa ou autocensura. 	<p>LEVE: 4 sintomas</p> <p>MODERADA: 5-6 sintomas</p> <p>GRAVE: 7-10 sintomas</p>
<p>* O critério básico é a presença de no mínimo dois dos sintomas-chave (depressão leve e moderada - para a grave, os três) durando a maior parte do tempo por duas semanas.</p>		

Fonte: adaptado da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Podemos ver que Dona Irene preenche critérios para depressão grave. Mas é importante ressaltar que o diagnóstico de depressão não deve se pautar por uma mera contabilidade de sintomas, pois os critérios assinalados devem ser tomados somente como referência.

É limitado capturar a severidade do transtorno depressivo pela mera contagem de sintomas. Devemos agregar à análise outros fatores como a história familiar, a história prévia de depressão e o grau de incapacidade associado ao quadro clínico, bem como uma avaliação qualitativa dos sintomas e o contexto em que se configuram.

Por exemplo, aspectos importantes que devem ser considerados, incluem a existência concomitante de uma doença física incapacitante, como doenças crônico-degenerativas, demências e outras; a idade; a rede de suporte social; a presença de ideação, plano e tentativa suicida anterior, dentre outros.

No caso de Dona Irene, um aspecto muito importante a considerar é o fato de sua depressão ter surgido numa fase tardia, aos 65 anos, sem história prévia e sem aparente correlação com qualquer fator contextual importante, como uma perda, por exemplo. Nesses casos, é imperativo investigar a presença de uma doença clínica, como hipotireoidismo e outras doenças endócrinas, além de doenças crônico-degenerativas, que ainda não foram diagnosticadas.

Não havendo doença física que justifique ou favoreça o processo depressivo, e muito menos um contexto vital adverso, é bom estar atento para a existência de características melancólicas e “endógenas” na depressão, tais como retardo ou agitação psicomotora grave, depressão pior pela manhã, insônia terminal e uma maior intensidade

dos sintomas em geral. Alguns autores destacam os distúrbios psicomotores (piora do processamento cognitivo, inibição e retardo motor/agitação) como os mais importantes e consistentes, nos estudos de definição do elemento melancólico/endógeno (PARKER, 2011).

Outro elemento clínico a se esclarecer em casos como o de Dona Irene é a possibilidade de a depressão fazer parte de um transtorno bipolar, daí a importância de fazer uma história clínica completa e voltada para identificar elementos de bipolaridade. Os mais evidentes são a presença na história pregressa de fases hipomaniacas e maníacas, depressão no puerpério, fases depressivas anteriores mais curtas, com início e término abruptos, má resposta a antidepressivos ou virada maníaca, episódios depressivos mais frequentes e mais graves, com grande impacto social, risco elevado de suicídio e presença de sintomas psicóticos. Este cuidado é importante, inclusive, porque modifica a estratégia do tratamento medicamentoso. Estudos e diretrizes mais recentes questionam o uso de antidepressivos, não apenas em razão da possibilidade de virada maníaca, mas também com relação à sua eficácia e possível piora do padrão de curso do transtorno (TAYLOR et al., 2012).

Quanto aos sintomas psicóticos, as depressões com esses sintomas não são incomuns, com uma prevalência estimada de 0,4% na população, e cerca de 18,5% em pessoas com depressão maior vão apresentar sintomas psicóticos (OHAYON; SCHATZBERG, 2002). A CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998) define esses casos como aqueles que satisfazem critérios para episódio depressivo grave e apresentam delírios, alucinações ou estupor depressivo. Os delírios e alucinações podem ser congruentes ou não com o humor. Os delírios são, na maioria das vezes, humor-congruentes, organizando-se em temas básicos associados à depressão/melancolia: pecado, culpa, punição merecida, inadequação pessoal, doença, morte, niilismo, pobreza, desastres iminentes. As alucinações podem ser auditivas e olfativas: vozes difamatórias ou acusatórias, cheiro de sujeira podre, carne em decomposição, e outras.

No caso das apresentações incongruentes com o humor, o conteúdo dos delírios e alucinações não se organiza pelos temas básicos da depressão e melancolia. Os temas mais comuns são delírios persecutórios ou autorreferentes e as alucinações não têm conteúdo afetivo. O diagnóstico diferencial aqui fica mais difícil com esquizofrenia. Entre os critérios de exclusão de esquizofrenia, segundo a CID-10, não teríamos delírios bizarros, impossíveis ou culturalmente inapropriados e nem alucinações na terceira pessoa ou fazendo comentários.



Saiba Mais

Para distinguir melhor estes dois quadros, a CID-10 se fundamenta em critérios de exclusão centrados na primazia jasperiana. Caso você queira saber mais, veja: JASPERS, 1985. p. 740-741 e CID-10 pesquisa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998, p. 100-101).

Para terminar essa discussão clínica vale salientar a correlação entre depressão, doenças afetivas e suicídio. Segundo uma revisão que rastreou 31 estudos, realizados de 1959 a 2001, abrangendo 15.629 casos de suicídio, apontou que os transtornos afetivos eram os com maior associação (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Nas doenças depressivas, usando o critério caso fatal, ou seja, a quantidade de suicídios em relação ao total de sujeitos da amostra, se encontra uma prevalência, ao longo da vida, de 2,2% (BOSTWICK; PANKRATZ, 2000). Essa taxa é muito alta em relação à população em geral e é a maior entre todos os transtornos mentais.

Recomendações e diretrizes para abordagem em rede das apresentações depressivas

Um primeiro aspecto a se destacar quando pensamos na abordagem da depressão em rede diz respeito ao curso e evolução do transtorno e seu impacto na vida das pessoas. Alguns estudos e autores assinalam que um contingente de até 70% dos casos teria um prognóstico melhor com recuperação no período de um ano, contudo, cerca de 30% vai

cursar de forma recorrente e\ou crônica (BOLAND; KELLER, 2002). Contudo, há um contingente expressivo de casos muito graves e com baixa resposta aos tratamentos, particularmente, o medicamentoso.

Um grande ensaio pragmático formalizou uma pesquisa rigorosa para condições reais do exercício da clínica, o STAR*D (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*), patrocinado pelo NIMH (*National Institute of Mental Health-USA*), com uma grande amostra de sujeitos deprimidos que procuraram ativamente tratamento. A eles se administrou, primeiramente, um antidepressivo e uma série de estratégias de incremento do tratamento inicial, quando não havia remissão. O estudo constatou a presença de quadros depressivos muito graves, recorrentes, crônicos, com média de 5,9 episódios por pessoa e uma duração média de 7,8 meses dos episódios. A presença de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas alcança 2/3 da amostra e as tentativas de suicídio alcançava um percentual de 16.9 % (RUSH et al., 2006; TRIVEDI et al., 2006).

Quanto ao tratamento medicamentoso e a resposta a ele o STAR*D também nos trouxe informações preciosas. Em primeiro lugar, a baixa taxa de resposta na primeira tentativa de tratamento, apenas 28% dos deprimidos apresentou remissão, com doses acima da média. No caso, o medicamento foi o citalopram (um inibidor seletivo de recaptção de serotonina) em doses de até 60mg, em média 41,8 mg. O tempo para se alcançar a resposta também não foi pequeno, cerca de 6,3 semanas.

Vejam, então, que um contingente de 72% não obteve remissão com a primeira droga e foi submetido a várias estratégias sequenciais de incremento do tratamento: incremento com outra droga antidepressiva ou psicoterapia, mudança de medicamento, incremento com outras classes de medicamento como o lítio e T3 (hormônio tireoidiano). Todas as estratégias alcançaram algum resultado, mas o percentual era pequeno, e se não tinha resposta, passava-se para outra etapa com nova estratégia, sendo que, no final, após quatro etapas, houve um

acumulado de resposta, em termos de remissão, para cerca de 67% das pessoas (RUSH et al., 2006).

Concluindo, mais de 30% das pessoas continuou sem remissão. A depressão não é um transtorno fácil de tratar, mesmo se usando doses elevadas, e incrementando. Há um desafio, algo a se pensar. As possibilidades abertas pelo atual modelo neurocientífico e farmacológico são limitadas, e este é o horizonte dessa forma de resposta.

Não podemos depositar no medicamento a responsabilidade pelos resultados, mesmo aumentando as doses e associando-o a outros medicamentos. Por outro lado, é inadmissível a utilização de subdosagens de antidepressivo, pois a pessoa fica por anos a fio com a vida paralisada, fazendo uma via sacra entre profissionais e serviços em busca de uma solução. As psicoterapias podem ser tão efetivas quanto os medicamentos, e os recursos psicossociais diversos são decisivos na abordagem dos casos graves, crônicos e refratários. Também é necessário o envolvimento de toda a rede em modelo de cuidados colaborativo, com papéis e passos a serem dados a cada caso, dependendo da sua gravidade.

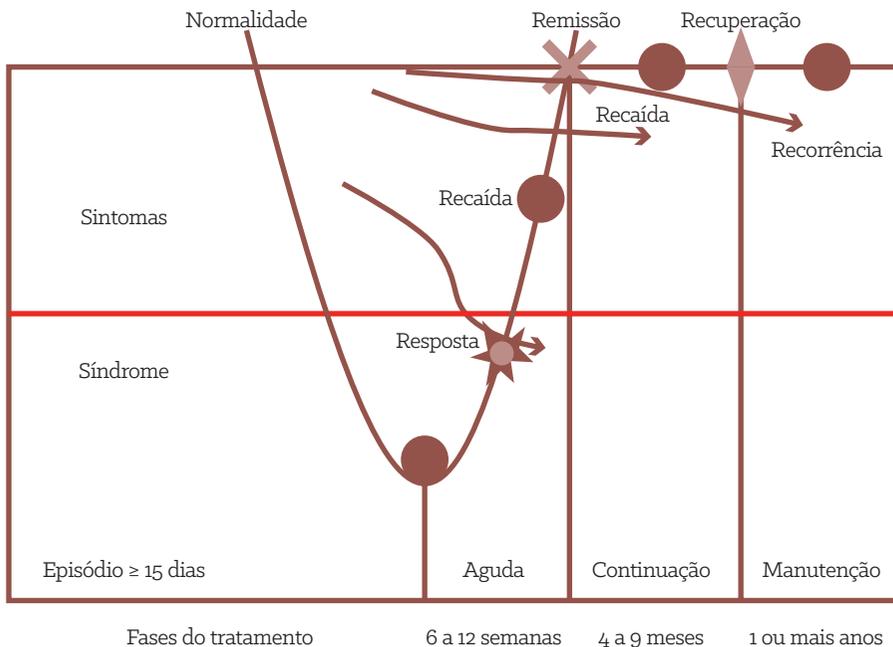
Depressão exige abordagens multidisciplinares e vários recursos terapêuticos.

A seguir temos uma proposta de abordagem que leva em conta a gravidade dos casos e o nível de recursos de tratamento e reabilitação, levando em conta um trabalho de rede e a colaboração dos vários níveis de cuidado. Ela está baseada na nossa experiência, mas leva em conta as recomendações das diretrizes do NICE (*National Institute For Clinical Excellence*) de 2004 e sua atualização de 2009 (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2009).

