

#SETEMBRO
MARELO
SANAR

EBOOK

PSIQUIATRIA NA EMERGÊNCIA

PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA DA SANAR

SANARMED|PÓS

O QUE VOCÊ VAI ENCONTRAR NESTE E-BOOK:

1. INTRODUÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA;
2. EPIDEMIOLOGIA;
3. OBJETIVOS DA PRIMEIRA AVALIAÇÃO EM EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA;
4. AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO SICOMOTORA;
5. RISCO DE SUICÍDIO;
6. INTOXICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS;
7. ABSTINÊNCIA;
8. PSICOSES AGUDAS;
9. REFERÊNCIAS;
10. SAIBA MAIS SOBRE A PÓS EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA DA SANAR!

Psiquiatria na Emergência: como manejar?

1. Introdução

A psiquiatria na emergência é qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo de morte ou injúria grave para o paciente ou para outros e que necessita de uma intervenção terapêutica imediata.

As situações de natureza psiquiátrica envolvem, na maioria das vezes, comportamento agressivo, comportamento suicida, problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e psicoses.

A avaliação psiquiátrica emergencial está baseada na história do paciente, no exame do estado mental, exame físico e em exames complementares, quando necessário. A abordagem e manejo das emergências psiquiátricas envolvem a avaliação inicial, com terapêuticas medicamentosas, não medicamentosas e, na maior parte dos casos, na combinação de ambas.

Independentemente do tipo de local, uma atmosfera de segurança e proteção deve prevalecer. Uma quantidade adequada de funcionários da equipe – incluindo psiquiatras, enfermeiros, ajudantes e assistentes sociais – deve estar presente em todos os momentos.

2. Epidemiologia

Nos EUA, aproximadamente 6% dos atendimentos emergenciais são decorrentes de problemas psiquiátricos e emergências comportamentais. No Brasil, estima-se que o percentual esteja próximo de 3%.

A maioria dos pacientes é do **sexo masculino**, entre **20 e 39 anos de idade**, **sólteiro**, com **baixa escolaridade** e **profissionalmente inativos**. Os principais motivos de atendimento costumam ser agitação psicomotora, comportamento agressivo e tentativa ou ideação suicida. Os diagnósticos mais comuns de serem encontrados são os transtornos de humor, esquizofrenia e dependência de álcool. Cerca de 40% de todos os pacientes em setores de emergência psiquiátrica precisam de hospitalização.

3. Objetivos da primeira avaliação em emergência psiquiátrica

O objetivo principal de uma avaliação psiquiátrica de emergência é avaliar em tempo hábil o paciente em crise. Uma abordagem pragmática consiste em:

3.1 Estabilização do quadro: nesse estágio, é preciso identificar um sintoma alvo no paciente a ser abordado e controlado. Esse primeiro passo é essencial, pois, a partir do controle desse sintoma alvo, será possível dar seguimento ao atendimento, com a coleta da história e o exame físico do paciente;

3.2 Hipótese diagnóstica: nesse momento do atendimento, o médico deverá concretizar, ainda que provisoriamente, uma possível causa para a situação de emergência em que se encontra o paciente. Isso serve como um referencial para a avaliação da evolução do paciente.

3.3 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;

3.4 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 adequadamente o paciente para que seja dada a sequência ao tratamento. Esse encaminhamento pode ser para uma internação hospitalar, hospital-dia ou para um ambulatório, entre outros.

A avaliação psiquiátrica de emergência consiste em: entrevista, exame físico, exame do estado mental, exames laboratoriais e radiológicos, se necessário, e exame do suporte familiar.

FUNÇÕES MENTAIS E SUAS ALTERAÇÕES MAIS COMUNS

Função	Alterações comuns
Consciência (C)	Obnubilação, torpor, flutuações, coma
Atenção (A)	Hiper ou hipovigilância e hipotenacidade
Sensopercepção (S)	Ilusão e alucinações
Orientação (O)	Tempo, espaço e pessoa
Memória (M)	Deficit em memória imediata, recente e remota
Inteligência (I)	Concretude do pensamento
Afeto/Humor (A)	Afeto (sinal): ansiedade, tristeza, irritabilidade Humor (sintoma): falta de modulação e adequação ao momento
Pensamento (P)	Produção: ilógico, mágico Curso: rápido, lento, desagregado, fuga de ideias Conteúdo: delírios
Juízo crítico (Ju)	Incapacidade de <i>insight</i>
Conduta (Co)	Acelerado, agitado, lentificado, desorganizado etc.
Linguagem (L)	Articulação: alterações de pronúncia Ritmo: rápido, lento, intermitente Afeto: calmo, ansioso, monocórdio, exaltado

Fonte: Schmitt e Colombo (2012)

Estratégia geral na avaliação de pacientes

I. Autoproteção

- A. Saber o máximo possível sobre os pacientes antes de entrevistá-los.
- B. Deixar os procedimentos de contenção física para o pessoal treinado.
- C. Estar atento para riscos de violência iminente.
- D. Prestar atenção à segurança do ambiente físico (p. ex., acesso à porta, objetos no recinto).
- E. Ter outras pessoas presentes durante a avaliação, caso necessário.
- F. Dispor outras pessoas nas imediações.
- G. Desenvolver uma aliança com o paciente (p. ex., não confrontar nem ameaçar pacientes com psicoses paranoides).

II. Prevenção de danos

- A. Prevenir autoferimento e suicídio. Usar todos os métodos necessários para impedir que os pacientes causem ferimentos a si mesmos durante a avaliação.
- B. Prevenir violência contra terceiros. Durante a avaliação, analisar rapidamente o risco de violência que o paciente oferece. Caso seja significativo, considerar as seguintes opções:
 1. Informar ao paciente que violência não é aceitável.
 2. Abordar o paciente de maneira não ameaçadora.
 3. Estabelecer confiança e tranquilizar o paciente ou auxiliar no teste de realidade.
 4. Oferecer medicamento.
 5. Informar ao paciente que, caso necessário, serão utilizados contenção ou isolamento.
 6. Ter uma equipe pronta para conter o paciente.
 7. Quando os pacientes estiverem contidos, sempre observá-los com atenção e checar frequentemente seus sinais vitais. Isolar pacientes contidos de estímulos perturbadores. Planejar imediatamente uma nova abordagem – medicamento, tranquilização, avaliação médica.

