

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA

Protocolo de Urgências e Emergências Psiquiátricas na Rede de Atenção à Saúde de Araucária

Outubro de 2021



Araucária
PREFEITURA DO MUNICÍPIO

SMSA
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

PROTOCOLO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Araucária, 29 de setembro de 2021

Versão 1

Prefeito: Hissam Hussein Dehaini

Secretário Municipal de Saúde: Adilson Seidi Suguira

COLABORADORES MUNICIPAIS

Direção Técnica

Patricia Beleski Carvalho de Oliveira

Direção Assistencial

Lucas Foltz - Diretor

Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS

Nilian Valencia Ferreira Madeira - Diretora

Departamento de Atenção Primária à Saúde

Regina Mendonça de Carvalho - Diretora

Departamento de Atenção Secundária

Claudia Gomes Santanna - Diretora

Departamento de Atenção Psicossocial

Kelly Rosa Rigoni Lavarias - Diretora

Departamento de Urgência e Emergência

Ana Maria Taborda – Diretora

Bianca Caron Schuller

PRODUÇÃO DO TEXTO

Naíla de Oliveira Kuss

Ionara Roslídia Carraro

Tatiana de Souza

Bianca Caron Schuller

André Luiz Basso

Isabella Queiroga Ramos Floering

Anderson Rezende

Juliana Elisa Hoffmann Beraldo

Ana Cecilia Nicareta

Elisiane Fernandes da Rosa

Tayane Samistraro Staniszewski

Cristiane do Nascimento

Nouey Staldiff Lourenço Vieira

Apoio:

Núcleo de Qualidade em Saúde/ Núcleo de Comunicação em Saúde -

Diagramação, revisão e arte.

Michelle Sawczen Gregorczyk

Andrea July Enjiu Bernieri

Richardson Cherubini

Celine Klein Macedo

Consultoria técnica

Guarda Municipal

Jackson C. Leoni dos Santos

Índice

APRESENTAÇÃO.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
DESCRIÇÃO DO PROCESSO.....	9
CAPÍTULO 1 – CONCEITOS E DIFERENTES TIPOS DE ABORDAGENS.....	9
1.1 A DISPONIBILIDADE PARA ACOLHER E A ESCUTA.....	10
1.2 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO, IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E PSÍQUICAS DO INDIVÍDUO	10
1.3 CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS E GRAVIDADE CLÍNICA DO QUADRO.....	10
1.4 ANAMNESE.....	11
1.5 EXAME DO ESTADO MENTAL (EEM).....	12
CAPÍTULO 2 – MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA E TIPOS DE CONTENÇÃO.....	14
2.1. MANEJO AMBIENTAL.....	15
2.2 . CONTENÇÃO VERBAL/MANEJO ATITUDINAL.....	15
2.3. MANEJO FÍSICO.....	16
2.4. CONTENÇÃO QUÍMICA OU FARMACOLÓGICA.....	18
CAPÍTULO 3 – PRINCIPAIS QUADROS OBSERVADOS NOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA.....	20
3.1. DELIRIUM.....	20
3.2. INTOXICAÇÃO E EFEITOS ADVERSOS GRAVES DOS PSICOFÁRMACOS.....	21
3.3. EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS AO ÁLCOOL E AS DROGAS DE ABUSO.....	25
3.4. RISCO E TENTATIVA SUICÍDIO.....	29
3.5. ATAQUES DE PÂNICO.....	30
3.6. TRANSTORNO DEPRESSIVO.....	30
3.7. TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS.....	32
CAPÍTULO 4 – EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	33
4.1. COMPORTAMENTO AGRESSIVO.....	33
4.2. INTOXICAÇÕES E QUADROS CONFUSIONAIS.....	35
4.3. COMPORTAMENTO SUICIDA.....	36
4.4. TRANSTORNOS ANSIOSOS E SOMATOFORMES.....	37
4.5. TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	37
4.6. MAUS-TRATOS E ABUSO CONTRA A CRIANÇA/ADOLESCENTE.....	38
CAPÍTULO 5 – EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO IDOSO.....	39
5.1. RISCO DE SUICÍDIO.....	40
5.2. <i>DELIRIUM</i>	41
5.3. INTOXICAÇÕES.....	42
5.4. AGITAÇÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	45
Apêndice 1: Fluxo de pacientes psiquiátricos no consultório– UPA Araucária.....	45
Apêndice 2: Fluxo de pacientes psiquiátricos na observação – UPA Araucária.....	46
ANEXOS.....	47
Anexo 1: Demonstrativo ilustrado da contenção mecânica.....	47
Anexo 2: Ficha de Notificação SINAN.....	48
HISTÓRICO DE REVISÕES.....	50

APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamentos são ferramentas, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos profissionais de saúde do Município de Araucária.

É com esta clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais do SUS vinculados à Prefeitura Municipal de Araucária, que a Câmara Técnica de Saúde Mental, oferta o protocolo a seguir para os gestores e trabalhadores do SUS.

Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Rede de Saúde do nosso município. Mãos à obra!

INTRODUÇÃO

Os usuários acometidos por transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico estão sujeitos a situações de crise que caracterizam urgências e emergências, estas situações podem ocorrer de maneira imprevista, nos mais diversos locais (rua, domicílio, trabalho, UBS).

A intenção deste protocolo é auxiliar na condução destas situações e orientar o atendimento aos portadores de quadros agudos de natureza psiquiátrica e ou sofrimento psíquico, que deve ser prestado nos diversos pontos da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial no município, ou seja, pelo conjunto das Unidades Básicas de Saúde e suas equipes da Estratégia de Saúde da Família, pelos serviços de Atenção Secundária em Saúde Mental CAPS II, CAPS AD, SECRIA, pelas unidades de atendimento pré-hospitalares fixas UPA e móveis e pelas Unidades Hospitalares.

Os principais objetivos de um atendimento de emergência psiquiátrica visam a estabilização do quadro agudizado e o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, a exclusão de uma causa orgânica e encaminhamento para continuidade de tratamento, o que pode evitar situações de reincidência da crise ou nova agudização de sintomas.

O processo da Reforma Psiquiátrica exigiu a formalização e a implantação de uma nova rede e um novo modelo de organização dos serviços e estratégias de cuidado e reabilitação. Hoje, esse modelo está delineado e determina a organização dos serviços e estratégias na forma de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) articulada às redes de atenção do SUS como um todo.

A composição da RAPS está descrita na Portaria GM/MS nº 3.088 (BRASIL, 2011a), com seus setores de atenção e estações de cuidado, dos quais o município de Araucária dispõem de:

Atenção Primária à Saúde

- Unidades Básicas de Saúde – UBS
- Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF

Atenção Psicossocial

- Centros de Atenção Psicossocial II – CAPS II
- Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD
- Serviço de Atenção em Saúde Mental à Criança e ao Adolescente – SECRIA

Atenção Especializada

- Centro de Especialidades Terapêuticas – CET

Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192
- UPA 24 horas

Atenção Hospitalar

- Leitos ou Enfermaria de Atenção Integral em Hospital Geral HMA – Hospital Municipal de Araucária.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é um processo histórico em curso, mas com bases sólidas, apresentando diretrizes políticas e um modelo organizativo consistente, enraizados no SUS e como política pública de Estado.