1. Reconhecimento da depressão em todas as suas formas nos cuidados primários e no âmbito dos serviços de saúde como um todo, incluindo, hospitais e urgências. A taxa de reconhecimento de depressão na atenção primária ainda deixa a desejar (GOLDBERG, 1995) e, como vimos acima, o acesso ao tratamento ainda é um grande problema, principalmente nos países em desenvolvimento.
2. O cuidado da depressão leve a moderada na atenção primária.
3. O cuidado da depressão moderada a grave na atenção primária com o apoio matricial de profissionais de saúde mental.
4. O cuidado da depressão moderada a grave que não respondeu às intervenções do nível anterior. Entram em cena os profissionais e serviços especializados em saúde mental, as equipe de apoio matricial territorial, o CAPS e a Atenção Domiciliar de Crise. O espectro clínico envolve as depressões muito graves, resistentes, e recorrentes, com apresentações atípicas, sintomas psicóticos, suicidalidade menos grave (ideação sem plano ou tentativa anterior, bom suporte social, pedido de ajuda e intenção de tratar-se), comorbidades clínicas e de álcool e outras drogas relevantes.
5. O cuidado dos casos graves e complexos envolvendo sintomas psicóticos, comorbidades clínicas e de álcool e outras drogas, suicidalidade – comportamento suicida mais grave (ideação com plano e tentativas anteriores), principalmente naqueles sem nenhum suporte familiar ou social, muitas vezes, com desalento, desesperança e sem intenção de tratar-se. Ou seja, casos que vão requerer atenção semi-intensiva ou intensiva e um ambiente protegido, mesmo que por pouco tempo. Aqui entra o papel fundamental dos serviços de urgência hospitalares e pré-hospitalares, quando uma tentativa de suicídio se realizou, bem como, os CAPSs, CAPS III e os leitos de atenção integral 24 horas em hospital geral.

Quanto ao uso da medicação, o esquema mais utilizado para orientar o tratamento, baseado na “curva de Kupfer”, pode ser visualizado na imagem a seguir:

DEPRESSÃO: ABORGAGEM EM REDE DEPRESSÃO: CURSO, FASES DO TRATAMENTO, EVENTOS



Fonte: PRIEN, R. F.; KOCSIS, J. H. Long-term treatment of mood disorders. In: BLOOM, F. E.; KUPFER, D. J. (Ed.). **Psychopharmacology**: the fourth generation of progress. New York: Raven Press Ltd., 1994. p. 1067-1079.

Voltando ao caso de Dona Irene, este esquema mostra que há uma fase de “aguda”, fase inicial do tratamento que varia de 6-12 semanas, durante a qual temos que encontrar a dose adequada da medicação para obter um bom resultado em termos de remissão. E vale destacar que a remissão pode não ser encontrada e a resposta ser parcial, mesmos

com doses ótimas. O que não pode acontecer, e se vê comumente, são pessoas deprimidas gravemente tomando antidepressivo na faixa inferior do seu espectro terapêutico, quando não em doses não terapêuticas, por meses, e até anos.

Depois dessa fase aguda do tratamento, temos a fase de continuação – a qual, no primeiro episódio, deve abranger um período de quatro meses a um ano, com a mesma dose que produziu melhora. E então, suspender a medicação paulatinamente. No caso de haver recorrências, dependendo do número delas e da gravidade dos episódios, teremos que fazer manutenção por um período de um ano ou mais. A diretriz sobre depressão em adultos do NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2009) recomenda que pacientes com dois ou mais episódios depressivos no passado recente, e que tiveram episódios graves e incapacitantes, devam fazer manutenção do tratamento por dois anos. Para concluir gostaríamos de ressaltar algumas questões do tratamento medicamentoso:

1. Não existem evidências de diferença na eficácia e efetividade entre antidepressivos das primeiras gerações (ADT – Antidepressivos Tricíclicos e IMAO – Inibidores da Monoamino-Oxidase) daqueles de novas gerações (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2009; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010). Se a depressão é bipolar ou apresenta sintomas psicóticos, serão agregados estabilizadores do humor e antipsicóticos, ou apenas esses últimos no caso de depressão apenas com sintomas psicóticos. (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2009; TAYLOR et al., 2012). Caso haja fracasso na primeira tentativa, há várias alternativas, que vão da troca do medicamento às estratégias de incremento diversas, seja com psicoterapia, outro antidepressivo, lítio, e até hormônio tireoidiano (TRIVEDI et al., 2006; RUSH et al., 2006).
2. Em razão da comparabilidade entre classes e interclasses de antidepressivos a escolha será baseada em diferenciação em termos de segurança, tolerabilidade e perfil de efeitos adversos,

adequação do perfil farmacológico (meia-vida, efeitos na metabolização hepática, interações com outros medicamentos), resposta a tratamentos anteriores, custo e preferência do usuário (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2009).

3. Meta-análises recentes demonstram diferença de resposta entre antidepressivos e placebo apenas para os casos de depressão de moderada a grave (KIRSCH et al., 2008; TURNER et al., 2008).
4. É possível, segundo meta-análise recente, que doses menores, de 75-100 de ADT, possam ser efetivas (FURUKAWA et al., 2002). Os antidepressivos tricíclicos estão ratificados e “reabilitados” por boas revisões recentes (ARROL et al., 2013; LEUCHT et al., 2009), contrariando uma crença comum de que pessoas tomando antidepressivos tricíclicos interromperiam em maior proporção o seu tratamento devido a eventos adversos do que aqueles que estão tomando inibidores seletivos de recaptção de serotonina, tais como a fluoxetina e outros (ARROL et al., 2013).
5. A efetividade de técnicas psicoterápicas é importante nos processos depressivos, seja isolada ou em combinação com antidepressivos (AGENCY FOR HEALTH POLICY AND RESEARCH, 1994).
6. O tratamento é multidisciplinar e exige integração das redes de cuidados, especialmente nos casos graves resistentes, nas comorbidades com doenças crônico-degenerativas e nos casos de suicidalidade.
7. Usuários que iniciaram tratamento e têm risco de suicídio serão vistos com mais frequência, a primeira vez na mesma semana, e de semana em semana ou mais vezes. Aqueles sem risco de suicídio deverão ter um retorno em duas semanas, e depois, a intervalos de 2–4 semanas nos primeiros três meses, podendo aumentar os intervalos posteriormente se a resposta ao tratamento for boa (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2009).

O acompanhamento cuidadoso e intensivo, em nível ambulatorial, é fundamental no tratamento das depressões graves, melancólicas e/ou com sintomas psicóticos, mesmo que o risco de suicídio não seja evidente na história e discurso do paciente. As pessoas podem se matar depois que começam a melhorar. Como o retardo/inibição psicomotora melhora antes do que o humor deprimido e a desesperança, há um risco de atos suicidas logo após a melhora psicomotora (BECH, 2011).

Não esqueça de que não se deve prescrever e fornecer grandes quantidades de medicamentos a pessoas deprimidas e com risco de suicídio.

2.4.2 Crise de ansiedade e angústia

A ansiedade é um sintoma central das neuroses, para usar uma classificação que ainda tem o seu valor clínico, as quais estão, hoje, agrupadas no recorte F40 a F48 da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). São os transtornos mais prevalentes na população. O estudo NCS-R mostra prevalência de anual de 26,2% para qualquer transtorno na população americana, com os transtornos de ansiedade perfazendo 18,1% (KESSLER et al., 2005). Uma nota importante desse estudo é a presença de comorbidade entre os próprios transtornos de ansiedade. Por exemplo, ataques e transtorno de pânico são muito comuns em todo o espectro dos transtornos de ansiedade, principalmente, com agorafobia e, também, com a depressão. E comorbidade tende a tornar a apresentação grave, particularmente, pânico com agorafobia, conforme apontou o NCS-R (KESSLER et al., 2006). Um estudo multicêntrico brasileiro mostra prevalência ao longo da vida de 9,6 em Porto Alegre a 17,6% em Brasília, e a prevalência anual é de 5,4% e 12,1 respectivamente (ALMEIDA-FILHO et al., 1997).

Os termos ansiedade e angústia tem uma matriz semiológica complexa e ampla, mas chegaram ao campo da saúde mental e psiquiatria, através da psicanálise, e são objeto de uma discussão interminável sobre os seus sentidos, consistência, potência significativa e, inclusive, com relação às questões de traduções de idioma para idioma (HANS, 1996; LAMBOTTE, 1996). A ansiedade e a angústia são referidas como sintomas em quase todos os transtornos mentais reconhecidos e distinção entre elas não é simples. Mas, regra geral, quando nos referimos a uma posição subjetiva de sofrimento, desconforto, preocupação, apreensão, tensão proeminentes, sobre eventos e problemas cotidianos, estamos no recorte da ansiedade. E quando se convoca o termo angústia, estamos referindo a um instante ou período distinto de intenso temor, medo ou desconforto, diante de um perigo não identificado, sem contexto ou objeto. A expressão clínica da ansiedade e angústia é polimórfica e envolve as esferas afetiva, cognitiva, autonômica (sistema nervoso autônomo) e somática.

Para melhor discutirmos o tema da crise associada à ansiedade e angústia, vamos fazer a discussão a partir do seguinte caso clínico (BRASIL, 2013b):

- **Caso Roberto:** Roberto, 33 anos, chegou ao PS com queixa de dor no peito, taquicardia e falta de ar. Enquanto aguardava para ser atendido mostrava-se bastante inquieto, andando de um lado para o outro, perguntando se iria demorar muito, pois achava que iria morrer a qualquer momento. Por vezes tornava-se ríspido e avesso a qualquer contato.
- **Contexto:** Roberto foi convidado para aguardar atendimento em uma sala onde uma auxiliar de enfermagem iniciou uma conversa com o mesmo, ofertando-lhe um copo com água.

Após poucos minutos, Roberto começou a contar sobre diversas dificuldades no seu emprego e as discussões frequentes com sua esposa, mesmo não sendo questionado.

Já apresentava significativa melhora dos sintomas quando atendido pelo clínico.

- **Historia:** Roberto começou a apresentar sintomas cerca de trinta minutos antes de sua entrada no pronto-socorro. Estava sozinho em casa, após brigar com sua esposa durante um almoço de família. Não apresentava nenhum antecedente clínico ou psiquiátrico digno de nota, mas já tinha apresentado sintomas semelhantes, porém, de menor intensidade, no seu emprego.
- **Avaliação do estado mental:** Roberto estava consciente e orientado, falava muito, de forma rápida e com tom de voz elevado. Discurso coerente, embora trocasse de assunto com muita frequência. Tinha dificuldades de se concentrar na conversa, sendo facilmente perturbado por qualquer barulho que acontecesse nas salas próximas, ficando por vezes irritadiço.
- **Avaliação clínica:** Roberto foi tranquilizado sobre seus sintomas, sendo-lhe dito que se tratava apenas de uma crise de ansiedade. Foi administrado Diazepam – 10mg por via oral, e encaminhado à UBS para continuidade de seu tratamento.

Se casos como o de Dona Irene, anteriormente apresentado, costumam aparecer mais frequentemente no componente da atenção básica da RAPS, o de Roberto, comumente, faz demanda no componente de urgência e emergência e hospitalar. Roberto está apresentando um “ataque de pânico”. Isto não quer dizer que preencha critérios para um transtorno de pânico, apesar de ter sentido algo semelhante outras vezes.