III. Descartar a possibilidade de transtornos cognitivos

IV. Descartar a possibilidade de psicose iminente

Fonte: Sadock e colaboradores (2017)

4. Agressividade e agitação psicomotora

4.1 O que é:

É uma síndrome comportamental caracterizada por um estado de excitação psíquica e aumento da atividade verbal e motora. É a principal causa de atendimentos em emergências psiquiátricas.

4.2 Abordagem:

Geralmente é dividida nas seguintes etapas:

- Avaliação diagnóstica do paciente;
- Avaliação de riscos do paciente;
- Manejo do comportamento e ambiente;
- Manejo farmacológico.

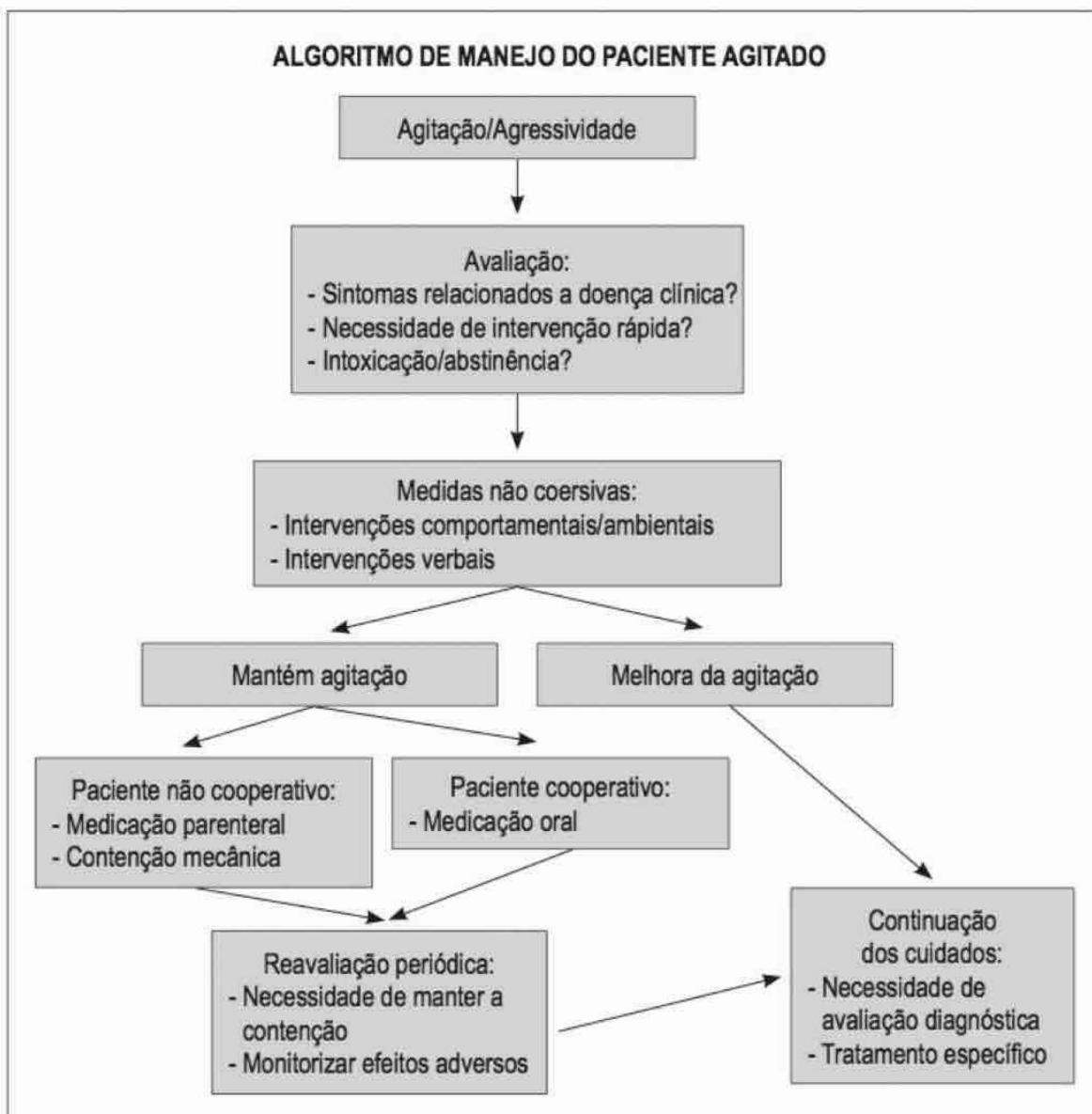


Figura 2 - Algoritmo de avaliação e manejo do paciente em APM e/ou com comportamento agressivo.
 Fonte: Gomes e colaboradores (2008).⁹

4.2.1 Avaliação

Após melhora da agitação, é necessário investigar se os sintomas são causados ou exacerbados por uma condição orgânica. Além de avaliar o risco de violência e a presença de intoxicação e/ou abstinência de substâncias psicoativas.

SINAIS E SINTOMAS COMUMENTE ASSOCIADOS À AGITAÇÃO PSICOMOTORA DE CAUSA ORGÂNICA

Sintomas	Sinais
<ul style="list-style-type: none"> ■ Perda de memória, desorientação ■ Cefaleia intensa ■ Rígidez ou fraqueza muscular ■ Intolerância ao calor ■ Perda de peso não intencional ■ Psicose (primeiro episódio) ■ Dispneia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alterações nos sinais vitais: frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) ou temperatura ■ Após trauma ■ Diferença de tamanho entre as pupilas (anisocoria) ■ Discurso arrastado ■ Prejuízo na coordenação motora ■ Convulsões ■ Hemiparesia/hemiplegia

Fonte: Nordstrom e colaboradores (2012).⁸

CONDIÇÕES MÉDICAS GERAIS QUE PODEM CAUSAR AGITAÇÃO*

Agitação decorrente de condição médica geral	Agitação decorrente de intoxicação ou abstinência	Agitação decorrente de doença psiquiátrica
<ul style="list-style-type: none"> ■ Trauma crânioencefálico ■ Encefalite, meningite ou outra infecção ■ Encefalopatia (principalmente hepática e renal) ■ Exposição a toxinas ambientais. ■ Distúrbio metabólico (hiponatremia, hipocalcemia, hipoglicemia) ■ Hipóxia ■ Doença da tireoide ■ Convulsão (estado pós-ictal) ■ Intoxicação medicamentosa (psicofármacos ou anticonvulsivantes) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Álcool ■ Drogas ilícitas (cocaina, ecstasy, quetamina, sais de banho, inhalantes, metanfetaminas) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transtornos psicóticos ■ Mania ■ Transtornos de ansiedade ■ Transtornos de personalidade

Fonte: Nordstrom e colaboradores (2012).⁸

A realização de exames toxicológicos, como screening urinário para droga, pode ser útil. Também deve-se investigar se o paciente não está em uso de algum de tipo de medicamento que possa causar quadros de agitação psicomotora.