Dentro das políticas públicas, a Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001 garante os direitos das pessoas com transtorno mental, e propõe, no âmbito do SUS, uma nova forma de atenção, assegurando o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde mental.

A Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No artigo Art. 8º define como pontos de atenção da RAPS na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

No § 1º a portaria define que os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência. No § 2º define que a RAPS na Atenção de Urgência e Emergência, deverá se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

A equipe médica dos CAPS realiza ações de apoio matricial através de interconsulta e discussão de casos com a equipe de referência na UPA. A prática de apoio matricial na atenção às situações de crise tem por objetivo, além do diagnóstico, a instituição de uma terapêutica especializada e o intercâmbio entre as equipes de referência, qualificando o cuidado ao usuário na rede de urgência e emergência.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Este protocolo foi elaborado em conjunto pelos profissionais que compõem a Câmara Técnica em Saúde Mental da SMSA e coordenado pelo Departamento de Atenção Psicossocial – DAPS. Está dividido em 5 capítulos e seus anexos.

CAPÍTULO 1 – CONCEITOS E DIFERENTES TIPOS DE ABORDAGENS

É importante a diferenciação dos tipos de abordagem para uma maior assertividade e eficiência na condução de situações que envolvem o atendimento em saúde mental nos serviços de saúde. Assim temos:

a) Emergência Psiquiátrica (EP): É qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo (de morte ou dano grave) para o paciente ou para terceiros, demandando uma intervenção terapêutica imediata. No contexto de uma EP, o profissional pode deparar-se com situações que não configuram necessariamente uma emergência. É importante estabelecer um “diagnóstico diferencial” da situação, com o objetivo de poupar tempo e esforço para oferecer o melhor atendimento possível. Basicamente, existem três tipos de situação em atendimentos de EP:

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

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

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

1.1 A DISPONIBILIDADE PARA ACOLHER E A ESCUTA

Muitas vezes um paciente em crise pode reagir com recusa ou hostilidade. Devemos lembrar que uma pessoa em crise intensa não controla, ou controla apenas parcialmente os seus pensamentos, impulsos e vontade, chegando a um ponto insuportável de sofrimento, ela pode encontrar-se, por assim dizer, “fora de si”. Na primeira abordagem com o usuário em crise, procure entender aquilo que aquele caso específico pode ensinar, mas evite tornar um interrogatório. 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 natural que esta situação desperte sentimentos de simpatia, antipatia, ou tantos outros, porém eles não devem determinar a nossa postura e a forma de agir em relação ao caso. Exercer certo domínio sobre nossas atrações e aversões é um aprendizado necessário para o trabalhador de saúde mental. As características pessoais e o comportamento do usuário não devem ser objeto de nosso julgamento moral.

1.2 AVALIAÇÃO DO CONTEXTO, IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E PSÍQUICAS DO INDIVÍDUO

As crises podem apresentar-se sob diferentes formas psicopatológicas e graus de intensidade, para nos ajudar na busca de um melhor manejo do caso é importante compreender 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, e até que ponto estão preservados os laços familiares e afetivos.

No manejo e condução do caso é interessante levantar se existem, e quais são os suportes para o usuário na família, na comunidade e no território, e os recursos da RAPS necessários para auxiliar no contexto de vida do usuário.

A avaliação deste contexto é importante como subsídio para muitas decisões na equipe, contudo o atendimento à situação de crise exige muitas vezes ação imediata em função de características psicopatológicas e do quadro clínico do paciente.

1.3 CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS E GRAVIDADE CLÍNICA DO QUADRO

Há dois grupos de situações emergenciais em psiquiatria:

- a) **Urgências cérebro orgânicas (*delirium*):** associadas a rebaixamento da consciência.
- b) **Urgências comportamentais:** comportamentos de natureza emergencial de diversas patologias psiquiátricas e da personalidade, ou disfunções comportamentais graves de pessoas sem diagnóstico aparente.

1.4 ANAMNESE

A entrevista na situação de emergência é similar à convencional, exceto pela limitação de tempo. Orienta-se focar na queixa apresentada e nas razões pelas quais o paciente buscou a emergência ou no motivo pelo qual o profissional de saúde foi chamado para atendê-lo. A limitação do tempo exige que o profissional estruture a entrevista à medida que ela vai ocorrendo.

Se amigos, parentes, policiais ou outros profissionais acompanham o paciente, uma história suplementar deve ser obtida por meio dessas fontes colaterais. Se disponíveis, o prontuário e outros registros do paciente devem ser consultados. O paciente pode estar altamente motivado a falar, ou pode ter sido levado involuntariamente ao atendimento; em alguns casos, a disposição ou a capacidade de cooperar podem estar comprometidas. Deve-se estar atento às possíveis causas orgânicas das alterações de comportamento

QUADRO 1- Dados importantes de serem obtidos na anamnese

1.	Identificação e história familiar
2.	Perfil psicossocial: <ul style="list-style-type: none">• Com quem mora e como é a relação com essas pessoas; escolaridade; trabalho e história ocupacional (incluindo exposições); problemas legais e criminais (processos em seu nome e motivos, número de detenções, por quanto tempo e motivos)
3.	Queixa principal: <ul style="list-style-type: none">• Ideia clara do motivo pelo qual o paciente buscou atendimento e por que nesse momento
4.	História da doença atual
5.	História médica pregressa: <ul style="list-style-type: none">• Presença de episódios anteriores (semelhantes ou não)• Hospitalizações: número, duração e instituições• Psicotrópicos: quais já utilizados, período de uso, motivo da suspensão ou troca• Tentativas de suicídio: número e período, meios utilizados e consequências• Uso, abuso e dependência de drogas: quais substâncias, último consumo e quantidade média, características de abstinências anteriores• História sexual e/ou ginecológica• Comorbidades e uso de medicações clínicas: traumas (TCE), doenças neurológicas (epilepsia, AVC), doenças cardiovasculares, diabetes melito, HAS, doenças infecciosas (HIV e outras ISTs) e neoplasias

1.5 EXAME DO ESTADO MENTAL (EEM)

O EEM é a parte essencial da avaliação clínica de emergência, pois sintetiza as observações e impressões do examinador sobre o paciente no momento da entrevista. Em geral, a primeira parte do EEM tenta avaliar o funcionamento cerebral orgânico. No contexto de emergência, o profissional deve preocupar-se, particularmente, com o nível de consciência e com as alterações agudas da atenção, da orientação e da memória.