O ataque de pânico nomeia um período distinto de intenso temor, medo ou desconforto, diante de um perigo não distintamente identificado (angústia), recorrente, sem contexto ou objeto e assim por diante, conforme a CID-10 – Pesquisa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). O ataque de Roberto foi a há cerca de 30 minutos, e quando chegou ao PS já estava em dissolução. Há um contexto, claro, a recorrência é dúbia, ele está vivendo uma fase com problemas

personais e familiares nítidos. Roberto vem cursando com maior ansiedade, está mais irritadiço, mas também não preenche critérios para transtorno de ansiedade generalizada, devido à requisição de ansiedade, preocupação excessiva, irritabilidade, estejam presentes a maior parte do tempo por um período de seis meses. Vejam os critérios para transtorno de ansiedade generalizada, segundo a CID-10:

Quadro 7 - Segundo a CID-10, os critérios para um transtorno de pânico são:

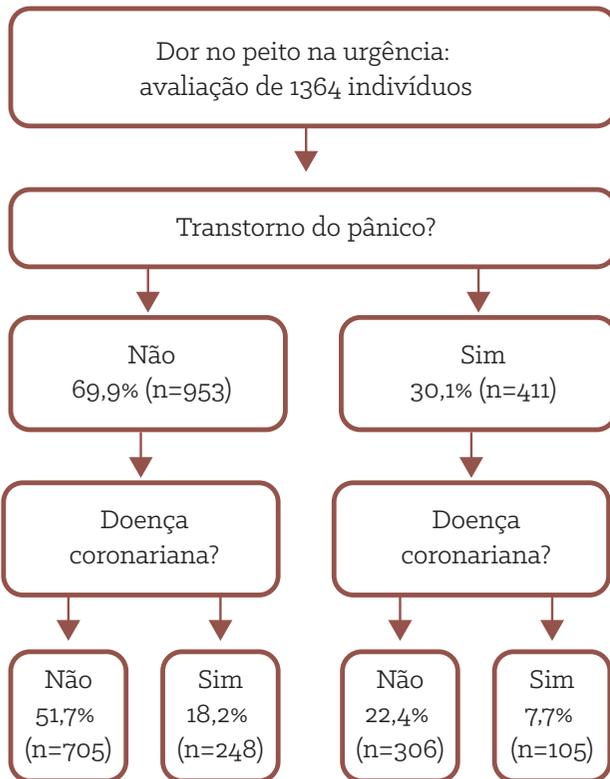
DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA F41.1 CID-10 PESQUISA	
CRITÉRIOS	SINTOMAS ASSOCIADOS
<p>A. Preocupação, apreensão, tensão proeminentes, sobre eventos e problemas cotidianos - período de seis meses.</p>	<p>Excitação autonômica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - palpitações fortes e taquicardia; sudorese, boca seca, tremor e estremecimento; - torácica e abdominal; - dificuldade de respirar, dor ou desconforto torácico, náuse e desconforto estomacal. <p>Cognitivos e mentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atordoamento, tonteira, desfalecimento, desrealização (sentir que coisas e ambientes são irreais), despersonalização (sentir-se distante, de não estar aqui), medo de perder o controle, desmaiar, ficar louco ou morrer. <p>Tensão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tensão, dores musculares, inquietação, “nervoso”, “nó na garganta”, dificuldade de engolir. <p>Inespecíficos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alarme, sobressalto, irritabilidade, dificuldade de concentração, branco, insônia devido a preocupação, ondas de calor ou calafrios, entorpecimento ou formigamento.
<p>B. Pelo menos quatro ou mais sintomas – nas esferas ao lado, sendo que um deles deve ser de excitação autonômica</p>	

Fonte: adaptado de CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998).

O caso de Roberto serve para destacar um aspecto importante das pessoas que têm ataques e transtorno de pânico. Trata-se da sua

frequente demanda às urgências médicas, em razão da sensação de que estejam sendo acometidos de um grave problema médico, por exemplo, o infarto. Nas urgências, muitas vezes acabam sendo taxados como simuladores e tornam-se objeto de antipatia, rejeição e, conseqüentemente, negligência. Essa situação, todavia, comporta um risco importante. Vamos ilustrá-la com dados de um estudo, conforme imagem a seguir:

DOR NO PEITO, TRANSTORNO DE PÂNICO E DOENÇA CORONÁRIA



Lynch P. e Galbraith, K. M. (2003)

Fonte: elaborado pelo autor.

Vejam que os sujeitos chegaram à urgência com queixa de dor no peito, parte deles (411 ou 30%) tem histórico de transtorno de pânico, e desses, 306 (74%) não tinham doença coronária, mas acabaram fazendo toda a propedêutica, incluindo, cateterismo, um exame caro. Os autores advertem que, às vezes, mesmo tendo feito o cateterismo, continuam a frequentar a urgência achando que têm alguma coisa. O artigo faz um apelo para que se esteja atento a isso, que se diagnostique melhor o pânico na urgência, que se faça um bom encaminhamento para o tratamento, poupando gastos com exames sofisticados, e assim por diante (LYNCH; GALBRAITH, 2003).

Todavia, vejam melhor os números. Dos 411 indivíduos que chegaram com a queixa dor no peito e também tinham histórico de pânico, 105 deles confirmaram uma doença coronariana, perfazendo 7,7% da amostra total de pessoas que chegaram com a queixa (1364 pessoas). Mas se fizermos a relação percentual dentro do grupo transtorno de pânico (411), 105 pessoas, ou seja, 25% acabaram confirmando um diagnóstico de doença coronária, a qual poderia explicar a dor no peito. Assim, o sintoma mais destacável do pânico, a dor no peito e a sensação de estar tendo um ataque cardíaco, o qual leva as pessoas à urgência médica, pode de fato ser devido à doença coronária. Assim, do ponto de vista da diferença que uma boa avaliação faz com relação à vida e a morte, não são os 7% que tiveram o diagnóstico de pânico e que explicaria a dor no peito que importa. A questão central é não deixar passar uma causa orgânica fatal para a dor no peito, simplesmente porque o sujeito tem história e diagnóstico de pânico. Sem negar a importância da questão levantada pelos autores, essa questão tem uma importância humana, clínica e em termos de saúde pública, muito relevante.

Entretanto, o sintoma mais destacável do pânico, a dor no peito e a sensação de estar tendo um ataque cardíaco, o qual leva as pessoas à urgência médica, pode de fato ser devido à doença coronária.

7 Vale ressaltar que várias outras doenças podem manifestar-se com sintomas similares aos do pânico e ansiedade, ou com um problema clínico concomitante, como: problemas cardiovasculares em geral e arritmias; hipertireoidismo, feocromocitoma e outras doenças endócrinas; intoxicação com estimulantes, como a cocaína e anfetaminas; e abstinência de depressores, como o álcool e os benzodiazepínicos.

8 Durante o acolhimento, tome cada caso sempre como se fosse a primeira vez, como se fosse único. Se o sujeito está chegando com frequência na UPA e sempre é pânico, é ansiedade, e sua equipe faz o que tem de ser feito, mas ele continua voltando, vai ser necessária uma boa conversa com a equipe da atenção básica e do CAPS. Mas nunca negligencie a demanda e as queixas dos usuários.

É importante lembrar que a pessoa com ataques de pânico pode estar, de fato, com um **problema clínico concomitante**⁷.

Vale ressaltar que ao procurar a urgência e receber um atendimento e encaminhamento inadequados, a tendência será a pessoa transformar-se em um usuário recorrente desse serviço. Por isso, a implantação do **acolhimento**⁸ com classificação de risco pode mudar esse panorama, sendo importante reforçar a ideia de acolhimento não em sentido técnico, mas humano; o que implica em escutar, que não é apenas disposição para ouvir, mas também em se DESPIR de preconceitos e pressupostos: se o sujeito chega ao seu serviço e você sabe ou descobre que ele é acompanhado no CAPS da sua região, já esteve várias vezes com ataques de ansiedade ou pânico e negligência, a sua queixa, talvez, dessa vez, ele possa estar de fato infartando.

Nunca negligencie a demanda e as queixas dos usuários.

Essas observações e recomendações também valem para as equipes de saúde mental, que também se descuidam de problemas médicos e de álcool e outras drogas como causadores ou fatores associados ao surgimento ou agravamento de quadros de sofrimento mental, particularmente nas situações de crise, urgência e emergência.

2.4.4 Diretrizes e recomendações para a Rede de Atenção Psicossocial

Os transtornos de ansiedade e pânico estão no subgrupo dos transtornos fóbicoansiosos e são muito prevalentes, sendo que uma parcela deles pode cursar com grande sofrimento e incapacidade. Tal como a depressão, os estudos da OMS mostram tanto problemas de acesso quanto de reconhecimento, com uma taxa de reconhecimento diagnóstico de apenas 46% dos casos na atenção primária de (WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2008). Portanto, a abordagem desses problemas deve ser tomada com rigor na nossa rede.

Abaixo, temos uma proposta de abordagem em níveis escalonados de cuidado, levando em conta a gravidade dos casos, o trabalho em rede e a colaboração dos vários níveis de cuidado. Ela é inspirada na diretriz para transtorno de ansiedade generalizada do National Institute For Clinical Excellence (2011a), mas tem algumas diferenças, incluindo cinco e não quatro níveis de cuidado.

As recomendações dessa diretriz podem ser estendidas a todos os transtornos do espectro fóbicoansioso.

1. Reconhecimento dos diversos transtornos fóbicoansiosos na atenção básica e no âmbito da rede de urgência e emergência pré e hospitalar.
2. A abordagem dos transtornos fóbicoansiosos na atenção básica via medidas relativas à promoção da saúde, melhora da qualidade de vida, psicoeducação e intervenções psicológicas breves.
3. A abordagem dos transtornos fóbicoansiosos moderados a graves na atenção básica por meio de medicação, intervenções psicoterapêuticas breves, grupos, terapia comunitária. Aqui, as equipes de saúde mental de referência podem ser acionadas para apoio matricial pontual no manejo da medicação ou aportando tratamento psicoterápico em casos mais graves.

4. No nível 4 a abordagem envolve a participação dos profissionais e serviços específicos de saúde mental, como por exemplo, as equipes de saúde mental de apoio matricial às ESFs, os NASFs e os próprios CAPSs. O tratamento e o projeto terapêutico deve continuar referenciado na atenção básica, mas o apoio matricial pode ser mais intensivo ou requerer psicoterapia mais intensiva. Eventualmente, pode ser necessário algum nível de cuidado, semi-intensivo no CAPS. Os casos nesse nível são poucos, mas costumam ser graves, resistentes, recorrentes, às vezes, refratários ou com resposta parcial a tratamentos convencionais, medicamentoso e psicoterápico. Apresentam comorbidades importantes com outros transtornos mentais, doença médica e problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. As dificuldades na inserção social e incapacidade laboral estão presentes. Aqui pode se requisitar o incremento do tratamento medicamentoso com outras drogas não antidepressivas, intervenções psicoterapêuticas mais intensivas e reabilitação psicossocial. Nos casos com comorbidade, o cuidado deve ser integrado e colaborativo.
5. Os quadros do nível 4, em pequena proporção, eventualmente, podem requerer manejo e cuidados intensivos em CAPS, CAPS III, CAPS AD, URGÊNCIAS, UPAS, e **muito eventualmente, em ambiente hospitalar**. As razões para isso derivam de comportamento suicida e autoagressão em geral, principalmente, naqueles sem nenhum suporte familiar ou social. Outro motivo são os casos que, além de graves, também apresentam comorbidade clínica e de álcool e outras drogas que demandam recursos de urgência e hospitalares.