4.2.2 Avaliação de riscos

Deve ser investigado sinais de violência iminente e os riscos de violência. Os melhores previsores de comportamento violento são: ingestão excessiva de álcool, história de atos violentos, com prisões ou atividade criminosa e história de abuso na infância. Uma história passada de violência é considerada um importante preditor de risco futuro.

4.2.3 Manejo comportamental e ambiental

➤ Medidas não coercitivas

A primeira abordagem terapêutica do paciente agitado geralmente envolve a intervenção comportamental, ambiental e verbal.

No manejo comportamental e ambiental é preciso:

- Manter-se em postura vigilante e em prontidão para a ação;
- Assegurar-se de que o paciente está fisicamente confortável;
- Evitar movimentos bruscos (nunca se aproximar pelas costas do paciente e com manejo rude);
- Respeitar o espaço físico do paciente, evitando o toque;
- Evitar confronto direto (não olhar diretamente nos olhos do paciente, tentar assumir uma expressão facial neutra, postura corporal relaxada);
- Estar atendo a linguagem não verbal;
- Reduzir os estímulos (controle de ruídos, temperatura, iluminação e odores);
- Afastar fatores avaliados como estressores ou desestabilizadores;
- Procurar atender o paciente em uma sala ou área grande e calma, não isolada;
- O ambiente deve ser seguro. Deve-se retirar todos os objetos que possam ser potencialmente perigosos;
- Diminuir o tempo de espera;
- Fornecer informações para os parentes do paciente.

O manejo verbal complementa o manejo atitudinal. Ao dialogar com o paciente pode ser necessário:

- Utilizar linguagem simples, clara e concreta (evitar linguagem abstrata ou metáforas);
- Evitar elevar o tom de voz;
- Estabelecer limites e contratos de maneira respeitosa;
- Evitar confronto direto (ou disputas) com o paciente;
- Estimular expressão verbal de sentimentos;
- Focalizar o assunto, resumir ideias, repetir as últimas ideias do paciente;
- Auxiliar o paciente a reconhecer a realidade (sem confronto);
- Assegurar ao paciente que você pretende ajudá-lo a controlar os próprios impulsos;
- Evitar ceder a testes, desafios e manipulações, bem como evitar promessas, ameaças, opiniões pessoais, manipulação ou faltar com a verdade;
- Explicar as condutas terapêuticas.

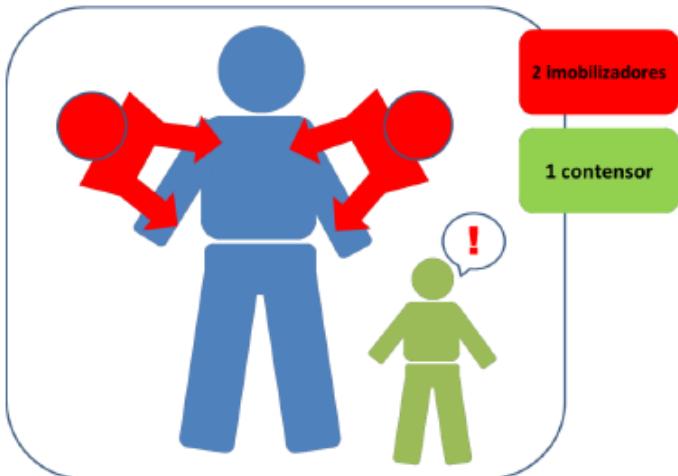
➤ Medidas de contenção

As contenções físicas são usadas quando os pacientes são tão perigosos a si mesmos ou aos outros a ponto de construir uma ameaça grave que não pode ser controlada de nenhuma outra forma.

O paciente deve ser contido de forma temporária, para receber medicação, ou durante longos períodos, na ausência de manejo farmacológico. Normalmente, indivíduos com contenções físicas ficam calmos após algum tempo. Em um nível psicodinâmico, esses pacientes podem até achar bom que o controle de seus impulsos seja proporcionado pelas contenções.

Elas devem ser claramente definidas e praticadas por toda a equipe de emergência. Toda a equipe deve compreender que pacientes em sofrimento físico e emocional estão fragilizados e que diversas expectativas e fantasias, com frequência, estão distantes da realidade e influenciam suas reações ao tratamento.