Antes da avaliação das funções mentais, deve-se atentar para a aparência do paciente. Observam-se o grau de autocuidado ou de negligência e a impressão física geral transmitida ao entrevistador, refletida por postura, vestuário e arrumação geral, expressão facial e contato visual do paciente.

QUADRO 02 - Funções mentais e suas principais alterações

Funções mentais relacionadas a transtornos orgânicos	
Consciência:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: obnubilação, confusão, estupor e coma.
Atenção:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: vigilância (hipo e hipervigilância) e tenacidade (hipo e hipertenacidade).
Sensopercepção:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: hiperestesia, hipoestesia, hiperpercepção, hipopercepção, pseudopercepções (ilusões, pseudoalucinações), alucinações (visuais, auditivas, táteis, olfativas), deslocamento sensorial; • Avaliação: questionar sobre alucinações visuais, táteis e auditivas, principalmente; observação de conduta alucinatória.
Orientação:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: desorientação no tempo, no espaço e em relação à própria pessoa; • Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> – Tempo: questionar hora aproximada, dia da semana, do mês, mês, ano, estação; – Espaço: questionar local onde se encontra, endereço aproximado, cidade, estado, país; – À própria pessoa: perguntar dados sobre o

	<p>paciente, como nome, data de nascimento, profissão;</p> <p>– Demais pessoas: identificar familiares, amigos próximos e equipe de atendimento.</p>
Memória:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: amnésia, amnésia imediata, amnésia anterógrada, amnésia retrógrada, amnésia lacunar, amnésia remota, confabulação e hipermnésia.
Inteligência e abstração:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: aparentemente na média clínica, aparentemente inferior ou aparentemente superior; • Avaliação: escolaridade, reprovações e motivos aparentes. Perguntar se o paciente sabe fazer contas, lidar com dinheiro, locomover-se sozinho pela cidade, ver televisão e entender o que acontece.
Afeto e humor:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: <ul style="list-style-type: none"> – Afeto: congruente ou incongruente com o humor, normal, reativo, constrito, embotado ou plano; – Humor: deprimido, irritável, ansioso, expansivo, eufórico, amedrontado; • Avaliação: conteúdo afetivo predominante da entrevista, expressão facial do paciente, postura, adequação de respostas emocionais.
Pensamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: <ul style="list-style-type: none"> – Produção: lógico, ilógico ou mágico; – Curso: lento; acelerado – com fuga de ideias, circunstancialidade, tangencialidade, afrouxamento de associações ou descarrilamento; perseveração; desagregação; bloqueio; roubo de pensamento; – Conteúdo: delírios, ideias supervalorizadas, ideias de referência, pobreza, obsessões, fobias, ideias suicidas e homicidas. Principais tipos de conteúdo: persecutório, depreciativo, religioso,

	místico, sexual, de grandeza, de ruína ou culpa, hipocondríaco, etc.
Juízo crítico:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: inadequação de comportamento ou discurso, não reconhecer exposição moral, limitações, ou estar doente.
Conduta e controle de impulsos:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: hiperbulia, hipobulia, abulia, compulsões, perversões sexuais, frangofilia, colecionismo, coprofagia, dromomania, pica, tricofagia, onicofagia, hiperatividade, hipoatividade, negativismo (passivo/ativo), obediência automática, ecopraxia, parapraxia, estereotípias, maneirismos, tiques, autismo, automatismos, autoagressividade, heteroagressividade, isolacionismo, conduta bizarra, conduta regressiva, uso ou abuso de substâncias psicoativas, entre outras alterações.
Linguagem:	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações: disartrias, disfasias, bradilalia, taquilalia, mutismo, mussitação, ecolalia, verbigeração, neologismos, solilóquio, coprolalia, pararesposta, salada de palavras, associações por rimas, alterações de mímica facial.

CAPÍTULO 2 – MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA E TIPOS DE CONTENÇÃO

Durante as crises em saúde mental, pode ocorrer a piora dos sintomas psiquiátricos desencadeados em decorrência de alguma situação vivenciada, levando sofrimento psíquico ao paciente e, muitas vezes, às pessoas mais próximas. Nessas crises, uma das situações mais comuns são os episódios de **Agitação Psicomotora (APM)**, que podem ser definidos como uma atividade motora e cognitiva excessivas, muitas vezes geradas por tensões internas dos pacientes.

Nos episódios de APM são observadas manifestações clínicas caracterizadas por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, fala provocativa e/ou ameaçadora, resposta exacerbada a estímulos, irritabilidade, tensão muscular, desconfiança, entre outras possíveis manifestações. Nesses casos é fundamental que o profissional que realiza o atendimento identifique os sinais que podem levar a uma situação de heteroagressividade e violência, tomando as condutas adequadas conforme cada caso.

O principal objetivo no manejo de pacientes com agitação aguda é reduzir os sintomas psicológicos ou físicos do paciente, como autoagressão ou acidente para si e para terceiros, ajudando-o a manejar suas emoções e a adquirir controle sobre seu comportamento. Atualmente, medidas de contenção são reservadas para casos em que estratégias não coercivas se mostrarem ineficazes. A manutenção de uma boa relação equipe e paciente, fundamentada na empatia, é uma das prioridades no manejo da agitação aguda.

2.1. MANEJO AMBIENTAL

- a) Organização do espaço físico, incluindo a retirada de objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou usados como armas;
- b) Um paciente potencialmente violento não deve ser atendido por um único membro da equipe. Assim, a presença de outros profissionais de saúde ou mesmo de seguranças no local de atendimento ajuda a conter comportamentos violentos de maneira significativa;
- c) Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado, pois, quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de evolução para comportamento violento;
- d) A exposição a estímulos ambientais deve ser reduzida e a presença de pessoas desestabilizadoras para o paciente deve ser evitada naquele momento de agitação;
- e) Se possível deve ocorrer a redução do tempo de espera para consulta.

Importante considerar que, se identificado potencial risco à segurança da equipe de atendimento, dos familiares ou do próprio usuário, a segurança pública pode ser acionada, inclusive antecipadamente, através do número de emergência da Guarda Municipal, o 153 ,para auxílio no procedimento de contenção. São possíveis sinais de risco: histórico de crises psíquicas com comportamento hetero ou autoagressivo, ambiente com móveis/objetos quebrados ou destruídos, estar portando arma de fogo, branca ou similar.

2.2 . CONTENÇÃO VERBAL/MANEJO ATITUDINAL

É necessário encarar a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado no quadro clínico e como sinal de sofrimento psíquico. Esta postura permite que o profissional de saúde adote uma atitude empática e acolhedora, facilitando o contato com o paciente e o consequente controle da violência.