Não esquecer-se do papel fundamental dos serviços de urgência hospitalares e pré-hospitalares na detecção e inserção dos casos na rede de tratamento, seja atenção básica ou estações de cuidado especializadas da RAPS, principalmente no caso de usuários frequentes das portas de urgência. O seu papel na identificação de comorbidades clínicas e associadas ao uso de álcool e outras drogas também é muito importante.

Recomendações relativas ao uso de medicação nas urgências relativas aos Transtornos fóbicoansiosos:

1. Nos casos de agitação psicomotora com ou sem heteroagressividade no contexto desses quadros clínicos, pode ser necessário fazer tranquilização medicamentosa de urgência e emergência. Podemos usar benzodiazepínicos de uso parenteral, sendo mais indicado a forma intramuscular, sendo que no Brasil temos o midazolam injetável. Não temos o lorazepam injetável e o diazepam não é recomendado na forma intramuscular, devido a sua absorção errática e imprevisível (BATAGLIA et al., 1997; BIENEK et al., 1998; FOSTER et al., 1997; NOBAY et al., 2004; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2005). Os benzodiazepínicos podem ser usados sozinhos ou em combinação com antipsicóticos. Existem ensaios clínicos consistentes ratificando a utilização de haloperidol com prometazina – o *mix*, injetável intramuscular, conhecido como ‘HF’ (HUF et al., 2009).
2. Quando for possível identificar que a agitação psicomotora decorre de transtornos fóbicoansiosos, a escolha deva recair sobre os benzodiazepínicos sozinhos. Além disso, é importante contar com um ambiente de acolhimento adequado, de maneira a debelar as situações de agitação graves, de modo a poder usar medicação oral e incluir no manejo a preferência do usuário.

3. No tratamento medicamentoso de longo prazo, se for necessário o uso de medicação, o indicado são os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina, entre outros), em razão do perfil de efeitos adversos, interação com outros medicamentos, e risco de intoxicação e morte, no caso de comportamento suicida. Contudo, outros antidepressivos como os tricíclicos (clomipramina, imipramina) têm o seu lugar para transtorno de pânico, caso um inibidor seletivo não alcance resultados com três meses de uso (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2011b). O uso de benzodiazepínicos pode ocorrer de forma pontual durante as crises, tanto no transtorno de ansiedade generalizada como no pânico (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2011b). Discuta com o usuário todas as alternativas antes de usar medicação e as opções de medicação, efetividade, efeitos adversos, tempo de uso, preferência do usuário. Aumente o medicamento paulatinamente, avalie resultados a cada 2-4 semanas, nos três primeiros meses, depois, de 3\3 meses. Encontrando a dose efetiva e o resultado esperado, mantenha o tratamento por um tempo adequado, por exemplo, por seis meses no caso de pânico e um ano, se houver transtorno de ansiedade generalizada. A retirada da medicação deve ser lenta, para que não surjam sintomas de descontinuação de antidepressivos, que podem ser desagradáveis e até graves (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2011b).

Estamos encerrando esse tópico esperando ter estimulado os colegas a considerar a discussão sobre depressão, ansiedade e angústia como um recorte importante do manejo das crises. A sua importância advém da própria prevalência dos mesmos, mas também, do fato de que parte deles cursa de forma crônica, grave e com agudizações importantes. O bom atendimento e manejo desses transtornos pode constituir um anteparo a que se transformem em transtornos mentais graves e persistentes. Agora passaremos a um tópico bastante mobilizador,

que tratará do suicídio e da suicidalidade; evento cuja contundência e impacto o torna uma questão candente do sofrimento humano e umas das principais questões de saúde pública do mundo contemporâneo.

2.5 RISCO DE SUICÍDIO

A visão geral do suicídio tem mudado ao longo da história, podendo ser um evento constituinte da tradição de certas culturas, uma opção aceitável para outras, o pecado na Idade Média e, no século XIX, sinal de doença mental (MINOIS, 1995), sendo que em alguns países, mais recentemente, os debates têm incluído a noção de que em determinadas circunstâncias o suicídio é uma opção legítima, ligado aos direitos dos indivíduos e ao morrer com dignidade.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio para o triênio de 2005 a 2007 foi de 5,1 (8,3 para os homens e 2,1 para as mulheres). É importante saber que um coeficiente nacional esconde significativas variações regionais: na região Sul, tal coeficiente foi de 9,9, na Centro-Oeste de 7,4. Em certas cidades, assim como entre alguns grupos populacionais (por exemplo, jovens de grandes centros urbanos, indígenas no Centro-Oeste e Norte, lavradores no RS) esses coeficientes se aproximam ao de países do Leste Europeu e da Escandinávia. Mesmo em regiões com menores coeficientes de mortalidade por suicídio, Norte (4,3) e Nordeste (4,6), algumas capitais notabilizam-se por índices que destoam da média regional: Boa Vista (9,3), Macapá (8,7) e Fortaleza (7,3) (LOVISI et al., 2009; BOTEGA, RAPELI, CAIS, 2012).

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado, que envolve questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais, psiquiátricas e ambientais. De um modo geral, existe um aumento linear dos suicídios com o aumento da idade, com dois picos importantes, entre os adultos-jovens e entre os idosos.

Contudo, o suicídio representa somente uma parte dentro de um conjunto maior de condições e de ações humanas, denominadas de

comportamento suicida. Sendo que este comportamento pode ser entendido como todo o ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e do conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Dessa forma, o comportamento suicida pode ser concebido ao longo de um continuum: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por planos, tentativas de suicídio e, finalmente, o suicídio (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Estima-se que as tentativas de suicídio superem em dez vezes, pelo menos, o número de suicídios. As informações sobre isso, no país, derivam de um estudo realizado conjuntamente com a Organização Mundial da Saúde em Campinas, com 515 pessoas. Nele, apurou-se que ao longo da vida 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% elaboraram um plano e 2,8% tentaram o suicídio (BOTEGA et al., 2009).

Atender alguém que fala em suicídio ou que fez uma tentativa de suicídio pode gerar bastante angústia e mobilizar diferentes sensações no profissional que presta esse atendimento. Quando se fica intensamente mobilizado diante disso, primeiramente é necessário reconhecer os seus próprios sentimentos e reações. A partir dessa autoavaliação, deve-se definir não somente sua possibilidade e disponibilidade para conduzir o caso, mas também como manter uma postura profissional diante das inúmeras situações face ao comportamento suicida.

Para realizar uma boa avaliação, será necessário estar disponível para isso, ter tempo, agir com honestidade e organizar, na medida do possível, um ambiente privativo. Desconhecimento e preconceitos em relação ao suicídio podem conduzir a equívocos tanto na avaliação clínica como no manejo. Ao mencionar postura profissional, não significa mudar suas crenças, mas sim manter atitude e ao mesmo tempo ter segurança para se portar nessas situações.

Em estudo anterior realizado em hospital universitário, com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, somente 17% entre

os 317 entrevistados consideravam-se aptos para atender alguém com risco de suicídio e somente 36% referiram que reconheceriam alguém com risco de suicídio. Depois de um treinamento sobre comportamento suicida, foi possível perceber uma mudança para atitudes positivas, especialmente quanto a sentimentos e capacidade para lidar com essas situações. Entretanto, as diferenças quanto às crenças de cada um continuaram variadas. Ou seja, é possível mudar as atitudes sem alterar suas próprias crenças individuais (BOTEGA et al., 2005; BOTEGA et al., 2007).

Caso Carmem: tomando um caso prático (BRASIL, 2013) para discussão, Carmen, 35 anos, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS), contando que veio da zona rural, não está encontrando emprego após seis meses, e não vê solução para o seu problema. Pensa em pôr fim em tudo, mas ainda não o fez por causa dos filhos. Fala que nem a bebida a ajuda mais e não quer incomodar o marido com os seus problemas.

2.5.1 Componentes da avaliação

Conforme já explicado, em todos os casos, deverão fazer parte da avaliação os seguintes tópicos, mesmo que em ordem diferente.

- **Contexto**

Particularmente, diante de alguém que pensa em se matar, é importante entender o que está acontecendo na vida daquela pessoa em particular, como: mudanças recentes, brigas, conflitos, perdas (sejam elas reais, imaginadas ou temidas), momentos de maior estresse ou pressões. Na maioria das vezes, um acontecimento recente funciona como desencadeante, em geral envolve desentendimento ou perda de alguém importante. Outra maior vulnerabilidade ao suicídio é uma rede de apoio frágil ou inexistente, pois é importante que a pessoa se sinta amparada e incluída socialmente, que possa contar com a ajuda de pessoas com as quais mantém laços de confiança em momentos difíceis. No caso de dona Carmen, ela contou que

quando moravam na zona rural, apesar de ficar em casa, tinha muitas atividades e que mesmo sem ter um trabalho formal, criava animais, cuidava da horta e mantinha-se ocupada com tarefas que contribuíam para o autossustento da casa. Agora, morando na cidade, vive em um pequeno apartamento, que ela limpa e organiza rapidamente, ficando o resto do dia ociosa ou em busca de trabalho. Percebe o quanto seu marido também sofre com as mudanças, não querendo preocupá-lo ainda mais, pois ele trabalha duro o dia inteiro. Veio pedir ajuda na UBS porque não sabe a quem recorrer, seus parentes moram longe e não tem muitos amigos na cidade.

- **História**

É importante conhecer os principais fatores de risco para suicídio, especialmente aqueles que são modificáveis, para poder atuar sobre eles. Os dois principais fatores de risco são história de tentativa de suicídio e transtorno mental. Entre os transtornos mentais estão: transtornos de humor, decorrentes do uso de substâncias psicoativas (por ex., alcoolismo), transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e antisocial), esquizofrenia, transtornos de ansiedade, sendo que comorbidades potencializam o risco, por ex., alcoolismo mais depressão. Outros fatores de risco são: sexo masculino, faixas etárias entre 15-35 anos e acima dos 75 anos, estratos econômicos extremos; residentes de áreas urbanas, desempregados, aposentados, isolamento social, migrantes, solteiros e separados, perda de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, reações de aniversário (data importante de perda de ente querido), personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil, história de abuso sexual, doenças crônicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas, síndrome da imunodeficiência adquirida, facilidade de acesso a meios para se matar, exposição ao suicídio (imprensa) para pessoas vulneráveis, rápidas mudanças na sociedade (políticas ou econômicas). Ao mesmo tempo, também existem fatores

de proteção, menos estudados que os fatores de risco, e justamente por isso, são em menor número. Entre eles: religiosidade, proximidade com a família, percepção otimista da vida, gravidez e maternidade, ter uma ocupação ou emprego, presença de rede social (interdependência), capacidade de enfrentamento de situações adversas. No caso da Sra. Carmen, ela mesma informou que não tem problemas de saúde, nunca precisou fazer nenhum tratamento, que mesmo suas gestações foram sem intercorrências; os dois filhos nasceram de parto normal. Não tem história familiar de problemas mentais, não fuma, não tem alergias. O que mudou nos últimos dois meses é que ela não se sente cansada o suficiente no final do dia, acredita que suas atividades são leves quando comparadas ao que estava acostumada. Para conseguir superar as preocupações e dormir melhor tem usado bebida alcoólica, de uma a duas latas de cerveja por noite.

