

ATENDIMENTO AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO: MANEJO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Rafael Mondrzak
Laura Marostica
Hugo Karling Moreschi
Júlia Frozi
Marco Antonio Pacheco

UNITERMOS

SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA; SERVIÇOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA; URGÊNCIAS; EMERGÊNCIAS.

KEYWORDS

EMERGENCY SERVICES, PSYCHIATRIC EMERGENCY MEDICAL SERVICES; URGENCY; EMERGENCIES.

SUMÁRIO

O trabalho a seguir visa orientar e guiar médicos que se deparam com o primeiro atendimento a um paciente psiquiátrico.

SUMMARY

The paper that follows has the intention to guide doctors that will face with the first assessment of a psychiatric patient.

INTRODUÇÃO

O atendimento das emergências psiquiátricas até a década de 60 era muito precário. Não existia um serviço especializado e os pacientes acabavam sendo atendidos em manicômios, serviços de saúde não psiquiátricos ou instituições políticas e religiosas.¹ Com a II Guerra Mundial, surgiu o atendimento de emergências psiquiátricas com o objetivo de tratar os soldados, e devolvê-los ao campo de batalha o mais rápido possível. Porém, o serviço especializado só teve lugar na década de 60, inicialmente nos Estados Unidos, chegando ao Brasil apenas em 1980, durante a reforma de assistência à saúde mental. Nessa época, os manicômios foram substituídos por opções de atendimento extra-hospitalares, como ambulatórios, hospitais-dia e pensões.² Surgiram então as emergências psiquiátricas, com novos parâmetros de internação e manejo do paciente psiquiátrico. No entanto, ainda hoje nos

deparamos com uma alta prevalência de emergências psiquiátricas fora de instituições especializadas, como hospitais gerais e, mesmo na prática médica, variando de 10% a 60%,³ o que sugere que as emergências psiquiátricas ainda precisam melhorar o acesso e a abordagem aos pacientes. Esse trabalho tem como objetivo revisar o atendimento e o manejo dos pacientes que chegam a emergências psiquiátricas, com ênfase na triagem e primeira abordagem desses.

Epidemiologia

De acordo com Sadock,⁴ os pronto-socorros psiquiátricos são usados igualmente por homens e mulheres e mais por pessoas solteiras do que casadas. Os mesmos autores citam que 20% desses pacientes são suicidas e 10% apresentam características violentas. Os diagnósticos mais comuns de serem encontrados são os transtornos de humor, esquizofrenia e dependência de álcool. Aproximadamente 40% dos pacientes atendidos em emergência psiquiátrica necessitarão de internação hospitalar.

Primeira avaliação

De uma forma bastante sucinta, podemos definir como emergência psiquiátrica toda e qualquer situação em que existe risco significativo de vida ou injúria grave para o paciente ou para outros, necessitando de uma intervenção médica imediata. No entanto, é importante ressaltar a diferenciação existente entre as situações de *emergência*, *urgência* e *atendimento eletivo*:

Emergência: geralmente existe um distúrbio de sentimentos, ações e pensamentos que podem gerar risco social ou de vida grave, necessitando de intervenção imediata (minutos ou algumas horas). Como exemplos, podem se destacar: tentativa de suicídio e automutilação.

Urgência: situação mais branda, com riscos menores, que necessita de intervenção em um curto prazo (dias, semanas). Exemplos: comportamentos bizarros, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas, entre outros.

Atendimento eletivo: situação em que a rapidez da intervenção não é critério a ser considerado. Essas situações envolvem pacientes que buscam atendimento para renovação de receitas médicas, quadros de ansiedade leve etc.

Uma vez identificada a situação de emergência ou urgência, deve se prosseguir com um raciocínio lógico e coerente, a fim de se evitar diagnósticos imprecisos e condutas erradas. Para tanto, os autores KAPCZINSKI *et al*, no livro *Emergências Psiquiátricas*, sugerem os seguintes passos:


1. Estabilização do quadro: nesse estágio, é preciso identificar um sintoma-alvo no paciente a ser abordado e controlado. Esse primeiro passo é fundamental, pois, a partir do controle desse sintoma-alvo, será possível dar seguimento ao atendimento, com a anamnese e o exame físico do paciente;
2. Hipótese diagnóstica: nesse momento do atendimento, o médico deverá concretizar, ainda que pobremente, uma possível causa para a situação de emergência em que se encontra o paciente;
3. Exclusão de causas orgânicas: momento em que o médico descarta toda e qualquer causa orgânica para a alteração do estado mental do paciente. Vale a pena lembrar que, nessa etapa, deve-se considerar sempre o abuso de substâncias, muitas vezes sendo necessária a solicitação de exames laboratoriais. Indícios de uma causa orgânica incluem também: início agudo, primeiro episódio, idade avançada, sintomas neurológicos, entre outros;
4. Encaminhamento: raramente o atendimento ao paciente psiquiátrico se encerra ao nível da emergência e, após estabilização do quadro e controle de riscos, o médico deverá encaminhar o paciente para que seja dada a sequência ao tratamento. Esses encaminhamentos podem envolver: internação hospitalar, hospital-dia, ambulatório, entre outros.