Algumas atitudes e comportamentos relativamente simples podem ajudar de maneira significativa no manejo de pacientes agitados: a) identifique-se de maneira que seja visto pelo paciente e mantenha-se atento aos movimentos e à fala dele; b) Os movimentos devem ser suaves, mantendo-se certa distância física do paciente; c) chame-o pelo nome e repita-o várias vezes durante a abordagem; d) mantenha o contato visual e evitar fazer anotações neste momento; e) comunique que está ali para ajudá-lo; f) utilize frases curtas e claras, repetindo-as se necessário. A fala deve ser pausada, mas firme; g) certifique-se de que o paciente está compreendendo o que está sendo dito; h)

não se deve barganhar com o paciente, mas é importante manter alguma flexibilidade na condução da entrevista e estar atento ao que o paciente tem a dizer ou reivindicar; i) explique, a cada procedimento, o que será realizado (não engane o paciente); j) estimule-o a expressar seus sentimentos, procurando acalmá-lo e auxiliá-lo na percepção da realidade e reforçando a capacidade do paciente de autocontrole; k) Certifique-se de que poderá contar com a ajuda de outros membros da equipe caso haja violência. l) Preserve a privacidade do paciente, afaste curiosos.

2.3. MANEJO FÍSICO

O manejo físico é o último recurso utilizado nos episódios de Agitação Psicomotora. Seu uso restringe-se às situações onde os demais recursos falharam e há risco iminente de auto e heteroagressividade. O manejo físico pode ser compreendido a partir de dois tipos de procedimentos: a) Contenção Física e b) Contenção Mecânica.

a) Contenção Física

A contenção física é um procedimento caracterizado pela imobilização do usuário por membros da equipe que o seguram de forma técnica com as mãos. Deve ser realizada por vários profissionais (preferencialmente um mínimo de cinco pessoas), já que um maior número de pessoas pode, por si só, levar à cooperação do paciente. No entanto, a humanização das práticas de cuidar em saúde e a legislação voltada à segurança do paciente, instiga os profissionais a repensar a sua finalidade, indicação e modos de usá-la, para que seja um procedimento terapêutico e não de repressão.

É necessária a nomeação do condutor do processo, de preferência alguém mais experiente, responsável por anunciar a decisão para o usuário e que vai pontuando, verbalmente, os passos e porquês para a equipe e usuário. É também o único profissional que, em tese, se dirige ao usuário, sendo responsável por proteger a cabeça e monitorar vias aéreas e sinais vitais durante a instalação do procedimento. A medicação deve estar disponível e ser administrada assim que possível para tranquilizar o paciente e diminuir o tempo necessário de contenção física. Quando contido, o paciente deve ser mantido em uma posição confortável e em observação contínua.

Deve-se manter uma distância segura do paciente; abordar primeiramente os membros superiores; o condutor do processo deve estar no centro do grupo e seguir com sua equipe até o paciente; no momento que o paciente estiver ao alcance, o líder vocaliza um comando, exemplo: “Agora”; a imobilização deve ser iniciada com a participação imediata e simultânea de toda a equipe; a contenção física é permitida em menores respeitando as limitações físicas e de desenvolvimento infantil.

b) Contenção Mecânica

A contenção mecânica é a restrição dos movimentos por meios indiretos, com o uso de faixas de contenção ou assemelhados. A realização da contenção mecânica só é permitida em maiores de 12

anos de idade.

O objetivo deste tipo de contenção é restringir os movimentos do paciente agitado ou agressivo, limitando sua habilidade de movimento quando esse oferece perigo para si e para terceiros. Através do uso das faixas, a contenção deve levar a um relaxamento progressivo, uma diminuição da agressividade/agitação e uma percepção dos limites corporais. Importante usar a terminologia correta, O “paciente está contido” e não “amarrado” ou “nas faixas”.

A realização da contenção mecânica deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar no projeto terapêutico. Deve ser utilizada somente após serem esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que podem influenciar negativamente o comportamento do paciente, entre outros. (PAES, et al., 2009) (2013, Protocolo Adauto Botelho).

A resolução 1598/2000 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 11, aponta que a contenção mecânica é procedimento médico, devendo ser acompanhado diretamente por um auxiliar do corpo de enfermagem, durante todo o tempo. Já o Conselho Federal de Enfermagem (parecer técnico 427/2012), define que a contenção até pode ser realizada na ausência do profissional médico, desde que haja protocolo institucional instituído.

Quadro 3 - Guia para realização de Contenção Mecânica (Anexo 1- demonstrativo ilustrado)

Material: faixas de contenção, padronizadas pela instituição;
Realizar a contenção de 4 ou 5 pontos, num leito e com faixas de contenção confortáveis e adequadas, monitorando sinais vitais;
Permitir a restrição dos movimentos por período suficiente para que seja efetiva a contenção;
O leito para realização da contenção mecânica deve estar preparado: posição horizontal, longe da parede, permitindo circulação por todos os lados e 04 faixas de contenção (no mínimo) apropriadas para o procedimento padrão da instituição.
Enquanto uma parte da equipe posiciona o usuário no leito, outro profissional determinado como líder utilizando as faixas apropriadas, contém o usuário mantendo o corpo alinhado em posição anatômica;
Assim que um membro é contido, o funcionário livre deve auxiliar o coordenador da ação para agilizar o procedimento e aos poucos sendo possível liberar os profissionais presentes para outras atividades;
Após todos os membros estarem contidos, é necessário avaliar se os nós não estão muito firmes (um dedo de folga é uma medida segura) para evitar garroteamento e suas complicações;
Mesmo contido, se o usuário continuar se debatendo, a faixa pode ser utilizada, passando sobre o peitoral do usuário e tendo suas extremidades fixadas no estrado. Sua localização deve ser abaixo da

altura das axilas, para não pressionar o plexo braquial e atentar para não comprimir mamilos ou mamas;

É obrigatório a presença de um profissional da enfermagem junto ao usuário contido e de 30 em 30 min deve monitorar os sinais vitais e nível de consciência, proporcionando conforto e cuidados necessários ao paciente;

Na necessidade de aguardar o SAMU, para remoção do usuário contido para serviço de referência, após o expediente do serviço, será necessária a permanência mínima de 03 profissionais durante todo tempo de espera;

É importante discutir o procedimento na equipe e com o paciente que foi contido, num tempo posterior, o mais breve possível, se possível com família também.

Registrar em prontuário informando quais membros foram submetidos à contenção, horário de início e término da contenção, assim como possíveis intercorrências.

Obs: Para a prática segura e eficaz das técnicas de contenção (física e mecânica) é indicado treinamento específico para a equipe de profissionais.

Fonte: (Linha Guia de Saúde Mental de Curitiba, 2018, 1ª edição, pág. 101-102 – adaptação)

A contenção mecânica pode apresentar riscos de morte ou alta morbidade como asfixia, aspiração, lesão de pele, desidratação, insuficiência renal aguda, trombose venosa, tromboembolismo, efeitos psicológicos traumáticos e risco de agressão por outros pacientes. Portanto, deve ser mantida pelo menor tempo possível e sempre com monitoração constante por parte da equipe de saúde.