- **Avaliação clínica**

O exame físico é especialmente importante em alguém que fez uma tentativa de suicídio. Não se pode descartá-lo mesmo em quem tem ideação suicida, pois existem problemas orgânicos que causam depressão e podem estar associados ao suicídio (por ex., hipotireoidismo, tumor de pâncreas). Mesmo aquelas pessoas com problemas mentais bem estabelecidos necessitam de uma avaliação física, algo frequentemente negligenciado na prática clínica. Na avaliação da Sra. Carmen, seu exame físico era normal. Sem sinais ou sintomas sugestivos de uso recente ou crônico de álcool. Ela foi encaminhada para a coleta de exames de rotina, bem como para a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero com a enfermeira da unidade.

- **Exame do estado mental**

A avaliação do estado mental de alguém com comportamento suicida visa explorar com mais detalhes a ideação suicida e/ou tentativa de suicídio e definir se existem sinais e sintomas sugestivos de um

transtorno mental. No caso de depressão, bastante associada ao risco de suicídio, observa-se se a pessoa tem humor deprimido, perda do prazer nas atividades que antes eram prazerosas (anedonia), dificuldade de concentração, piora de seu próprio autocuidado, menor disposição, o curso do seu pensamento pode estar lentificado e seu conteúdo pode ser pessimista, com sentimentos de culpa ou até delirante congruente com o humor. O aspecto geral, por ex., com olheiras (indicando dificuldade para dormir) ou emagrecimento por perda do apetite. Cada transtorno mental terá suas peculiaridades nessa investigação, assim como é possível uma grande variabilidade considerando-se as singularidades de cada um, sendo impossível esgotar cada uma delas aqui. Todavia, uma boa avaliação, assim como investigação de como a pessoa se sente, é fundamental.



Saiba Mais

Para o aprofundamento em psicopatologia e as grandes síndromes psiquiátricas sugerimos a leitura de DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Você atendeu ou vivenciou uma situação de alguém com comportamento suicida? Tente lembrar como agiu, de que forma obteve informações. Caso nunca tenha passado por isso, imagine como abordaria alguém como a Sra. Carmen, quais perguntas faria, de que forma, em que momento e qual seria sua postura. Procure identificar suas próprias atitudes em relação ao comportamento suicida.

Esse exercício será importante na avaliação do risco e manejo. Mesmo que cada profissional tenha o seu estilo, alguns itens indispensáveis para uma boa avaliação de alguém com risco de suicídio deverão ser explorados e são abordados no próximo tópico.

Apesar de a Sra. Carmen relatar sua história e o que vive atualmente, de forma emocionada, continuava disposta e querendo mais atividades para seu dia a dia. Não parecia ter outras alterações, apesar da preocupação com a falta de emprego e com a família em geral, contou que queria ser útil, estava bem arrumada, com bom aspecto geral. Em relação ao pensamento de “acabar com tudo”, disse que chegou a pensar algumas vezes sobre isso, mas não fez nenhum planejamento, nem chegou a considerar o que usaria para isso. Disse que tem muito amor pelos filhos, mas ao mesmo tempo se sente muito sozinha, especialmente quando o marido está no trabalho e os filhos na escola. Fica animada nos finais de semana, quando a família está toda em casa, pois ocupa-se com os afazeres, mas o resto da semana lhe parece longa e solitária.

Antes de seguirmos com o que poderia ser feito, o caso da Sra. Carmen nos fornece várias informações, que nem sempre são fáceis de serem obtidas, portanto, uma etapa fundamental da avaliação do risco de suicídio é justamente obter esses dados. Sendo assim, antes focalizaremos nessa etapa, que inclui o manejo e, posteriormente, retornaremos ao caso para sua condução e conclusão.

2.5.2 Informações relevantes quanto ao manejo

O mesmo estudo de Botega et al. (2005), mencionado anteriormente, contou com uma parte qualitativa, na qual grupos focais foram realizados para a elaboração de uma escala, e forneceu pistas para entender como os profissionais de saúde reagem quando alguém menciona pensamentos de morte. Segundo os relatos, alguns profissionais tendem a se afastar, não entrando no assunto e fazendo com que o indivíduo se sinta rejeitado. Outros comentam sobre pessoas que enfrentaram situações piores do que a do indivíduo que conta seu sofrimento e fala em se matar. Um terceiro grupo tende a escutar o que a pessoa tem a dizer e exploram esse momento ao longo de uma conversa. É justamente essa conversa que ajuda o profissional

a avaliar o indivíduo, compreender o que está acontecendo e, também, se bem conduzida, funciona como parte do manejo e formação de uma aliança terapêutica.

Ao explorar esses sentimentos e aprofundar a avaliação de alguém com comportamento suicida, é bom ter em mente que existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, começando pela contemplação da ideia, posteriormente planejando, seja de forma imaginária ou um ensaio concreto, até culminar em uma ação destrutiva. Entretanto, como o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis, nem sempre envolve planejamento e pode estar associado a uma grande impulsividade.

O primeiro contato com alguém que fala “estou cansado da vida”, “penso em acabar com tudo”, “não tenho mais razão para viver”, ou outras frases ou gestos que sugerem risco de suicídio, é muito importante. Sendo assim, o primeiro passo é encontrar um lugar adequado para conversar com privacidade e tranquilidade. Pode ser que não seja possível encontrar um local ideal, porém é necessário um esforço e a colaboração dos colegas (atendimento em equipe) para garantir o mínimo de privacidade, inclusive em relação aos próprios familiares ou amigos da pessoa.

Além disso, é preciso reservar certo tempo e não fazer apressadamente, pois explorar sentimentos dolorosos e situações de vida bastante difíceis para a pessoa requer atenção e disponibilidade emocional da parte do profissional. Sendo uma das tarefas principais, ouvir efetivamente, é por si só, o maior passo para reduzir o nível de desespero da pessoa. Essa primeira abordagem calma, cordial, aberta, respeitosa, de aceitação e não julgamento, demonstrando empatia com as emoções e tomando cuidado com o sigilo é fundamental para facilitar a comunicação (CAIS; STEFANELLO, 2009).

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela.

Muitos trabalhadores possuem receio de fazê-lo, por não saberem como agir depois, acreditando que terão que “carregar” os problemas da pessoa ou que podem “dar a ideia do suicídio”. Na prática, o que acontece é que as pessoas ficam agradecidas e até aliviadas em poder falar abertamente sobre assuntos e questões que geram sofrimento e, não raro, são tratadas como tabu. Ouvir e tentar ajudar alguém nessa situação a encontrar alternativas, outras possibilidades e recuperar a esperança, não significa assumir os problemas do outro. O atendimento envolve justamente uma colaboração bilateral, sendo raros os casos em que o profissional precisará intervir contra a vontade do indivíduo. O profissional que não se sentir momentaneamente capaz para lidar com uma situação de risco de suicídio poderá pedir ajuda para outras pessoas da equipe de saúde.

Uma boa estratégia para avaliar a ideação suicida é chegar ao tópico gradualmente, tentar estabelecer um vínculo de confiança, respeitar a condição emocional, situação e história de vida que levou a pessoa a pensar sobre suicídio. Mantendo atitude de acolhimento, mesmo em um momento onde o indivíduo pode ficar mais hostil e sentir-se enfraquecido. É inegável que o comportamento suicida, usualmente, gera um grau de angústia no trabalhador e isso pode fazer com que se tente conduzir a pessoa para algo que o trabalhador acredita (seja ideologia ou crença).

Portanto, é importante, diante dessa situação, identificar e separar suas crenças, sentimentos e desejos sem negar a existência deles, o que faz parte do treinamento em saúde, e é frequentemente difícil. Sendo assim, evitar julgamentos morais (certo e errado), não tentar doutrinar, não banalizar os problemas da pessoa ou, simplesmente,

afirmar que tudo vai ficar bem sem de fato conseguir explorar ou vislumbrar possibilidades para diminuir a angústia. O primeiro passo para a prevenção do suicídio é avaliar o risco e falar sobre ele. Se influenciado por atitudes negativas e falta de conhecimento sobre o tema, o profissional terá dificuldade em estabelecer um contato empático com a pessoa a ser avaliada, não conseguindo ter uma boa noção do risco de suicídio. No lugar de compreensão e empatia, surgirá uma dissonância afetiva entre a dupla, o que dificultará a tarefa clínica (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012).

É preciso lembrar que pessoas em risco de suicídio costumam apresentar algumas características. São elas:

- **Ambivalência** – manter ao mesmo tempo o desejo de morrer e o desejo de viver, como em uma luta interna. Auxiliar a pessoa através do apoio emocional é o primeiro passo para interferir nessa balança, tentando aumentar seu desejo de viver.
- **Impulsividade** – como o suicídio pode vir de um ato impulsivo, este impulso pode ser transitório, frequentemente desencadeado por eventos negativos do dia a dia. O profissional pode atuar contribuindo para lidar com essa crise, diminuindo o risco.
- **Rigidez/construção** – o estado cognitivo de quem pensa em suicídio pode ser de construção, funcionando de forma dicotômica: tudo ou nada. Constantemente pensam sobre o suicídio como única solução, sem conseguir vislumbrar outras maneiras para a resolução dos problemas. Portanto, à medida que um vínculo se estabelece, é possível explorar junto com a pessoa uma ampliação dessa visão, aumentando o repertório de escolhas e possibilidades para se lidar com os problemas, colocando-os em perspectiva.
- **Psychache** (dor psíquica) – segundo Shneidman (1993), grande estudioso na área de suicidologia, o estado psíquico geralmente encontrado em alguém prestes a cometer o suicídio é de uma dor emocional intolerável, vivenciada como uma turbulência

emocional interminável, um desespero irremediável e uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem possibilidade de encontrar saída. Essa situação piora quando a pessoa tem propensão à impulsividade e pouca flexibilidade para enfrentar adversidades.

Para começar a lidar com alguém nesse estado, no atendimento da crise é necessário focalizar no conteúdo expressado pela pessoa, mesmo que sejam percebidos conteúdos latentes, sentimentos indiscriminados e conflituosos, falsas crenças, visão mais restrita, tudo isso poderá ser abordado mais tarde, com calma, à medida que a capacidade de reflexão da pessoa aumenta.

A entrevista inicial visa obter uma quantidade considerável de informações: caracterização do comportamento suicida (intensidade dos pensamentos, método, circunstâncias, intencionalidade), fatores de risco e proteção, acontecimentos marcantes, aspectos psicodinâmicos (conflitos, motivações, fantasias a respeito da morte), antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre saúde física, rede de apoio social, ideia sobre a personalidade da pessoa, principais mecanismos de defesa e como costuma reagir em momentos de crise. Ao final se pretende chegar a uma avaliação global da situação do indivíduo e a uma estimativa do risco de suicídio (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012).

Conforme já explicado, para tentar mensurar o risco de suicídio é preciso perguntar sobre os momentos em que a pessoa pensa sobre isso, se são ideias passageiras, em algum momento difícil, ou se são cada vez mais frequentes e persistentes. Descobrir se ela tem um plano definido para acabar com sua vida, se tem ideia de como vai fazê-lo e se possui os meios para se matar ou se esses estão facilmente disponíveis, por exemplo: trabalha armada ou comprou veneno. Por fim, descobrir se fixou uma data. A avaliação do risco de suicídio requer uma série de informações resumidas no parágrafo anterior, mais os dados desse parágrafo, ponderadas junto com a experiência e intuição do entrevistador.