Cabe aqui ressaltar que todo esse seguimento deve ser dado em um ambiente adequado. Mesmo em um *setting* de emergência, cuidados com a privacidade do paciente são de extrema importância; bem como a segurança do local, evitando que o paciente tenha acesso a materiais cortantes ou que possam ser usados para agredir. Um local para entrevistas que tenha fácil acesso de outros profissionais de saúde e de segurança contribui em situações na qual o paciente pode se tornar violento. Além disso, recomenda-se manter a porta do consultório aberta e permanecer próximo a ela.

O paciente sempre precisa ser abordado de forma não ameaçadora, comunicativa e esclarecedora, transmitindo a noção de que, se for necessária a utilização de restrição ou isolamento por uma equipe devidamente treinada, os mesmos serão usados, bem como medicações.

Ainda dentro da primeira avaliação ao paciente psiquiátrico, o médico deverá sempre incluir no atendimento: anamnese centrada no motivo da consulta, exame físico, exame do estado mental, exames laboratoriais e radiológicos - se necessário - e um rápido exame do suporte familiar. A Figura 1 exemplifica um modelo sugerido para o registro do atendimento, de acordo com o serviço de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS.

Registro de Emergência Plant/Sobreaviso: _____ Loca/Conven: _____

Data: ___/___/___ E1	Registro: _____ E2	Sexo: 1 M 2 F E4	Como vem I: E7 1 - Encaminhado (profis. saúde) 2 - Orientação de fam/convivas 3 - Sua vontade	Escolaridade: E10 1- Analfabeto 2 - 1ª - 4ª série 3 - 5ª - 8ª série 4 - 2º grau Inc/Compl 5 - EnsinSup Incompl 6 - EnsinSup Compl 7 - Pos Grad	 <p>HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS Problema de Pesquisa em Psiquiatria - USP</p>	
Turno: 1 (7-12hs) 2 (12-18hs) 3 (18-24hs) 4 (24-7hs) E3	Idade: _____ E5	Nome: _____ E6	Como vem II: E8 1 - Acompanhado 2 - Desacompanhado	Situação Conjugal: E9 1 Casado/comp fixo 2 Solteiro 3 Divorc/separ 4 Viúvo(a)		
Motivo Principal da Avaliação: 1. Ideação Suicida 2. Tentativa de Suicídio 3. Sintomas Depressivos 4. Sintomas Ansiosos 5. Sintomas Psicóticos 6. Sintomas Maníacos 7. Alteração do comportamento 8. Agressividade/irritação/APM 9. Uso de drogas/abuso de medicação 10. Troca ou falta de medicação 11. Exaustão Familiar 12. Outro (qual?): _____ E12	Assinar só 1 motivo	Uso atual de Psicotrópicos: 0. Não usa E15 1. BZD 2. AD 3. AP 4. Lítio 5. AC 6. Outra 7. Não sabe: (descrever medicações, doses e posologia) Se prescrito: E16 0. Não se aplica (último mês) 1. Em uso pleno atual 2. Uso c/ má adesão 3. Abandono/parada recente	Situação Ocupacional: 1 - Exerce atividade E11 2 - Não exerce - desempregado 3 - Não exerce - aposentado 4 - Não exerce - afastado	Uso de outras medicações: 0. Não usa E20 1. Usa 99. Não sabe (descrever medicações, doses e posologia)	Tentativ Suic. Vida: 1 Sim E21 2 Não	Prescrição - Psicotrópicos: E23 0. Nada 1. BZD 2. AD 3. AP 4. Lítio 5. AC 6. Outra (descrever medicações e posologia) Conduta: E24 1. Liberado 2. Observação 3. Internação no HSL 4. Internação outro local 5. Consultoria
Comorbidades: E13 0. Nenhuma 1. HAS 2. DM 3. Doença neurológica 4. Outra: _____	Abuso/depend. atual álcool: 1 - Sim: _____ E17 2 - Não	Uso atual subst. ilícitas: 1 - Sim: _____ E18 2 - Não	CGI-Gravidade E22 99- Não avaliado 1- Normal, não está doente 2- Duvidosamente doente 3- Levemente doente 4- Moderadamente doente 5- Marcadamente doente 6- Gravemente doente 7- Entre os pacientes mais extremamente doentes	Faz tratamento psicol/psiq? 1 Sim (Qual?) _____ E19 2 Não	CID-10 (Hipótese princ. e comorb.): 1. _____ 2. _____ E25	

O formulário foi preenchido em até 1h após a consulta*: 1. Sim 2. Não

By Spanemberg L - 2009

Figura 1 – Registro de atendimento na emergência

Por fim, o médico ao concluir sua avaliação inicial, deverá ter plena condição de responder se o paciente está seguro, se existe um quadro orgânico causador, se o paciente está psicótico, se existem ideações homicidas e suicidas e se a capacidade de autocuidado do paciente esta preservada. Com a combinação de todas essas repostas, a conduta poderá ser tomada com segurança e a margem de erros minimizada, o que previne desfechos muitas vezes trágicos em emergências. KAPCZINSKI *et al* resume o primeiro atendimento muito claramente de acordo com a Figura 2.