Torna-se importante pontuar que, nas situações em que o controle do comportamento auto e heteroagressivo não transcorreu como o esperado, é fundamental que todos os membros da equipe envolvidos possam avaliar as decisões tomadas, cada abordagem, cada procedimento instituído. Compreender eventuais falhas no manejo de um paciente, adequar o comportamento da equipe de profissionais de saúde e ofertar um espaço para falar sobre os sentimentos provenientes do manejo físico/mecânico daquele paciente, é um aspecto fundamental para a prevenção de comportamentos violentos e para a saúde mental dos profissionais e usuários, mas em hipótese alguma com caráter punitivo e sim com intuito de aprimorar sempre o trabalho da equipe.

2.4. CONTENÇÃO QUÍMICA OU FARMACOLÓGICA

A prescrição da contenção química é de atribuição exclusiva do médico, em casos de necessidade clínica. Deve-se evitar a sedação excessiva, pois além de dificultar a avaliação diagnóstica do paciente, (especialmente caso decida-se encaminhá-lo para avaliação de outro equipamento da rede), o expõe ao risco de complicações clínicas.

Deste modo, o objetivo do uso de medicações é tranquilizar o paciente o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de auto e heteroagressividade e da ocorrência de efeitos colaterais, mas de

maneira a permitir a continuidade da investigação diagnóstica e da abordagem terapêutica.

A contenção farmacológica é o objetivo final pois a imobilização e a contenção física são instáveis e transitórias. A contenção farmacológica é progressivamente eficaz. A decisão entre medicação oral e parenteral devem ser avaliadas de acordo com a cooperação do paciente.

Tranquilização rápida

Objetivo: reduzir significativamente os sintomas de agitação e agressividade sem a indução de sedação mais profunda e prolongada para reduzir o risco de autoagressão ou heteroagressividade ou a ocorrência de efeitos colaterais, mas de maneira a permitir a continuidade da investigação diagnóstica e da abordagem terapêutica.

Atenção: Devem ser evitados em pacientes intoxicados por outros depressores como álcool, barbitúricos e suspeitas de traumatismo craniano.

Medicamentos recomendados presentes na rede para o tratamento da agitação aguda:

Importante: Medicamento oral, sempre que possível é recomendado antes de tentar a via intramuscular (IM) e endovenosa (EV).

Medicamentos orais:

1) Risperidona: dose inicial de 2 mg, pode ser repetida em 2 horas. A dose máxima em 24 horas é de 6 mg.

2) Haloperidol dose inicial de 5 mg, pode ser repetido em 15 minutos. A dose máxima é de 20 mg.

Medicamentos Intramuscular (IM):

A associação de haloperidol com benzodiazepínico (midazolam) tem sido proposta como a melhor eficácia e de menor dose para obtenção da resposta com menor incidência de efeitos colaterais.

1) Haloperidol 5 mg/ml: Iniciar com 5 mg. Pode repetir após 30 min com dose máxima em 24 h de 20 mg. A associação com prometazina 25 mg ou 50 mg (prometazina 25 mg/ml IM disponível na rede) apresenta vantagens em relação a sedação e a redução da frequência da distonia aguda, efeito colateral que ocorre em 5% dos pacientes que utilizam o haloperidol IM. O uso de haloperidol EV pode aumentar o intervalo Qt no ECG (aumento do QTc de 15ms após 10 mg de haloperidol) portanto o ideal é **evitar**. Se for decidido pelo uso fazer 2-5mg de dose inicial e pode ser repetido em 4 h. Primeira escolha em episódios psicóticos e quadros maníacos.

2) Clorpromazina 25 mg (5 mg/ml): uso está associado a hipotensão súbita além de importantes efeitos anticolinérgicos (**cuidar em idosos com delirium**). Medicação mais sedativa se comparada ao haloperidol. Pode diminuir o limiar convulsivo. Medicação pouco segura: **EVITAR**.

3) Midazolam 5 mg/ml: por via intramuscular (IM) reduz seu potencial de causar depressão respiratória, se comparada a administração EV.

Medicamentos Endovenosa (EV):

1) Diazepam 5 mg/ml: Usar em casos refratários, entretanto, deve-se monitorar os sinais vitais do paciente pelo risco de depressão respiratória (se a frequência respiratória estiver menor 10/min o uso de flumazenil é indicado). **Não fazer diazepam IM** pois a absorção é errática e apresenta metabólitos ativos de vida-longa. Indicado na síndrome de abstinência grave de álcool.

2) Midazolam 5 mg/ml: duração do efeito é curto de 1-2h.

3) Haloperidol com dose inicial de 2-5 mg, pode ser repetido em 4 horas, com dose máxima para 24 horas de 10 mg. **Se possível, evitar o uso de haloperidol EV**, pois está associado a prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma. Se utilizar, considerar monitorização cardíaca.

CAPÍTULO 3 – PRINCIPAIS QUADROS OBSERVADOS NOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

3.1. DELIRIUM

Delirium é uma síndrome neurocognitiva marcada pela alteração do nível de consciência, atenção e sensopercepção, acompanhada de déficit cognitivo (memória, desorientação, perturbação da linguagem) que não pode ser explicado por um quadro demencial preexistente. Se desenvolve em curto período de tempo (dias a semanas) e apresenta flutuação da intensidade dos sintomas durante o dia.

Devem existir evidências de que a síndrome é causada por consequências orgânicas diretas de uma condição médica geral, e a alteração na cognição não pode ser mais bem explicada por demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

As principais causas de Delirium são infecções (Pneumonia, ITU, encefalite, sepse), abstinência (álcool, benzodiazepínicos), doença metabólica aguda (acidose, alcalose, disfunção renal ou hepática), trauma (TCE, pós-operatório, queimaduras graves), hipóxia, deficiência de vitaminas, endocrinopatias (distúrbios das adrenais, paratireóide, glicose, mixedema), doença vascular aguda (choque, AVE, encefalopatia hipertensiva), toxinas, drogas e metais pesados. De acordo com o comportamento psicomotor pode apresentar-se como Delirium hiperativo, Delirium hipoativo, Delirium misto.

É importante abordar possível insuficiência cardíaca, hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemias, desordens nutricionais, infecções, insuficiência renal e hepática. Deve-se investigar a presença de transtornos psiquiátricos capazes de influenciar o quadro, agravando e

mimetizando alguns sintomas. A correção destas anormalidades geralmente melhora o funcionamento global do paciente. Algumas **medidas não farmacológicas** podem auxiliar no manejo dos sintomas, como: orientação e intervenções comportamentais ao paciente e familiares; evitar mudanças bruscas no ambiente e cuidadores; evitar contenção mecânica; flexibilizar horário de visitas, permitir a presença de cuidadores íntimos do paciente; reduzir ruídos e iluminação.