Não existe uma fórmula simples, nem escalas que possam estimar com precisão o risco de suicídio. Algumas pessoas escondem deliberadamente a intenção de se matar. Uma condição dramática de vida ou estado mental do indivíduo podem sugerir o contrário do que ele afirma. É possível que nessas situações a pessoa esteja negando suas reais intenções para que seja rapidamente liberada. Deve-se desconfiar de melhoras bruscas quando situações de crise permanecem (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012).

Mais uma vez, voltando ao caso da Sra. Carmen, reunindo as informações disponíveis, seria possível ter uma noção do seu risco de suicídio? Sim, sem desconsiderar tudo o que foi explicado, é possível tentar organizar uma forma de agir a partir da intencionalidade, o que não exclui outros arranjos ou orientações conforme a compreensão do caso. Portanto, alguém que tem pensamentos suicidas, mas não tem nenhum plano, pode receber apoio emocional, sendo que os sentimentos suicidas podem ser trabalhados e explorados. Deve-se estimular que a pessoa fale de seus sentimentos, sejam eles perdas, desvalorização, tristeza, desesperança, para que eles fiquem menos confusos.

Fazer perguntas abertas e estimular uma posição mais reflexiva, evitando dar respostas prontas, construir alternativas junto com a pessoa. Esse processo de reflexão é fundamental, pois somente o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.

Focalizar nos aspectos positivos, estimular que fale como resolveu problemas anteriores sem recorrer ao suicídio, ao mesmo tempo, permite uma recuperação da confiança em si mesmo.

Portanto, a Sra. Carmen pode ser estimulada a falar dos problemas e dificuldades aparentemente situacionais, que não caracterizam um transtorno mental, mas que a fazem sofrer. Ao longo dessas reflexões podem sair soluções construídas conjuntamente. Não existe uma única possibilidade. Um exemplo seria se a Sra. Carmen percebesse que ela mesma pode participar de espaços coletivos dos quais não tem conhecimento por estar em uma cidade que pouco conhece e tem uma realidade bastante diferente da área rural. Nesse ponto, um profissional da atenção primária pode contribuir muito fornecendo-lhe informações dos próprios recursos da comunidade dos quais ela pode lançar mão.

Por exemplo, dar informações detalhadas sobre a possibilidade de inserção em um curso profissionalizante, atividades de grupo da própria UBS ou em centros de convivência contribuem não somente para maior capacitação da Sra. Carmen, aumentando suas chances de encontrar emprego, mas servem também para aumentar sua rede social e o desenvolvimento de laços de amizade com outras pessoas que vivem próximo. Há possibilidade de participação em atividades locais de geração de renda, quando disponíveis, ou desenvolvimento de atividades prazerosas como cultivo de horta, bastante frequente em alguns locais da rede de saúde.

Podem ser orientadas medidas para a higiene do sono, sobre como dormir melhor sem ter que lançar mão de bebida alcoólica e, provavelmente, depois de uma conversa desse tipo, a pessoa percebe a diferença ao conseguir ver possibilidades de solução para seus problemas. Encontrar a Sra. Carmen em intervalos regulares, por exemplo, mesmo que seja na hora de colher os exames para o cuidado com sua saúde, permitem uma nova conversa e reavaliação de como está sua vida e como tudo tem se encaminhado. Se novos encontros não acontecerem conforme combinado, faça contato. Na maioria das vezes, casos assim podem ser manejados sem maiores problemas na atenção primária.

Todavia, o caso da Sra. Carmen poderia ser diferente, caso em sua avaliação a aparência estivesse descuidada e comprometida, com dificuldade para se alimentar e dormir, usando a bebida com mais frequência, quase como um medicamento sedativo, ficando embriagada para conseguir dormir. Além disso, ela poderia estar pessimista, com pensamentos frequentes de morte, plano de comprar veneno e diminuição do prazer nas atividades diárias, desesperançosa quanto ao futuro e bastante triste. Diante dessa nova descrição, o que mudou? Quais medidas seriam necessárias? E qual seria sua avaliação quanto ao risco de suicídio?

Nessa nova configuração, associado a outros fatores de risco já identificados, como desemprego, mudança recente, ausência de rede social e adulto-jovem, tem-se ainda o consumo de álcool frequente, que parece estar sendo usado numa tentativa de diminuir o sofrimento, podendo evoluir para uma possível dependência. Segundo Murphy (1998), mulheres dependentes de álcool parecem perder alguns fatores protetores que geralmente acompanham o sexo feminino. Esses fatores protetores seriam: maior inter-relação com outras mulheres, com maior liberdade para falar de seus sentimentos, pedir e aceitar ajuda; maior liberdade para mudar de ideia, repensando sobre as consequências de seus atos para os outros e para elas mesmas, sem necessariamente perder

a autoestima. O consumo de bebida alcoólica pode funcionar como um fator de risco para o suicídio em longo prazo; fazer parte da tentativa de suicídio aumentando a desinibição e atuando como um facilitador do suicídio; como parte do método, aumentando o risco de desfecho fatal; ou então como o próprio método do suicídio (KERKHOF, 2000).

Ainda, nesta nova situação da Sra. Carmen, estão presentes vários sintomas depressivos. Pode-se afirmar que ela apresenta um risco maior para o suicídio nesta situação do que na anterior. Além do apoio emocional, de uma avaliação cuidadosa, ao mesmo tempo explorando os sentimentos suicidas, focalizando em seus aspectos positivos, será necessário abordar os sentimentos de ambivalência, explorando alternativas ao suicídio, envolvendo a pessoa neste processo mais reflexivo, tentando sair da posição de tudo ou nada. É importante negociar, fazer um contrato, para que a própria equipe de saúde consiga oferecer o suporte necessário, como por exemplo, realizar avaliação médica ou de equipe de saúde mental que apoia a atenção primária para iniciar o tratamento da depressão. Nesse momento, o vínculo estabelecido é extremamente importante, estabelecer um pacto em que ambas as partes combinam responsabilidades a serem cumpridos, mantendo reavaliações e possibilidades de reajustes diante do que for surgindo.

Precisa ficar claro que o sigilo e a intimidade da pessoa serão preservados ao máximo possível e que, diante de um risco de suicídio iminente, o profissional irá agir para preservar a vida do indivíduo, mesmo que involuntariamente. Não é fácil ou simples definir isso; em geral se faz um grande esforço para que não seja necessário. A maioria dos indivíduos aceita que num momento como esse sejam chamadas pessoas de sua confiança para ajudar, funcionando como uma rede de suporte tanto para o indivíduo como intermediando o contato com os profissionais da saúde. Muitas vezes não será a família, mas um amigo ou vizinho quem acompanhará alguém com risco de suicídio nos atendimentos.

Neste combinado precisa ficar claro que existirá um esforço bilateral, tanto para fornecer o melhor tratamento disponível, como da parte de quem está precisando de ajuda para aceitá-la, pedindo socorro caso os pensamentos de suicídio se tornem insuportáveis, ou percebendo piora da situação, ou dificuldade em controlar-se, sentindo-se desesperado. Grande parte das pessoas diante dessas situações, quando conseguem refletir e são orientadas pelos profissionais de saúde que se colocam à disposição para ajudá-las, sentem-se mais aliviadas e com certa dose de esperança. Por exemplo, alguém que não consegue perceber que está deprimido justamente por estar imerso nos sentimentos, que surgem gradualmente, pode se sentir mais esperançoso diante de alguém que percebe isso, explica o que está acontecendo após avaliação cuidadosa e ao mesmo tempo oferece possibilidades para que isso melhore. Mesmo que demore certo tempo para que a melhora seja realmente sentida, isso pode significar uma possibilidade de mudança que não existia para aquele indivíduo anteriormente.

Ainda nesse novo quadro da Sra. Carmen, é possível realizar contato com a família, como por exemplo, seu marido. Porém, é necessário pedir autorização a ela, não somente para fazer esse contato com o marido, mas também para combinar o que pode ser dito e o que continuará sendo sigilo, seu direito. Quanto mais se puder falar, esclarecer o que está acontecendo e orientar as pessoas mais próximas, melhor. Tome cuidado para avaliar se a pessoa acionada possui essa disponibilidade e consegue manter o próprio equilíbrio emocional, porque alguém que fica muito desesperado pode atrapalhar mais do que ajudar.

Chamar alguém que possui relacionamento conflituoso com quem está em risco de suicídio ou fez uma tentativa de suicídio também piora a situação, por isso a melhor pessoa para definir quem deverá ser chamado costuma ser o próprio indivíduo em risco.

São justamente essas pessoas de confiança do paciente em risco que fornecerão algumas sugestões de com quem contar e como aumentar a rede de apoio, além de fornecerem outras informações que auxiliam na avaliação e manejo. Afinal, para cada caso, os recursos (internos do indivíduo e externos) serão variados. Oriente medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pela(s) pessoa(s) escolhida(s), como: impedir o acesso aos meios para cometer suicídio. Por exemplo: esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local onde a pessoa não tem acesso, de preferência trancados, e com alguém responsável em administrá-los. Permitir que alguém permaneça mais próximo, fazendo-lhe companhia e auxiliando nas atividades diárias. Tudo isso também deve ser esclarecido ao paciente, solicitando sua autorização. Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

Negocie com sinceridade, explique e peça o aval da pessoa em risco para todas as medidas a serem tomadas, coloque o que será feito de sua parte também, por exemplo: data e horário da reavaliação ou avaliação médica ou com equipe de saúde mental, dependendo do que julgar necessário. Estabeleça um plano conjunto do que poderá ser feito a cada etapa do processo de melhora, retome esse planejamento para que novas pactuações e escolhas sejam feitas, bem como um balanço do que já foi atingido.

Nesse momento, por mais que a Sra. Carmen continue sem emprego, sem atividade remunerada, e com pouca rede de apoio, é mais urgente iniciar um tratamento para a depressão e incluir os cuidados com sua saúde, mas sem perder de vista a ampliação da sua rede de apoio social que deverá ser construída e estimulada. Muitos familiares se mobilizam fornecendo um suporte maior num momento como esse, dando apoio concreto e presencial, mesmo que tenham que mudar suas próprias vidas temporariamente. Quando isso acontecer, é possível envolver essas pessoas como colaboradores para a expansão de uma rede de apoio.

Se a situação da Sra. Carmen não melhorasse com as medidas tomadas, e em uma reavaliação ela demonstrasse estar mais desesperada, com um plano definido de suicídio e com meios para fazê-lo, e você percebeu que ela tomou algumas providências como se estivesse se despedindo, como por exemplo, quitou contas e pediu que alguém tomasse conta de seus filhos em sua ausência, nesse caso, é preciso ficar junto da pessoa, sem deixá-la sozinha. Conversar gentilmente, explicar que está ali para ajudá-la e que no momento percebe que ela está com muita dificuldade para comandar sua própria vida, remover comprimidos, faca, arma, veneno, se ela tiver algum com ela. Continuar tentando negociar, mesmo que seja para conseguir mais tempo para que ela receba atenção especializada. Reafirmar seu apoio e chamar alguém de confiança. Considerando essa nova mudança no caso da Sra. Carmen, de quais recursos da rede de saúde você lançaria mão?