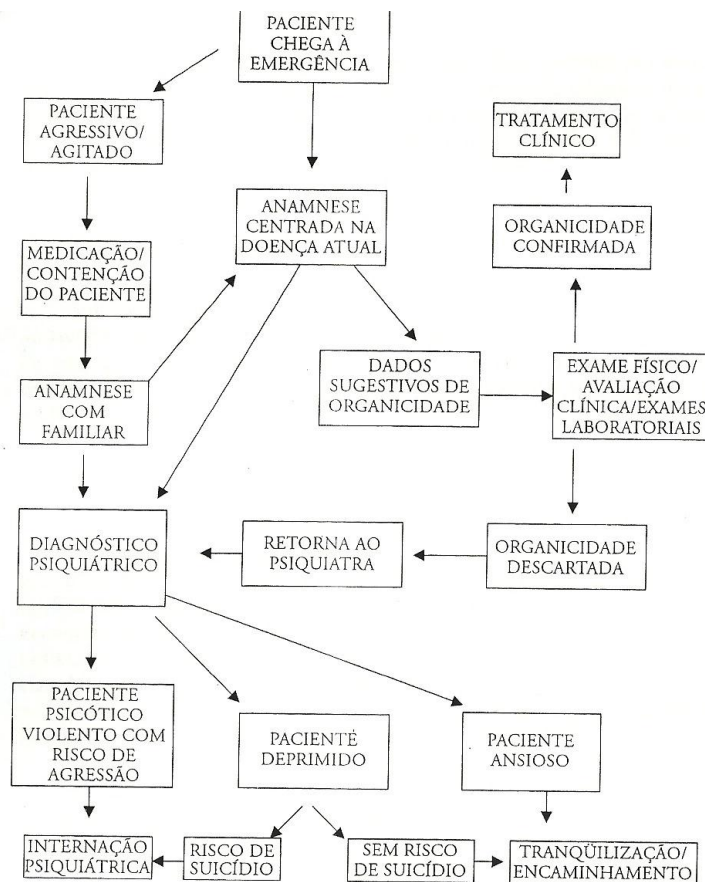


Figura 2 – Avaliação do paciente na emergência

Farmacoterapia

O conhecimento sobre psicofármacos, principalmente benzodiazepínicos e antipsicóticos, é de extrema importância para qualquer médico em uma situação de urgência ou emergência, sendo ela psiquiátrica ou não. De uma maneira geral, não existe regra para a decisão do uso de medicação, ficando a critério de cada avaliador. Vale ressaltar que existem situações em que a contenção mecânica deve ser priorizada.

Pacientes violentos e agressivos podem ser controlados de forma muito efetiva com o uso do antipsicótico típico Haloperidol, na forma intramuscular. O mesmo é utilizado na dosagem de 5 a 10 mg, em intervalos de 30 a 60 minutos, e também possui efeito sedativo. O objetivo aqui não é buscar a sedação plena, mas restaurar no paciente a capacidade de dialogar, permitindo a identificação do efeito causador da agitação. Os pacientes agitados ou em pânico podem também ser tratados com o benzodiazepínico Lorazepam, com dose de 2 a 4mg, na forma intramuscular.

CONCLUSÃO

O primeiro atendimento de emergências psiquiátricas deve ser feito, de preferência, em instituições especializadas, com equipe preparada para realizar a triagem e o manejo do paciente. Deve-se dar atenção especial à abordagem de pacientes agressivos e à anamnese familiar, além de descartar possíveis causas orgânicas para o quadro.

O atendimento especializado e treinado para receber emergências psiquiátricas é de extrema importância, visto que a abordagem direcionada proporciona um melhor desfecho do quadro psiquiátrico, com melhor reintegração do paciente à comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Barros RE, Tung TC, Mari, Jde J. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32 Suppl 2:S71-7.
2. Kapczinski F, Quevedo J, Schitt R, et al. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2001.
3. Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. Dtsch Arztebl Int. 2011;108:222-30.
4. Sadock, BJ. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
5. Hales RE. Tratado de psiquiatria clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Fritscher CC, organizador. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: Edipucrs; c2002.