Medidas farmacológicas: O controle de comportamentos agressivos ou agitados capazes de causar danos ao paciente e aos profissionais de saúde envolvidos, pode ser feito com antipsicóticos e benzodiazepínicos. **Ver tópico Medicamentos recomendados presentes na rede para o tratamento da agitação aguda.**

Deve-se sempre ficar atento ao nível de consciência do paciente, sendo este o parâmetro para controle da dose medicamentosa. **Haloperidol** é a droga de primeira linha no tratamento sintomático do delírium. A segunda opção seria a **Clorpromazina** (mais sedativa), que pode ser utilizada com bons resultados, mas deve ser evitada em situações de comprometimento hepático. **Benzodiazepínicos** podem ser associados nos quadros de maior agitação e difícil resposta ao antipsicótico em monoterapia. Lembrar que o alvo do tratamento deve ser a causa dos sintomas. O uso prolongado de neurolepticos pode levar a uma baixa de consciência, agravando os sintomas, especialmente em idosos.

3.2. INTOXICAÇÃO E EFEITOS ADVERSOS GRAVES DOS PSICOFÁRMACOS

Intoxicação por Carbamazepina e Ácido Valpróico: Deve-se considerar a hipótese de uma intoxicação por carbamazepina em caso de sintomas cerebelares, depressão do sistema nervoso central (SNC) e sinais de síndrome anticolinérgica associados a história de uso de carbamazepina. A overdose desta substância pode causar hipoglicemia, meningite e encefalite, status epilepticus, encefalopatia hepática, hemorragia subaracnóidea, acidente vascular cerebral, prolongamento do intervalo QRS, arritmias ventriculares e hipotensão. Na avaliação laboratorial, deve-se solicitar teste de gravidez, testes de função hepática e creatinofosfoquinase (CPK), sendo reavaliados de acordo com a gravidade do paciente.

A intoxicação por ácido valpróico em geral causa depressão do SNC, tipicamente de surgimento e progressão rápidos, exceto em caso de ingestão de formas de liberação lenta. Podem ocorrer náuseas, vômito, diarreia, hepatite medicamentosa, flutuação no nível de consciência, miose, agitação, tremores, mioclonia, hipotensão, taquicardia e hipertermia. Sintomas raros incluem febre, alucinações, bloqueio cardiovascular, pancreatite, alopecia, trombocitopenia, anemia, edema cerebral, convulsões, atrofia do nervo óptico e insuficiência respiratória aguda. Os níveis séricos de ácido valpróico devem ser obtidos de forma seriada até apresentar curso decrescente do nível sérico. Entre os exames laboratoriais, são necessários glicemia, eletrocardiograma (ECG), teste de gravidez, ionograma (sódio, cálcio, bicarbonato e cloro), prova de função hepática, concentração de amônia sérica e plaquetas.

O tratamento destas intoxicações consiste em medidas de suporte. O uso de carvão ativado pode ser útil, contanto que haja trânsito intestinal regular. No caso da intoxicação por ácido valpróico e naloxona podem auxiliar na reversão de quadros mais graves.

Intoxicação por Tricíclicos e Tetracíclicos: Trata-se de uma intoxicação potencialmente fatal. Em caso de uma overdose, o antagonismo muscarínico reduz a motilidade do TGI, prolongando o tempo de pico plasmático. As propriedades lipofílicas destes fármacos limitam tentativas de diálise e a circulação êntero-hepática pode prolongar a eliminação de parte dos fármacos. O quadro clínico inclui sedação, confusão mental, delirium, convulsões, coma, alucinações, arritmias cardíacas, hipotensão e sintomas anticolinérgicos (midríase, retenção urinária, íleo paralítico, taquicardia sinusal, hipertermia, boca seca e rubor). Os pacientes apresentam deterioração clínica rápida, mesmo que o quadro clínico inicial seja estável.

No manejo, deve-se realizar monitorização seriada com ECGs. Os achados que indicam cardiotoxicidade incluem alargamento do QRS (principal; > 100 msec), prolongamento do intervalo PR e QT, bloqueio atrioventricular e intraventricular (especialmente do ramo direito). Além disso, sugere-se revisão eletrolítica, ácido-básica, e glicemia capilar. O tratamento consiste em suporte avançado à vida, com estabilização das vias aéreas e administração de oxigênio suplementar, se necessário. A hipotensão, principal causa de morte, deve ser tratada com infusão de cristaloides e, se refratária, com terapia vasopressora com adrenalina. O bicarbonato de sódio é o antiarrítmico de escolha em caso de QRS > 100 msec ou arritmia ventricular, com dose inicial de 1 a 2 mEq/kg, EV, rápido. A descontaminação gastrointestinal deve ser realizada somente após a estabilização clínica; lavagem gástrica até 1 hora, e carvão ativado (1 g/kg, máx. de 50 g), até 2 horas após a ingestão do fármaco. Benzodiazepínicos são utilizados para controle das crises convulsivas. No caso de intoxicação concomitante de benzodiazepínicos e ADTs, fazer suporte clínico; o flumazenil está contra indicado nessa situação.

Intoxicação por Lítio: Sintomas de intoxicação leve por lítio incluem tremor, sede excessiva, náuseas, diarreia, dor epigástrica, fraqueza muscular, fadiga, (sintomas que podem estar presentes também no início do tratamento), letargia e vertigem. A intoxicação moderada caracteriza-se comumente por confusão mental, nistagmo, disartria, ataxia, mioclonias e alterações no ECG. Já na intoxicação grave ocorrem estupor, convulsões e hiperreflexia, podendo levar ao óbito.

Importante lembrar do risco de intoxicação crônica em pacientes que já fazem uso da substância mas apresentam algum fator que ocasione aumento gradual da litemia como insuficiência renal, desidratação, incrementos de doses e uso de medicações como diuréticos e anti-inflamatórios. Pacientes idosos são especialmente vulneráveis à toxicidade do lítio, em virtude de uma menor taxa de filtração glomerular e menor volume de distribuição. Em casos de intoxicação crônica, podem

ocorrer déficits cognitivos, parkinsonismo, psicose, alterações cerebelares, miocardite, nefrite túbulo-intersticial, diabetes insípido nefrogênico, insuficiência renal crônica, bócio, hipotireoidismo.

Devido à lenta penetração do lítio no SNC, a litemia comumente não se correlaciona com a gravidade dos sinais clínicos de toxicidade, por isso o tratamento deve se basear nas manifestações clínicas, com administração de fluidos endovenosos, para manutenção da taxa de filtração glomerular; descontaminação gastrointestinal e hemodiálise nos casos de toxicidade grave. Irrigação intestinal com uma solução de polietilenoglicol (PEG) pode auxiliar em pacientes assintomáticos após ingestão aguda elevada ou em casos de ingestão de preparações de liberação lenta, com doses entre 500 mL a 2 L por hora, administradas até que o efluente retal esteja claro. Contraindica-se irrigação intestinal em casos de obstrução mecânica, íleo paralítico, perfuração e sangramento gastrointestinal, além de sintomas neurológicos proeminentes. O uso de carvão ativado não é recomendado. A hemodiálise é o tratamento de escolha para casos graves de toxicidade por lítio. Logo após, os níveis séricos do lítio podem sofrer uma elevação compensatória, por isso recomenda-se que novas dosagens sejam realizadas somente em torno de 6 horas após a hemodiálise.