2.5.3 Recomendações para a Rede de Atenção Psicossocial

Casos com essa complexidade e gravidade, como o descrito no parágrafo acima, não serão manejados em uma Unidade Básica de Saúde, se for possível, solicitar ajuda de um CAPS com hospitalidade diurna e noturna. Se esta não for uma possibilidade, ou se a pessoa já fez algo contra si mesma, por exemplo, tomou vários comprimidos, será necessário encaminhá-la para uma UPA. O ideal é que esse encaminhamento seja feito diretamente para quem vai recebê-la, deixando claro o motivo do encaminhamento e o resultado de sua avaliação. O contato telefônico com quem receberá a pessoa permite um encaminhamento com mais detalhes, demonstra sua preocupação e permite fornecer informações para quem será encaminhado, como o nome de quem irá recebê-la.

Independente se essa pessoa irá para uma UPA, CAPS ou até o pronto-socorro de um hospital geral, é importante explicar e esclarecer os cuidados necessários. Mesmo em um ambiente protegido, o indivíduo

com risco alto para suicídio, como neste caso, deverá ficar sob maior observação. Se todas as tentativas de negociação para que a pessoa permaneça voluntariamente no serviço se esgotarem e ainda assim permanece o risco de suicídio iminente, uma internação involuntária será necessária. Isso não determina tempo de internação, mas pode ser um tempo importante para melhor observação e compreensão do caso, acionamento de familiares e mapeamento de rede de apoio. No caso de uma internação involuntária, os familiares e a autoridade judicial competente devem ser comunicados, sendo fundamental deixar claro para a equipe que prestará seguimento que existe risco alto de suicídio.

Uma equipe bem treinada precisa manter a vigilância, especialmente nos momentos de troca de plantão, realizar as mesmas precauções quanto a materiais que possam ser usados como armas. Por exemplo, remover cintos e objetos perfurocortantes, manter alguém mais próximo da pessoa e autorizar um acompanhante sempre presente podem ser uma alternativa. Mesmo com todo o cuidado dispensado, algumas pessoas se suicidam e isso causa um impacto grande em todos ao redor (pacientes, familiares e a própria equipe assistencial), gerando sentimentos de culpa, raiva, frustração, ansiedade. Reuniões com esses grupos são importantes para que o ocorrido seja discutido e elaborado (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012).

Sabe-se que pessoas com diagnósticos como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno afetivo bipolar e depressão possuem maior risco para suicídio, sendo que muitas equipes de saúde, especialmente dos CAPSs, são responsáveis pelo cuidado de muitos indivíduos com tais problemas. Essas equipes lidam constantemente com pessoas em situação de crise, justamente quando o risco de suicídio é maior. Porém, por estarem em contato próximo e duradouro com os usuários, familiares e a comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” e a criação de estratégias de reforço dessa rede (CAIS; STEFANELLO, 2009).

RESUMO DA UNIDADE

Nessa unidade você conheceu a aplicação das principais diretrizes e estratégias para o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental incluindo aquelas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. As situações mais frequentes de crise e urgência como agitação psicomotora, comportamento desorganizado e risco de agressividade, quadros confusionais, psico-orgânicos e complicações clínicas, crises e urgências relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, depressão, crise de ansiedade, angústia e risco de suicídio foram apresentadas e refletidas em forma de casos clínicos para que a materialidade do cuidado possa ampliar seus estudos sobre a prática profissional. Destacamos que essas diretrizes e recomendações possam ser pensadas, refletidas e praticadas em rede.

LEITURAS COMPLEMENTARES

Organizamos a indicação de leituras complementares por tema:

- **Agitação psicomotora, comportamento desorganizado e risco agressividade:**

RICHMOND, J. S. et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup. **The Western Journal of Emergency Medicine**, Orange, v. 13, n. 1, p. 17-25, fev. 2012.

JACINTHO, A. C. A.; STELLA, F.; LAURITO JR., J. B. Agitação psicomotora. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 219-235.

- **Quadros confusionais, psico-organicos e complicações clínicas**

SILVA, L. F. A. L.; SANTOS JR., A. Delirium (estado confusional agudo). In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 263-279.

- **Crises e urgências relacionadas ao uso de substâncias psicoativas**

Em primeiro lugar estamos indicando as diretrizes do NICE (National Institute for Clinical Excellence), uma entidade criada no Reino Unido, para produzir diretrizes clínicas de qualidade para o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. As diretrizes do NICE são padrão AGREE (AGREE II, 2009), ou seja, preenchem os critérios rigorosos dessa entidade que formulou critérios rigorosos para produção de diretrizes clínicas, não apenas quanto ao quesito rigor da análise das evidências, mas também, itens esquecidos, como a participação dos usuários (profissionais, gestores, pacientes e cuidadores) na produção e formatação amigável e compreensível para os mesmos. As diretrizes da *British Association Of Psychopharmacology* (LINGFORD-

HUGHES, A.R. et al., 2012), para o manejo de álcool e outras drogas, que é considerada padrão ouro, e está atualizadíssima. Vale a pena acessar o material produzido pela OMS, dentro do Projeto *Mental Health GAP*, uma guia de cuidados clínicos, muito bem elaborada. Além dessas diretrizes, estamos indicando as ferramentas clínicas de saúde baseadas em evidências disponibilizadas pelo Ministério da Saúde desde o ano passado para todas as profissões da saúde. Abaixo, vocês terão o link e um pequeno tutorial sobre como acessar.

LINGFORD-HUGHES, A. R. et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use addiction and comorbidity: recommendations from BAP (BRITISH ASSOCIATION OF PSYCHOPHARMACOLOGY). **J Psychopharmacol**, 23 may, 2012. Disponível em: <<http://jop.sagepub.com/content/early/2012/05/15/0269881112444324>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH & CLINICAL EXCELLENCE. Drug misuse psychosocial interventions. **NICE Clinical Guideline**, London, n. 51, 2007. Disponível em: <guidance.nice.org.uk/cg51>. Acesso em: 12 fev. 2014

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH & CLINICAL EXCELLENCE. Alcohol-use disorders physical complications. **NICE Clinical Guideline**, London, n. 100, 2010. Disponível em: <guidance.nice.org.uk/cg100>. Acesso em: 12 fev. 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH & CLINICAL EXCELLENCE. Alcohol dependence and harmful alcohol use. **NICE Clinical Guideline**, London, n. 115, 2011. Disponível em: <guidance.nice.org.uk/cg115>. Acesso em: 12 fev. 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH & CLINICAL EXCELLENCE. Psychosis with coexisting substance misuse. **NICE clinical guideline**, London, n. 120, 2011. Disponível em: <guidance.nice.org.uk/cg120>. Acesso em: 12 fev. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.** Ginebra: OMS, 2008. (Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental).

Link: SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS. Portal de Informações em Saúde – parceria do Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia. Para acessar, escrever periodicos.saude.gov.br (sem www) na barra de endereços do seu navegador da Internet, que você já cairá na página e lá tem um tutorial – ensinando a cadastrar-se.

- **Depressão, crise de ansiedade e angústia**

Quanto à literatura complementar sobre depressão e ansiedade na urgência e emergência, nós temos uma carência muito grande, contudo, é possível indicar três fontes: os capítulos 72 e 74 do livro *Emergências clínicas baseadas em evidências* e o capítulo 10 do livro *Emergências psiquiátricas*, conforme abaixo:

AMIGO V. L.; GUERTZENSTEIN, E. Z. Depressão e Tentativa de Suicídio. In: MARTINS, H. S.; NETO, A. S.; VELASCO, I. T. **Emergências Clínicas baseadas em evidências.** São Paulo: Atheneu, 2006. p. 859-870.

GUERTZENSTEIN, E. Z. Transtornos de Ansiedade. In: MARTINS, H. S.; NETO, A. S.; VELASCO, I. T. **Emergências Clínicas baseadas em evidências.** São Paulo: Atheneu, 2006. p. 817-842.

MANFRO, G. G.; BLAYA, C.; SALUM JÚNIOR, G. A. Ansiedade aguda: ataques de pânico. In: QUEVEDO, J.; SCHIMITT, R.; KAPCZINSKI, F. **Emergências psiquiátricas.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p.197-217.

- **Risco de suicídio**

BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B.; CAIS, C. F. S. Comportamento suicida. In: BOTEGA, N. J. (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Artmed: Ed. Porto Alegre, 2012. p. 335-355.

CAIS, C. F. S.; STEFANELLO, S. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTH POLICY AND RESEARCH. Depression in primary care. **Clinical Practice Guideline**, Melbourne, n. 14, 1994.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **Br. J. Psychiatry**, London, n. 171, p. 524-529, 1997.

ANGELL, M. **Epidemic of mental illness: Why?** New York: The New York Review of Books, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2010.

ARROLL, B. et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, 2013. (Issue 6).

BATTAGLIA, J. et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. **Am. J. Emerg. Med.**, Philadelphia, v. 15, n. 4, p.335-340, 1997.

BECH, P. Clinical features of mood disorders and mania. In: GELDER, M. et al. (Ed.). **New Oxford textbook of psychiatry**. Oxford: Oxford University Press, 2011. p.632-636.

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

BIENEK, S. A. et al. A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. **Pharmacotherapy**, Lenexa, v. 18, p. 57-62, 1998.

BOLAND, R. J.; KELLER, M. B. The course of depression. In: DAVIS, K. L. et al. (Ed.) **Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 1009-1015

BOSTWICK, J. M.; PANKRATZ, V. S. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 157, p. 1925-1930, 2000.

BOTEGA, N. J. et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 315-318, dez. 2005.

BOTEGA, N. J. et al. Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. **Suicide & life-threatening behavior**, Washington, v. 37, n. 2, p. 145-153, abr. 2007.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009.

BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B.; CAIS, C. F. S. Comportamento suicida. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 335-355.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 27 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção integral às situações de crise e urgência em saúde mental**. Brasília, DF: CNSM/MS, 2013a. (prelo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atenção às situações de crise e urgência em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Versão preliminar.

CAINE, D. et al. Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**. London, n. 62, p. 51-60, 1997.

CAIS, C. F. S.; STEFANELLO, S. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

CARLINI, E. A. et. al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2006.

CURRAN, G. M. et al. Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. **Annals of Emergency Medicine**. Irving, v. 41, n. 5, p. 659-667, 2003.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE BONI, R. et al. Emergências associadas ao álcool e abuso de drogas. In: QUEVEDO, J.; SCHIMITT, R.; KAPCZINSKI, F. **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 143-168.

DEL RIOS, M.; LANIGAN, M.; ZAYAS, V. Drugs of abuse: providing the best in evidence-based care to “self-medicated” patients. **Emergency Medicine Practice**, New York, v. 7, n. 5, p. 1-31, May 2005. Disponível em: <www.ebmedicina.net/topics.php?paction=dLoadTopic&topic_id=55>. Acesso em: 22 jul. 2013.

DEMYTTENAERE K. et al. WHO world mental health survey consortium. prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 21, p. 2581-2590, 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Mental health policy implementation guide**. Dual Diagnosis Good Practice Guide. London: Department of Health Publications, 2002.

EZZATI, M. et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. **The Lancet**, London, v. 360, n. 9343, p. 1347-1360, 2002.

FOSTER, S. et al. Efficacy of lorazepam and haloperidol for rapid tranquilization in a psychiatric emergency room setting. **Int. Clin. Psychopharmacol.**, London, v. 12, n. 3, p. 175-179, 1997.

GAULT, T. I. et al. Are oral medications effective in the management of acute agitation? **The Journal of Emergency Medicine**, San Diego, v. 43, n. 5, p. 854-859, nov. 2012.