Imobilização com baixo grau de dificuldade



Imobilização com moderado grau de dificuldade

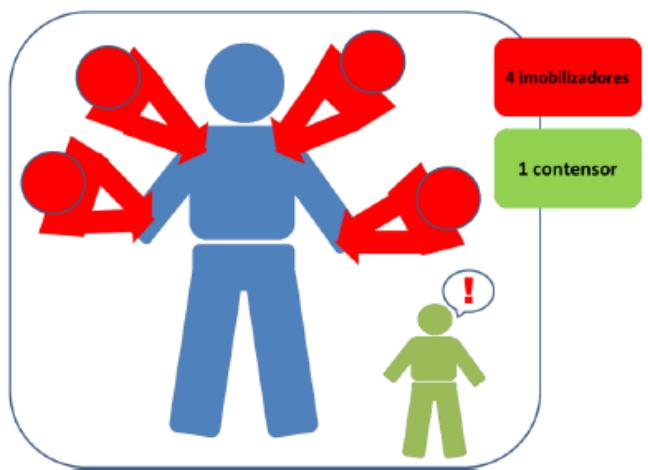
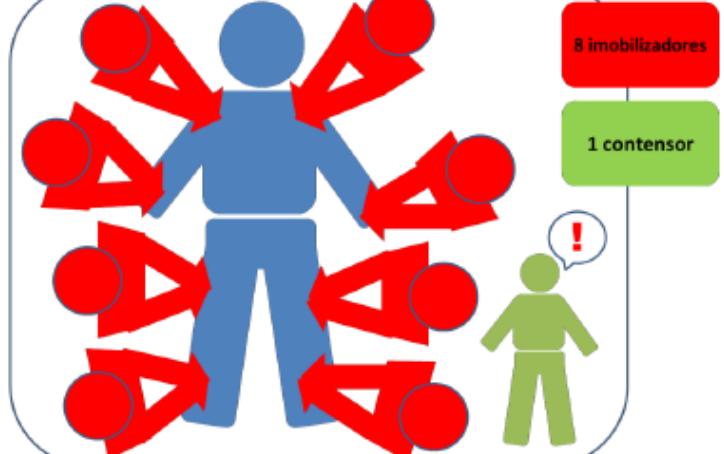
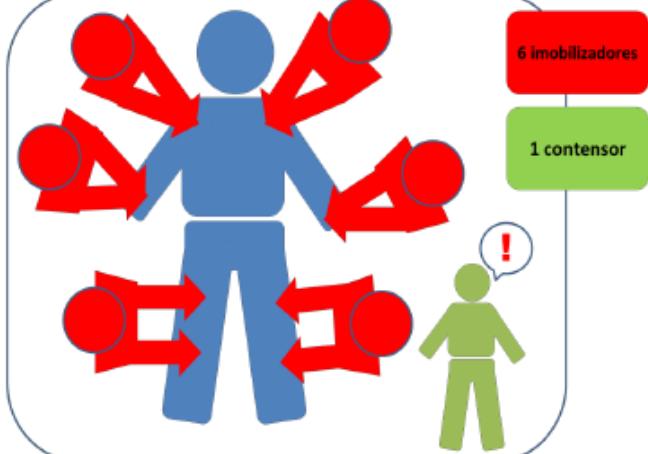


Diagrama 3

Diagrama 4

Diagrama 3



Fonte: Astete da Silva e colaboradores (2015)

4.2.4 Manejo farmacológico

As principais indicações do manejo farmacológico são comportamento violento ou agressivo, pânico ou ansiedade intensos e reações extrapiramidais, como distonia e acatisia. O objetivo imediato é reduzir o risco de auto e heteroagressividade e da ocorrência de efeitos colaterais, de forma que a abordagem diagnóstica e terapêutica sejam continuadas.

As três classes de medicação tradicionalmente utilizadas são:

- Antipsicóticos típicos
- Benzodiazepínicos
- Antipsicóticos atípicos

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA AGITAÇÃO AGUDA E DO COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Classe	Vantagens	Desvantagens	Fármaco/Dose
BZD	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maior eficácia em estudos ■ Rápido início de ação ■ Bom efeito sedativo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Risco de depressão respiratória. ■ Contraindicado em intoxicação por substâncias, traumatismo crânioencefálico e doenças respiratórias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diazepam 5mg IV ou 10mg VO ■ Clonazepam 2 - 4mg VO ■ Lorazepam 2mg VO ■ Midazolam 5mg IM
Antipsicóticos típicos de baixa potência	Bom efeito sedativo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efeitos adversos anticolinérgicos, como hipotensão postural, arritmia cardíaca e psicose atropínica. ■ Diminuição do limiar convulsivante. ■ Deve ser usado com cautela em pacientes intoxicados e/ou em abstinência de substâncias, idosos, bem como em pacientes com condições médicas graves. ■ Risco de síndrome neuroléptica maligna. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Clorpromazina 25 - 50mg IM ou 100mg VO ■ Levomepromazina 25 - 50mg IM ou 100mg VO
Antipsicóticos típicos de alta potência	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eficácia demonstrada em inúmeros estudos ■ Bom controle do comportamento agitado e agressivo ■ Pouco efeito sedativo ■ Seguro na maioria dos casos de APM/agressividade, independentemente da causa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Risco de distonia aguda e outras síndromes extrapiramidais. ■ Risco de acatisia. ■ Risco de síndrome neuroléptica maligna. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Haloperidol 5 - 50mg IM (dose total que deve ser intercalada a cada 30 minutos conforme evolução) ou 10 – 20mg VO
Antipsicóticos atípicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eficácia demonstrada em inúmeros estudos ■ Bom controle do comportamento agitado e agressivo ■ Pouco efeito sedativo ■ Menor risco de síndrome neuroléptica maligna 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eficácia variável conforme o fármaco: a literatura indica eficácia para a olanzapina, risperidona e ziprasidona, principalmente. ■ A quetiapina não apresenta eficácia no controle da APM. ■ Risco de arritmias cardíacas, especialmente com a ziprasidona. ■ O aripiprazol tem eficácia demonstrada somente na APM de pacientes esquizofrênicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Olanzapina 10mg IM ou VO ■ Ziprasidona 10mg IM ou 80mg VO ■ Risperidona 2 - 6mg VO ■ Aripiprazol 10mg IM (somente na APM de pacientes esquizofrênicos)

Fonte: Mantovani e colaboradores (2010)⁸ e Gomes e colaboradores (2008).⁹

Efeitos extrapiramidais: tremores; rigidez muscular; acatisia; distonia aguda

A **Olanzapina** alcança concentração sérica máxima em 15 a 45min, tem uma meia vida de 30 horas e duração de ação de até 24 horas.

A **Ziprasidona** 20mg IM reduziu sintomas de agitação aguda em pacientes com transtornos psicóticos e mostrou ser tão eficaz quanto terapias tradicionais.

A **olanzapina** e a **quetiapina** podem causar hipotensão ortostática. É aconselhado monitoramento dos sinais vitais, principalmente se uso de doses medicamentosas repetidas.

Os **benzodiazepínicos** devem ser **evitados** em pacientes com **doença pulmonar obstrutiva crônica**, devido ao risco aumentado de depressão respiratória e hipercapnia.