Síndromes tardias: constituem um grupo de distúrbios caracterizados por movimentos anormais, persistentes e de instalação insidiosa, causados por agentes bloqueadores de receptores dopaminérgicos, em especial antipsicóticos e antieméticos (como a metoclopramida). Enquanto o termo “ST” engloba inúmeras manifestações clínicas, que incluem coreia, atetose, distonia, acatisia, comportamentos estereotipados e, raramente, tremor, o termo “discinesia tardia” (DT) refere-se especificamente aos movimentos oro bucolinguais, associados a movimentos dos dedos. Os sintomas devem estar presentes por um período mínimo de quatro semanas e se desenvolverem durante a exposição a um neuroléptico ou em até quatro semanas após sua retirada, prazo que é estendido para oito semanas no caso de medicações de depósito. É necessária, ainda, histórico de uso de medicamentos neurolépticos por, pelo menos, três meses (ou um mês, em indivíduos com mais de 60 anos).

Diagnósticos diferenciais da DT incluem doença de Huntington, degeneração hepatolenticular, edentulismo, sequelas de AVC, quadros coreiformes, discinesia induzida por fármacos como levodopa, ADTs, ISRS, ISRSN, lítio e fenitoína, além de estereotípias associados à esquizofrenia, autismo e retardo mental grave.

Fatores de risco para o desenvolvimento das síndromes tardias incluem idade avançada, sexo feminino, população afrodescendente, uso de antipsicóticos de primeira geração, uso de doses altas e tratamento prolongado com neuroléptico, transtornos do humor, déficit cognitivo, presença de sintomas negativos, abuso de álcool e outras substâncias, uso de lítio e agentes antiparkinsonianos, diabetes, infecção pelo HIV, surgimento precoce de sintomas extrapiramidais.

Como tratamento, deve-se considerar a suspensão ou redução gradual do fármaco. Em caso de remissão com a redução da dose, manter em dose baixa ou sem tratamento, se possível.

Síndrome neuroléptica maligna (SNM): trata-se de uma emergência médica associada ao uso de agentes neurolépticos, que pode ser fatal. Caracteriza-se por rigidez muscular, hipertermia, disautonomia e alterações no estado mental. Causada com maior frequência pelo uso de antipsicóticos de primeira geração (APG) de alta potência, mas também por APG de baixa potência, antipsicóticos de segunda geração (ASG), antieméticos como metoclopramida e prometazina, antidepressivos e lítio. Fatores de risco incluem doses mais elevadas, aumento recente ou rápido das doses, troca de agentes, sexo masculino e administração parenteral.

Os diagnósticos diferenciais incluem meningite, encefalite, infecções sistêmicas, encefalopatia hepática, síndrome anticolinérgica, hipertermia maligna, síndrome serotoninérgica, substâncias de abuso como anfetaminas e alucinógenos), síndrome de abstinência por medicamentos como sedativo-hipnóticos ou por álcool, tireotoxicose, feocromocitoma, choque térmico, etc.

O princípio do tratamento é a retirada da medicação causadora, associado a medidas de suporte como reposição hidroeletrolítica e controle da febre. Havendo elevação da CPK, deve-se administrar fluidos EV de forma vigorosa e alcalinizar a urina. Benzodiazepínicos, via oral ou parenteral, podem amenizar os sintomas e estão indicados para o tratamento da agitação psicomotora. Outra opção que pode auxiliar na evolução, embora ainda haja poucas evidências da real eficácia deste, é

-Eletroconvulsoterapia (ECT) em casos resistentes, de 6 a 10 sessões.

O tempo médio de recuperação é de 7 a 11 dias, mas pode ser mais longo em caso de uso de antipsicóticos de depósito e doença cerebral estrutural concomitante. Sequelas neurológicas são raras, exceto nos casos em que há hipóxia grave ou hipertermia por período prolongado.

Sintomas extrapiramidais: podem surgir após início ou aumento da dose de uma medicação neuroléptica ou após redução da dose de medicamento utilizado para tratar sintoma extrapiramidal.

1)Acatisia: caracterizado por inquietude motora e incapacidade de permanecer parado. A primeira opção de tratamento é a redução da dose da medicação causadora. Outra opção é o uso de benzodiazepínicos. Caso esta opção também falhe, pode-se iniciar betabloqueadores, como o propranolol, 10 mg, por via oral, 2 vezes ao dia, podendo-se chegar a 20 mg 3 vezes ao dia. Anticolinérgicos, como o biperideno via oral em doses entre 2 a 6 mg/dia, também podem auxiliar no quadro.

2)Parkinsonismo induzido por antipsicótico: caracterizado por tremores parkinsonianos, rigidez muscular ou acinesia. Podem ocorrer durante o tratamento ambulatorial em cerca da metade dos pacientes em uso de neurolépticos. Além da redução da dose, pode-se fazer uso de biperideno via oral entre 2 e 6 mg/d. Outra opção é o uso de amantadina, entre 100 e 400 mg/dia.

3)Distonia aguda induzida por antipsicótico: contrações anormais e prolongadas da musculatura ocular, cabeça, pescoço, membros ou tronco. Casos mais leves podem ser tratados com biperideno via oral, mas pode ser necessário fazer uso de vias IM ou EV lenta 2 mg a cada 30 minutos até o máximo de 4 doses/dia. Após o tratamento da crise aguda, deve-se considerar a redução ou suspensão da medicação causadora.

Síndrome serotoninérgica (SS): definida por uma tríade de alterações do estado mental, hiperatividade autonômica e anormalidades neuromusculares.

O diagnóstico deve ser considerado em caso de uso de agente serotoninérgico nas últimas semanas, associado a tremor e hiperreflexia, clônus, rigidez muscular, temperatura > 38° C, acatisia sem outros sinais extrapiramidais. Alterações laboratoriais esperadas incluem leucocitose, elevação de CPK, creatinina e transaminases, bem como acidose metabólica. Os diagnósticos diferenciais são similares aos da SNM.

O tratamento deve incluir retirada do fármaco precipitante e suporte clínico. Recomenda-se a infusão controlada de eletrólitos e líquidos (EV) para manutenção da diurese acima de 50 a 100 mL/h, evitando-se mioglobinúria. O controle da agitação pode ser feito através de benzodiazepínicos. Casos mais graves podem exigir resfriamento, ventilação mecânica, uso de anticonvulsivantes e anti-hipertensivos. Outra opção, mesmo com poucas evidências de eficácia:

- Clorpromazina: 50 a 100 mg via intramuscular, sempre monitorando o risco de hipotensão.