GOLDBERG, D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiol. Rev.**, Oxford, v. 17, n. 1, p. 182-190, 1995.

HANS, L. A. **Angústia, ansiedade, medo**: angst. Dicionário comentado do alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. p. 62-79.

HAZLETT, S. B. et al. Epidemiology of adult psychiatric visits to U.S. emergency departments. **Acad. Emerg. Med.**, Des Plaines, n. 11, p. 193-195, 2004.

HUF, G. et al. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009.

JACINTHO, A. C. A.; STELLA, F.; LAURITO JR., J. B. Agitação psicomotora. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: Interconsulta e emergência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 219-235.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. v. 2. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985. p. 740-741.

KERKHOF, J. F. M. Attempted suicide: patterns and trends. In: HAWTON, K; HEERINGEN, K. V. **Suicide and attempted suicide**. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.

KESSLER, R. C. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 23, p. 3095-3105, 2003.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 62, n. 6, p. 617-627, 2005.

KESSLER, R. C. et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 4, p. 415-424, apr. 2006.

KESSLER, R. C. et al. Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO world mental health survey initiative. **Depress Anxiety**, Malden, v. 27, n. 4, p. 351-364, 2010.

KHON, R.; MELLO, M. F.; MELLO, A. B. F. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: KHON, R.; MELLO, M. F.; MELLO, A. B. F. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 199-207.

KIRSCH, I. et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. **PLOS Med.**, Cambridge, v. 5, n. 2, 2008.

LAMBOTTE, M. C. Angústia. In: KAUFMANN, P. (Ed.). **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. p. 36-44.

LAWLOR, P. G.; FAINSINGER, R. L.; BRUERA, E. D. Delirium at the end of life: critical issues in clinical practice and research. **JAMA**, Chicago, v. 284, n. 19, p. 2427-2429, nov. 2000.

LEUCHT, C.; HUHN, M.; LEUCHT, S. Amitriptyline versus placebo for major depressive disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, New Jersey, n. 6, 2009.

LONERGAN, E. et al. Antipsychotics for delirium. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, New Jersey, n. 2, 2007.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquitr.**, São Paulo, v. 31, Sup. II, p.86-93 , 2009.

LYNCH, P.; GALBRAITH, K. M. Panic in emergency room. **Can. J. Psychiatry**, Ottawa, v. 48, n. 6, p. 361-366, 2003.

MARCANTONIO, E. R. Clinical management and prevention of delirium. **Psychiatry**, London, v. 7, n. 1, p. 42-48 , 2007.

MCCORD, J. et al. Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infarction. **Circulation**, Dallas, n. 117, p. 1897-1907, 2008.

MCDONELL, M. G et al. Validation of the co-occurring disorder quadrant model. **J. Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 44, n.3, p. 266-273, 2012.

MINOIS, G. **História do suicídio.** Lisboa: Teorema, 1995.

MURPHY, G. E. Why women are less likely than men to commit suicide. **Comprehensive Psychiatry**, Mercer Island, v. 39, n. 4, p. 165-175, 1998.

MURRAY, C. J. L. ; LOPEZ, A. D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020 global burden of disease study. **The Lancet**, London, n. 349.9064, p. 1498-504, 1997.

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE ALCOHOL AND DRUG ABUSE DIRECTORS; NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS, 2004, Washington, DC, Alexandria, VA. The evolving conceptual framework for co-occurring mental health and substance abuse disorders: developing strategies for systems change. National Dialogue of the joint task force on co-occurring mental health and substance use disorders, 4. **Final report...** April, 2005.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NHS - United Kingdom). Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient and emergency departments. **NICE Clinical Guideline**, London, n.25, 2005.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Depression in adults. **NICE Clinical Guideline**, London, n. 90, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Common mental health disorders: Identification and pathways to care. **NICE Clinical guideline**, London, n.123, 2011a. Disponível em: <guidance.nice.org.uk/cg123>. Acesso em: 12 fev. 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. **NICE Clinical guideline**, London, n. 113, 2011b. Disponível em: <guidance.nice.org.uk/cg113>. Acesso em: 12 fev. 2014.

NOBAY, F. et al. A Prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. **Acad. Emerg. Med.**, Malden, v. 11, n. 7, p. 744-749, 2004.

NUTT, D. J. et al. Drug harms in the uk: a multicriteria decision analysis. The independent scientific committee on drug. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565, nov. 2010.

OHAYON, M. M.; SCHATZBERG, A. F. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 159, n. 11, p. 1855-1861, 2002.

OLMOS, R. D.; MARTINS, H. S. Síndrome de abstinência. In: MARTINS, H. S.; NETO, A. S.; VELASCO, I. T. **Emergências clínicas baseadas em evidências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições Clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Critérios diagnósticos para pesquisa. OMS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PARKER, G. Diagnosis, classification, and differential diagnosis off the mood disorders. In: GELDER, M. et al. (Ed.). **New Oxford Textbook of Psychiatry**. Oxford: Oxford University Press, 2011. p. 637-644.

REGIER, D. A. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area study. **JAMA**, Chicago, v. 264, n. 19, p. 2511-2518, 1990.

REZENDE, E. P. et al. Substâncias psicoativas: emergências psiquiátricas. In: BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 385-410.

RICHMOND, J. S. et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project BETA de-escalation workgroup. **The Western Journal of Emergency Medicine**, Milwaukee, v. 13, n. 1, p. 17-25, fev. 2012.

RUSH, A. J. et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 163, p. 1905-1917, 2006.

RUSTIN, T. Substance abuse. In: GLICK, R. L. et al. **Emergency Psychiatry: principles and practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 233-254.

SALEHINIA, S.; RAO, V. Central nervous system disorders. In: FERRANDO, S. J; LEVENSON, J. L.; OWEN, J. A. **Clinical manual of psychopharmacology in the medically ill**. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2010.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. Office of applied studies. **Drug abuse warning network, 2003: interim national estimates of drug-related emergency department visits**. Rockville, MD, 2004. Disponível em: <<http://www.samhsa.gov/data/DAWN.aspx>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

SCHATZBERG, A. F.; COLE, J. O.; DEBATTISTA, C. **Manual of clinical psychopharmacology**. Washington, DC: American Psychiatric Publication, 2010.

SECHI, G.; SERRA, A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. **Lancet Neurol.**, London, n. 6, p. 442-455, 2007.

SHNEIDMAN, E. S. **Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior**. Northvale: Jason Aronson, 1993.

SILVA, L. F. A. L.; SANTOS JR., A. Delirium (estado confusional agudo). In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 263-279.

SILVEIRA, D. X. Diagnóstico e conduta nos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: MARI, J. J. et. al. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: psiquiatria**. São Paulo: Editora Manole, 2002.

TAYLOR, D.; PATON, C.; KAPUR, S. **The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry**. 11. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. p.185-188.

TRIVEDI, M. H. et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 163, p. 28-40, 2006.

TURNER, E. H. et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. **N. Engl. J. Med.**, Waltham, v. 17, n. 358, sup.3, p.252-260, 2008.

WAHLUND, L.; BJÖRLIN, G. A. Delirium in clinical practice: experiences from a specialized delirium ward. **Dementia and geriatric cognitive disorders**, Freiburg, v. 10, n. 5, p.389-392, 1999.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva, 2008.

ENCERRAMENTO DO MÓDULO

Nesse módulo procuramos apresentar alguns desafios e dificuldades envolvidos na abordagem e acompanhamento das crises e aportar ferramentas e recursos para que você pudesse abordar da melhor maneira possível tais situações, segundo os princípios que norteiam o movimento antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira. Apresentamos os casos mais frequentes de crise e urgência em saúde mental e possíveis formas de abordagens. Salientamos que, por mais que as formas de cuidado e manejo busquem um consenso baseado em diretrizes gerais de atendimento, cada pessoa que manifesta a crise é singular e complexa. Assim, as abordagens estão contextualizadas em um cuidado dialético: geral e personalizado.

AUTORES

Ana Marta Lobosque

Fez Curso de Medicina pela UFMG, Residência em Psiquiatria na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e Doutorado em Filosofia pela UFMG. Tem ampla experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental. Foi preceptora da Residência de Psiquiatria da Fhemig. Foi professora assistente de Psicopatologia no Departamento de Psicologia da PUC-MG e professora substituta do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da UFMG. Foi psiquiatra do Centro de Referência em Saúde Mental - Leste da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do Centro de Saúde de São Paulo da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Ministrou aulas em diversos cursos de especialização em Saúde Mental e atuou como supervisora clínico-institucional, em diversos municípios de Minas e do país. Coordenou o Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, incluindo a Coordenação das Residências Integradas em Saúde Mental da instituição. Autora de diversos livros e artigos na área da Saúde Mental. Atualmente, atua no Centro de Referência em Saúde Mental da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde, como psiquiatra e preceptora das Residências Integradas em Saúde Mental desta instituição.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7313598096631432>

Políbio José de Campos

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1985). Possui especialização na modalidade Residência Médica em Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social, realizadas no Programa de Residência do Hospital das Clínicas da UFMG. É psiquiatra do

CERSAM noroeste e do SUP (Serviço de Urgência Psiquiátrica) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Coordenou a Política de Saúde Mental da Prefeitura do Município de Belo Horizonte, de 2003 a 2008. Responsável pelo programa de Capacitação em Saúde Mental da Secretaria de Saúde da PBH, 2003-2011. Coordenador das Residências de Psiquiatria e Multiprofissional de Saúde Mental da Rede SUS - Prefeitura de Belo Horizonte.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4061345692595106>

Sabrina Stefanello

Médica Psiquiatra, Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Atua como preceptora de Residentes de Psiquiatria na área de Interconsulta, tanto hospitalar quanto na atenção primária. Tem experiência em reabilitação e inclusão social de egressos de hospitais psiquiátricos, em suicidologia e ensino de psiquiatria.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9786403635183487>

ORGANIZADORES

Maria Terezinha Zeferino

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984). Mestre em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Pós-doutorado pelo Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá (2012). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da UFSC e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Curso de Atualização em Crise e Urgência em Saúde Mental da UFSC. Líder do APIS - Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e fenômeno das drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhoneiro, fenomenologia sociológica de Alfred Schütz, administração em saúde coletiva, atenção básica, acidente de trânsito e cuidados de enfermagem.

Endereço do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>

Jeferson Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2003). Mestre em Enfermagem pelo PEN/UFSC (2005). Doutor pelo PEN/UFSC (2010). Professor Substituto da Universidade Federal de Santa Catarina na disciplina de Enfermagem

em Saúde Mental e Psiquiátrica nos anos 2002-2004; 2007-2009. Assessor Parlamentar de 2011-2012. Professor Adjunto da FACENf/ UERJ em 2012.1. Atualmente é Professor Adjunto I do Departamento de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de enfermagem em saúde mental e atenção psicossocial, atuando principalmente nos seguintes temas: Reforma Psiquiátrica; situação de crise; organização política e associações de usuários e familiares; movimento nacional de luta antimanicomial; ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. Membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS. Vice líder do APIS - Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas.

Endereço do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3947827508844058>

Jaqueline Tavares de Assis

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (2006) e Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília (2009). Atualmente é Assessora Técnica do Ministério da Saúde e Pesquisadora – Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas/UnB. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Endereço do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7280701708000356>



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**