5. Risco de suicídio

O risco de suicídio é a probabilidade que a ideação suicida leve ao ato suicida e tenha como desfecho a morte autoinduzida. O risco de suicídio deve ser avaliado e quantificado, levando em consideração a presença de um plano, tipo de plano, comorbidades, tentativas prévias, tentativa atual, risco de recidiva do ato etc. Dessa forma, a ideação suicida, o ato suicida e a tentativa de suicídio são emergências médicas, pois podem levar a morte do paciente.



TABELA 23.1-1
Expressões que abrangem ideação e comportamento suicidas

Tentativa de suicídio abortada: comportamento potencialmente autodestrutivo com evidências explícitas ou implícitas de que a pessoa pretendia morrer, mas a tentativa foi interrompida antes da ocorrência de danos físicos.
Automutilação deliberada: atos intencionais de causar dor, lesões ou destruição sem intenção de morrer.
Letalidade ou comportamento suicida: perigo objetivo de vida associado a método ou ação suicidas. Reparar que letalidade é diferente e pode nem sempre coincidir com a expectativa de um indivíduo do que é medicamente perigoso.
Ideação suicida: pensamento de servir como agente da própria morte; a gravidade pode variar dependendo da especificidade dos planos suicidas e do grau de intenção suicida.
Intenção suicida: expectativa subjetiva e desejo de que o ato autodestrutivo cause morte.
Tentativa de suicídio: comportamento autodestrutivo com resultado não fatal acompanhado por evidências explícitas ou implícitas de que a pessoa pretendia morrer.
Suicídio: morte autoinfligida com evidências explícitas ou implícitas de que a pessoa pretendia morrer.

Fonte: Sadock e colaboradores (2017)

5.1 Epidemiologia

O suicídio é responsável por aproximadamente 49% das mortes por causas externas no mundo. No Brasil, estima-se que o coeficiente geral de mortalidade por suicídio é de 4 casos/100.000 habitantes. O Rio Grande do Sul e Santa Catarina estão dentre as regiões com os maiores números de casos da América Latina.

Estudo pressupõem que, para cada suicídio consumado, existam ao menos 10 tentativas. O risco de ocorrência de uma tentativa de suicídio é 6 vezes maior entre os indivíduos que apresentaram ideação suicida em algum momento. Além disso, a tentativa de suicídio anterior é o principal fator de risco para a morte autoinduzida no futuro.

5.2 Fatores de risco

O conhecimento dos fatores de risco auxilia o médico a planejar o tratamento e a interferir no curso do comportamento suicida.

Homens cometem suicídio com frequência quatro vezes maior que mulheres, independentemente da idade. No entanto, essa relação é invertida quando analisadas somente as tentativas de suicídio.

O suicídio é ocorrência rara antes da puberdade. Entre homens, os índices são maiores após os 45 anos; entre as mulheres, após os 55 anos. A maioria dos suicídios, atualmente, ocorre na faixa dos 35 aos 64 anos. Pessoas mais velhas tentam cometer suicídio com menor frequência do que pessoas mais jovens, mas consumam o ato com maior frequência. No entanto, está aumentando o índice entre jovens, sendo a terceira maior causa de morte na faixa etária dos 15 aos 24 anos, ficando atrás de acidentes e homicídios.

A frequência de suicídio é maior entre homens brancos, geralmente solteiros ou divorciados, em pessoas socialmente isoladas e com história familiar de suicídio, desempregadas e, dentre as categorias profissionais, os médicos correm maior risco. Os índices aumentam durante recessões e depressões econômicas.

Quase 95% de todas as pessoas que cometeram suicídio ou que fazem tentativas de suicídio foram diagnosticadas com algum transtorno mental. Principalmente transtornos depressivos, esquizofrenia, demência, delirium ou dependência de álcool e outras drogas.

FATORES ASSOCIADOS AO AUMENTO DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Presença de doenças psiquiátricas

- Transtorno depressivo maior
- Transtorno bipolar, especialmente fase depressiva ou mista

Sintomas psiquiátricos específicos

- Ansiedade
- Desesperança
- Impulsividade/agressividade

História psiquiátrica prévia

- Tentativas anteriores de suicídio
- História de abuso físico/sexual na infância

Estressores psicossociais e aspectos psicodinâmicos
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desemprego, perdas recentes, declínio da condição socioeconômica ■ Significado psicodinâmico do suicídio para o paciente (vingança, raiva, alívio etc.)
Doenças físicas
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aids ■ Epilepsia ■ Lesões medulares ■ Lesões cerebrais ■ Coreia de Huntington ■ Neoplasias
História familiar
<ul style="list-style-type: none"> ■ História familiar de suicídio em parentes próximos

Fonte: Schmitt e colaboradores (2008).¹³

5.3 Avaliação do paciente

A entrevista psiquiátrica é o elemento essencial para avaliar o risco de suicídio de um paciente. Durante a anamnese, deve-se obter informações a respeito do histórico médico e psiquiátrico, além do estado mental atual do paciente.

É essencial questionar sobre sentimentos e comportamentos suicidas a pacientes deprimidos. Essa pode ser a primeira oportunidade que o paciente tem de falar sobre ideação suicida já presente há algum tempo.

Algumas perguntas que auxiliam na avaliação do comportamento suicida:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Que problema(s) você tem enfrentado ultimamente?
- Sente que a sua vida perdeu o sentido?
- Pensa que seria melhor morrer?
- Pensou em pôr fim à sua própria vida?
- Pensou em como se mataria?
- Já tentou se matar ou fez algum preparativo?
- Tem esperança de ser ajudado?

Fonte: Schmitt e colaboradores (2008).¹³

CARACTERÍSTICAS INVESTIGADAS NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Apresentação do paciente
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ideação, plano e intenção suicida. ■ Letalidade dos métodos cogitados no plano suicida. ■ Evidências de desesperança, impulsividade e ansiedade. ■ Razões para viver e planos para o futuro. ■ Uso de álcool ou outras substâncias. ■ Violência contra outras pessoas.
Doenças psiquiátricas
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sinais e sintomas presentes de transtornos psiquiátricos, com especial atenção aos transtornos de humor, esquizofrenia, uso de substâncias, ansiedade e personalidade <i>borderline</i> e antissocial. ■ Diagnósticos e tratamentos psiquiátricos anteriores, incluindo momento de início da doença e seu curso.
História
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tentativas de suicídio ou outros comportamentos autolesivos. ■ Diagnósticos e tratamentos médicos anteriores e presentes, incluindo cirurgias e hospitalizações. ■ História familiar de suicídio ou tentativas de suicídio e de doenças mentais, incluindo abuso de substâncias.
Situação psicossocial
<ul style="list-style-type: none"> ■ Crises psicossociais agudas e estressores psicossociais crônicos, que podem incluir perdas inter-pessoais reais ou percebidas, dificuldades financeiras ou mudanças na condição socioeconômica, discórdia familiar, violência doméstica e negligência ou abuso sexual/físico passado ou atual. ■ Ocupação, situação domiciliar (incluindo a presença ou não de bebês e crianças em casa) e presença ou ausência de apoio externo. ■ Constelação familiar e qualidade dos relacionamentos familiares. ■ Crenças culturais ou religiosas a respeito da morte e do suicídio.
Vulnerabilidade e pontos fortes individuais
<ul style="list-style-type: none"> ■ Habilidade de enfrentamento de situações adversas. ■ Traços de personalidade. ■ Respostas anteriores ao estresse. ■ Capacidade de teste de realidade. ■ Capacidade de tolerar o sofrimento psicológico e satisfazer as necessidades psicológicas.

Fonte: Schmitt e colaboradores (2008).¹³

INVESTIGAÇÃO DE PENSAMENTOS, PLANOS E COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Investigar a presença de ideação suicida

- Indagar especificamente sobre a presença de ideias de insatisfação com a vida, desejo de morrer e desejo de cometer o suicídio.

Investigar a presença de um plano suicida

- Obter informações detalhadas a respeito de planos específicos de suicídio e providências tomadas para a concretização. Deve ser dada atenção especial ao acesso a métodos letais, como armas de fogo e grandes alturas.

Avaliar o grau de intenção suicida e letalidade do método

- Em geral, quanto mais intenso o desejo de morrer e menor a ambivalência entre morrer/viver, maior será o risco de suicídio. A presença de uma forte intenção suicida, associada a um plano com método altamente letal, indica um grave risco de suicídio. No entanto, não se deve minimizar o risco quando o método não aparenta maior letalidade, pois se a intenção suicida for forte, o risco de um suicídio futuro é grande.

Fonte: Schmitt e colaboradores (2008).¹³

5.4 Manejo

Após o psiquiatra iniciar a avaliação e cuidados clínicos do paciente, analisar a gravidade dos sintomas, investigar sobre ideação e intenção suicida, nível de funcionamento, sistema de apoio disponível e atividades que dão ao paciente uma razão para viver, o profissional pode, de acordo com o SUS, encaminhar o paciente basicamente para internação hospitalar, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou atendimento ambulatorial comum.

ESCALA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA NO RISCO DE SUICÍDIO (OMS)

Risco de suicídio	Sinal/Sintoma	Investigação	Conduta
0	Nenhuma perturbação nem desconforto	-	-
1	Leve perturbação emocional	Indagar sobre ideação suicida	Ouvir com empatia
2	Ideias vagas de morte	Indagar sobre ideação suicida	Ouvir com empatia
3	Ideias vagas de suicídio	Investigar intenção (plano e método)	Investigar possibilidades de apoio
4	Ideias de suicídio sem transtorno mental	Investigar intenção (plano e método)	Ouvir com empatia
5	Ideias de suicídio com transtorno mental ou estressor social grave	Investigar intenção (plano e método) e estabelecer um contrato	Encaminhar para cuidados psiquiátricos
6	Ideias de suicídio com transtorno mental ou estressor social grave ou agitação e tentativa prévia	Não deixar o paciente sozinho (visando impedir o acesso a meios de suicídio)	Hospitalizar

Fonte: Bertolote e colaboradores (2010).¹⁴

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM CASOS DE IDEAÇÃO/TENTATIVA DE SUICÍDIO

- Alto risco de suicídio.
- Ausência de recursos extra-hospitalares (pouco suporte familiar).
- Desgaste ou exaustão psicológica por parte da família.
- Tentativas de suicídio progressivamente graves.
- Recusa do paciente de fazer planos futuros, inclusive de tratamento ambulatorial.
- Incongruência entre a história do paciente e fonte objetiva confiável (por exemplo, família).
- Síndrome psicótica com alucinações e/ou delírios.
- Fator que interfere com o nível de consciência ou juízo crítico do paciente, impossibilitando a avaliação na emergência (ex. intoxicação por álcool/drogas, *delirium*).
- Quadro psiquiátrico com indicação de internação hospitalar (por exemplo, mania, mesmo sem psicose).

Indicação de tratamento medicamentoso de urgência:

- Paciente ansioso ou insone: Benzodiazepínico
 - Diazepam 5 a 10mg, VO, 1 a 3 vezes ao dia
 - Clonazepam 0,5 a 2mg, VO, 1 a 3 vezes ao dia

6. Intoxicação de substâncias psicoativas

Transtorno por uso de substâncias são prevalentes em setores de emergência gerais e psiquiátricos, atingindo cerca de 28% das ocorrências em prontos-socorros, no Brasil.

O uso de álcool e outras substâncias psicoativas está associado a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes de automóvel, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40% das quedas fatais.

O cuidado em emergências relacionadas ao uso de substâncias deve conter: avaliação completa (médica geral e psiquiátrica), o tratamento dos quadros diagnosticados (abstinência, intoxicação e quadros clínicos que caracterizem uma emergência), a motivação do paciente para iniciar tratamento e elaboração de encaminhamento.

O atendimento requer avaliação do paciente e investigação ativa e constante quanto o uso prévio de substâncias psicoativas. Deve-se perguntar sobre: substância utilizada, estimativa da quantidade, frequência, duração do uso e último consumo (para estimar tempo de aparecimento de sintomas de abstinência).

Algumas informações podem ser obtidas por familiares, amigos ou quem prestou assistência. Além disso, exames toxicológicos podem ser úteis no momento da avaliação.

Os principais sintomas psiquiátricos associados ao transtorno por uso de substâncias são:

- Ideação e tentativas de suicídio e homicídio;
- Episódios de agitação psicomotora;
- Síndromes psicóticas, maníacas, depressivas e ansiosas;
- Coma, convulsões, alterações hemodinâmicas.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NA EMERGÊNCIA

Tópicos	Importância
Substâncias utilizadas	Priorizar quadros de abstinência de depressores do sistema nervoso central (SNC) em usuários de múltiplas drogas.
Exames laboratoriais e toxicológicos (<i>screening</i> e bafômetro)	Detectar presença de SPA. Inferir doenças clínicas relacionadas com o consumo.
Padrão de uso da substância	Agudo/intoxicação. Crônico/abstinência.
Complicações decorrentes do uso	Problemas legais e sociais, desemprego, ganho secundário.
Último consumo	Determinar tempo para surgimento dos sintomas de privação e gravidade da mesma.
Complicações em abstinências	Iniciar tratamento antes do surgimento dos sintomas de privação. Seguir protocolos específicos.
Comorbidade clínica ou psiquiátrica	Maior chance de desenvolver abstinência com complicações.
Uso de medicação clínica ou psiquiátrica	Determinar possível tolerância em relação à terapêutica utilizada.

Fonte: De Boni e colaboradores (2008).²¹

6.1 Intoxicação aguda

Os efeitos provocados pela intoxicação variam de acordo com a substância utilizada:

- **Depressores do sistema nervoso central** (álcool, benzodiazepínicos)
 - Sinais e sintomas: hipotensão e bradicardia, depressão respiratória. Há maior risco quando há potencialização dos efeitos pela associação de substâncias.
 - Manejo:
 - Monitorar sinais vitais e manter hidratação;
 - Proporcionar um ambiente tranquilo e seguro;
 - Posicionar o paciente em decúbito lateral para evitar aspiração de vômito;
 - Realizar exame neurológico cuidadoso (investigar hematomas subdurais, pois esses pacientes têm maior risco de queda);

- Descartar hipoglicemia e intoxicação por outras substâncias em pacientes comatosos; em caso de agitação psicomotora e/ou comportamento agressivo, pode ser utilizado o haloperidol, 5mg, VO ou IM.
- **Psicoestimulantes** (cocaína e outros)
 - Sinais e sintomas: hipertensão arterial, taquicardia, taquipnéia, hipertermia, xerostomia, midriase, alterações comportamentais, ansiedade, crises de pânico, quadros psicóticos, com delírios paranoides, alterações de senso percepção, alucinações auditivas e visuais.
 - Manejo:
 - Explicar ao paciente que os sintomas irão desaparecer em algumas horas, mantendo-o em ambiente tranquilo, sem estímulos.
 - A contenção mecânica deve ser usada se o paciente se tornar violento.
 - Em casos de ansiedade muito intensa, em que o manejo não farmacológico for insuficiente: diazepam 10 a 30mg VO ou 10 a 12mg IV.
 - Se depressão do sensório com depressão respiratória: Flumazenil 0,2mg IV, aplicando durante 30 segundos.
 - Em reações psicóticas graves, resistentes a benzodiazepínicos: haloperidol, 2 a 5mg VO ou IM, por 4 dias.
- **Opióides:**
 - Sinais e sintomas: A superdosagem deve ser considerada diante de sinais de miose e bradicardia acentuadas, depressão respiratória, estupor ou coma.
 - Manejo:
 - Adequado suporte cardiorrespiratório com intubação e ventilação mecânica, em unidades de terapia intensiva, nos casos de overdose.
 - Antagonista opioide: Naloxona, 0,8mg para 70 kg de peso corporal, EV, lentamente.
 - Sinais de melhora: aumento da frequência respiratória e dilatação das pupilas. Se não houver melhora prontamente após uso do antagonista, pode ser administrada nova dose de naloxona após alguns minutos.
 - Se boa resposta, administrar a dose de 0,4mg/hora durante 12 horas, para atuar sobre os opioides de meia-vida longa.
- **Ecstasy**

- Sinais e sintomas: taquicardia, triismo, bruxismo, sintomas depressivos. Os efeitos graves incluem falência hepática, crises de pânico, hiperpirexia, falência de múltiplos órgãos, síndrome serotoninérgica.
- Manejo:
 - Administrar carvão ativado se a ingestão foi recente ao atendimento;
 - Monitorar sinais vitais por, no mínimo, quatro horas.
- **Solventes:** agrupa uma variedade de substâncias com mecanismos de ação variados. Possuem efeitos depressores sobre o sistema nervoso central.
 - Sintomas: euforia e desinibição (inicialmente), ataxia, risos imotivados, fala pastosa, confusão mental, alucinações e disritmia cardíaca.

7. Abstinência

Os sintomas de abstinência são causados pela interrupção ou redução abrupta do uso da substância utilizada. Usualmente, estão relacionados a um consumo prévio crônico e abusivo.

7.1 Relacionada ao uso de álcool

Os sinais e sintomas de privação do álcool aparecem após 4 a 12 horas do último consumo e geralmente atingem seu pico entre 24 e 36 horas.

Abordagem

- História clínica com avaliação de consumo, último uso, uso de outras medicações sedativas, complicações clínica e psiquiátricas e abstinência anterior;
- Dosar alcoolemia;
- Solicitar exames laboratoriais;
- Monitorar funções vitais e estado de consciência.

Tratamento não farmacológico

- Hidratação adequada;
- Ambiente aquecido;
- Restrição a estímulos visuais e auditivos;
- Monitorização periódica dos sinais vitais.

Tratamento farmacológico

GRUPOS DE SINTOMAS E RESPECTIVO TRATAMENTO

Sintoma	Tratamento
Tipo A (excitação do SNC): ansiedade, disfonia, irritabilidade, insônia, inquietação	Diazepam 10mg de hora em hora ou clordiazepóxido 100mg de hora em hora até controle dos sintomas Após, manter dose de 6 de 6 horas até 72 horas Não medicar se o paciente estiver intoxicado Opção: carbamazepina 100mg de hora em hora até 300mg e após manter 200mg de 6 em 6 horas
Tipo B (hiperatividade adrenérgica): calafrios, febre, sede intensa, hipertensão arterial, taquicardia, tremores	Clonidina 0,1mg de hora em hora até TA ≤ 140/90 e FC ≤ 90bpm Após, manter com clonidina 0,1 - 0,2mg de 6 em 6 horas
Tipo C (<i>delirium</i>): déficit de atenção, desorientação, hipervigilância, agitação, alucinações visuais, auditivas e táteis	Diminuição dos estímulos Haloperidol 1 ampola IM ou 5mg VO de 6 em 6 horas

7.2 Relacionada aos opioides

Quadro clínico:

QUADRO CLÍNICO: SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DE OPIÁCEOS

Antecipatória	Inicial	Total	Tardia
3 a 4 horas após o uso	8 a 10 horas	1 a 3 dias	Até 6 meses
Medo da falta do opioide Comportamento de busca Ansiedade Fissura	Ansiedade Inquietação Bocejos e espirros Sudorese Lacrimejamento Rinorreia Obstrução nasal Náuseas Midriase	Ansiedade severa Tremor Inquietação Piloereção Vômitos Diarreia Espasmo e dor muscular Aumento da PA Taquicardia Febre e calafrios	Hipotensão Bradicardia Perda de energia Inapetência Insônia Fissura

Fonte: De Boni e colaboradores (2008).²¹

Tratamento não farmacológico:

- Ambiente seguro;
- Nutrição adequada;
- A decisão de internar depende da medicação utilizada na desintoxicação e da disponibilidade de suporte social.

Tratamento farmacológico:

- Agonistas opioides;
 - Metadona
 - Dose inicial: 15 a 20mg em 24 horas. Manter por 3 dias e retirar de 10 a 15% ao dia;
 - Utilizada em regime de internação.
- Agonistas alfa 2 adrenérgicos;
 - Clonidina
 - Dose: 1,2mg/dia. A dose de 0,2mg a cada 4 horas mostra-se adequada. Manter por 3 dias e depois retirar 0,2mg ao dia;
 - Risco de hipotensão e fadiga;
 - O uso da clonidina com a naltrexona promove a retirada abrupta e segura da metadona.
- Antagonistas opioides;
 - Naltrexona
 - Uso na terapia de manutenção para dependentes de opioides após a desintoxicação: heroína, 7 dias; metadona, 10 a 14 dias.
 - Dose: 150mg. Pode ser administrada a cada 3 dias.
- Agonistas/antagonistas opioides.
 - Buprenorfina
 - Reúne as propriedades da metadona e da naltrexona;
 - Doses: 2,4 a 8mg sublinguais;
 - Pode ser usada 1 vez ao dia com o intuito de bloquear os sintomas de retirada, permitindo uma retirada efetiva e confortável dos opioides;

7.3 Relacionada aos estimulantesQuadro clínico

Depressão, anedonia, fissura pela droga, aumento do apetite, hipersonolência, aumento do sono REM, tremores, calafrios, cefaleias e movimentos involuntários.

Tratamento

- Medidas de suporte: permitir que o paciente se alimente e durma o quanto for necessário;
- Paciente com agitação psicomotora e distúrbios do sono: Benzodiazepínicos de curta ação podem auxiliar;
- Medidas psicossociais e acompanhamento psiquiátrico;
- Neurolépticos são contraindicados pois podem causar efeitos disfóricos e aumentar a fissura (craving) pela droga.

8. Psicoses agudas

A psicose pode ser definida como a perda de contato com a realidade e se manifesta pelos delírios e alucinações. Os delírios podem ser definidos como uma falsa crença (não fundamentada na realidade) não compartilhada por membros do grupo sócio-cultural do indivíduo e as alucinações são caracterizadas pela percepção sensorial na ausência de estímulo externo (como, por exemplo, ouvir vozes sem que haja estímulo real).

A psicose em si não é uma emergência médica. O que pode se enquadrar entre as emergências psiquiátricas é a causa dos sintomas psicóticos (intoxicação por drogas, por exemplo) e/ou sua consequência, como a agressividade física devido ao delírio persecutório. Dessa forma, ao atender o paciente psicótico, é necessário tentar identificar o fator desencadeante.

FATORES AUXILIARES NO DIAGNÓSTICO DAS PSICOSES

Curso	<p>Início abrupto dos sintomas, duração de dias, sem pródromos.</p> <p>Início insidioso, duração de semanas ou meses, com pródromo.</p>	<p>Pensar em transtorno afetivo.</p> <p>Frequentemente induzida por drogas ou secundária à condição clínica.</p> <p>Esquizofrenia, transtorno delirante, retardo mental.</p>
Sinais e sintomas associados	<p>Sintomas maníacos e/ou depressivos.</p> <p>Sinais neurológicos focais, alteração do sensório, déficit de memória, cefaleia, crises epiléticas, febre, alterações de peso.</p>	<p>Transtorno de humor ou esquizoafetivo.</p> <p>Epilepsia, massa intracraniana, acidente vascular cerebral (AVC), demência, trauma cranioencefálico (TCE).</p> <p>Doenças infecciosas (aids, sífilis, herpes, meningite).</p> <p>Doenças inflamatórias, endócrinas e neoplasias.</p>
Uso de substâncias psicoativas	<p>Drogas de abuso, intoxicações e abstinência.</p> <p>Medicamentos.</p>	<p>Anfetaminas, cocaína, maconha, álcool, alucinógenos.</p> <p>Agonistas dopamínergicos, cimetidina, teofilina, opioides, hipnóticos.</p>

Fonte: Lara e Abreu (2008).²²

Manejo

- Tranquilizar e proteger o paciente, principalmente aqueles que apresentem agitação psicomotora;
- Encaminhar paciente para acompanhamento psiquiátrico.

Tratamento farmacológico

- Pacientes sem complicações clínicas: antipsicóticos típicos ou atípicos;
- Pacientes com complicações clínicas, idosos ou usuários de substâncias psicoativas: haloperidol 1 ampola IM de 30 em 30 minutos até controle dos sintomas ou antipsicóticos atípicos;
- Fenotiazínicos (clorpromazina, levomepromazina) devem ser evitados, devido aos efeitos anticolinérgicos e redução do limiar convulsivante.

9. Referências

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. ASTETE DA SILVA, A.; BRAGA, M.C; PEREIRA SOUZA, M e colaboradores. Diretoria de Política de Urgência e Emergência: Protocolo de manejo das urgências. Curitiba, 2015.
3. SADOCK, BJ; SADOCK, V; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
4. SCHMITT, R; COLOMBO T. Programa de atualização em psiquiatria: emergências psiquiátricas. 2012;2(1): 119-164.