Espera-se melhora do quadro em até 24 horas, mas o quadro pode se prolongar em caso de uso de fármacos com meia-vida longa ou muitos metabólitos ativos. O prognóstico é geralmente bom, com baixa mortalidade.

3.3. EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS AO ÁLCOOL E AS DROGAS DE ABUSO

Classificação das substâncias psicoativas

Depressora do Sistema Nervoso Central: álcool, ópio e derivados, solventes, barbitúricos e benzodiazepínicos.

Perturbadores: alucinógenos (LSD), ecstasy, maconha.

Estimulantes: anfetaminas, metanfetaminas, nicotina e cocaína.

➤ **Uso, abuso e dependência de bebidas alcoólicas**

Pesquisas apontam que 40% dos pacientes de pronto atendimento tem alguma quantidade de álcool no organismo. Usuários crônicos procuram mais o serviço de saúde, podem apresentar quadros mascarados de traumas, alterações metabólicas, processos infecciosos, traumas intencionais ou uso de outras substâncias psicoativas

Intoxicação Aguda: embriaguez leve, anestesia, coma, depressão respiratória. Cognitivamente: ocorre lenificação do pensamento; prejuízo de concentração, raciocínio, atenção e julgamento; confusão e sedação.

Alterações psicomotoras: fala pastosa, incoordenação motora e perda do equilíbrio

Clinicamente: náuseas, vômitos, diarreia, incontinência urinária, hipotermia, hipertensão, hipo ou hiperglicemia, FR superficial, palidez cutânea.

Síndrome de Abstinência do Álcool: Inicia nas primeiras 6 h após interrupção do uso, pico de duração em 24 a 48 h e dura de 5 a 7 dias. Mortalidade de 5 a 25%.

Pode ser categorizada em leve, moderada e grave.

SAA Leve: Agitação leve, tremores finos de extremidades, sudorese discreta, cefaleia, náuseas **sem** vômitos e **sem** alterações da sensopercepção. Orientado no tempo e espaço, juízo crítico preservado, ansiedade leve, ausência de agressividade. Sem complicações clínicas ou comorbidades graves.

SAA Grave: Agitação intensa, tremores generalizados, sudorese profusa, cefaleia, náuseas com vômito, sensibilidade visual intensa, crises convulsivas ou histórico pgresso. Desorientado no tempo e espaço, crítica comprometida, ansiedade intensa, histórico de violência, auto/heteroagressividade, alteração de pensamento com conteúdo delirante ou alucinações (microzoopsias). Apresenta complicações e/ ou comorbidades clínicas e ou psiquiátricas graves.

Síndrome de Wernick Korasakoff: O álcool inibe a absorção da tiamina pelo intestino e esta é precursora para absorção da glicose nos neurônios. Com sua redução, a metabolização da glicose nestas células fica comprometida, e reduz a atividade neuronal, causando danos graves no paciente. Sinais clínicos da Síndrome de Wernicke. Confusão Mental (82%), distúrbios oculares (29%) e ataxia (23%). Sinais clínicos da Síndrome de Korsakoff são: amnésia, apatia, inércia, confabulação (inverter fatos de sua história, completar as lacunas com fantasias)

Crise Convulsiva: Acometem 10 a 15% dos pacientes em SSA. Surgem em 6 a 48 h após interrupção do uso e 1/3 dos casos evoluem para o *delirium tremens*. São necessário medidas de proteção durante a crise.

SAA- Delirium Tremens: Sinais clínicos: confusão mental aguda, rebaixamento do nível de consciência, desorientação tempo espacial, desatenção, comportamento desorganizado, agitação intensa, fala pode ficar ininteligível, agressividade verbal e física, humor disfórico. À noite pode ficar mais agitado. Alucinações táteis e visuais (insetos pelo corpo), que pode evoluir para intensa agitação e violência para afastar as microzoopsias. Alucinações auditivas vão de ruídos a vozes de comando. Sinais de Sampaio: alucinação do tipo filamentar, questionar se tem fio nas mãos ou teias de aranha. Taquicardia, hipertensão, taquipnéia, sudorese, febre <38°, tremores grosseiros, insônia, irritabilidade, pesadelos

Alucinose Alcoólica: Início em 48 h após interromper o consumo do álcool. Duração variável desde dias a meses, mas pode se tornar permanente. Alucinações visuais e auditivas semelhantes ao DT, predominantemente auditivo. Não ocorre rebaixamento no nível de consciência. Não há alteração na

PA, FC e temperatura. Sensação de medo, quadro de agitação ou ansiedade devido aos sons que ouve.

Demência Alcoólica: Prejuízo da memória recente, com tendência a confabulações. Não ocorre alteração do nível de consciência. Devido as lesões difusas no cérebro há dificuldade em registrar os fatos recentes, assim como perda da capacidade de julgamento e de abstração. Alteração de comportamento, podendo ser inadequado em determinadas situações. Há grande dificuldade em reverter essa condição. Tem evolução gradativa se não houver intervenção.

- **Maconha:** Sinais da síndrome de abstinência da maconha são: ansiedade, irritabilidade, agitação psicomotora, diminuição do apetite, alteração do sono, dores musculares, cefaleia e taquicardia. **Comorbidades associadas ao uso:** ansiedade, pânico, transtorno de deficit de atenção, depressão e esquizofrenia **Tratamento:** Está focado na desintoxicação aguda e no controle dos sintomas, mas também nos possíveis quadros psicóticos.
- **Cocaína e Crack:** Intoxicação aguda. **Sinais clínicos:** hipertensão, taquicardia, hipertermia <38°, taquipneia, midríase, sudorese intensa, desidratação grave, tremores leves de extremidades, espasmos musculares principalmente mandíbula e língua. Convulsões, AVC (1/3 dos adultos jovens são por uso cocaína), dor torácica (40%), infarto (6%), arritmias, crise hipertensiva, morte súbita. **Alterações psiquiátricas:** hiperalerta, euforia, ansiedade, inquietude, pânico, medo, angústia, pensamento acelerado, insônia, paranoia, alucinações, agitação psicomotora e agressividade

Overdose: Complicação aguda devido ao uso da SPA., com falência de um ou mais órgão devido ao uso, seja ele crônico, eventual ou iniciante, causado pelo excesso de estimulação do SNC. Acomete principalmente o sistema cardiocirculatório, nervoso central, renal e térmico. **Sinais clínicos:** Agitação, *delirium*, taquicardia, hipertensão, hipertermia >38°, arritmia, dor torácica, infarto, sudorese, convulsões, acidose metabólica.

Conduta clínica

É importante definir se o quadro clínico de intoxicação é agudo ou crônico. No quadro agudo ocorre o desenvolvimento de síndrome específica devido à ingestão recente ou exposição à substância. No caso da intoxicação crônica, ocorre o desenvolvimento de comportamentos mal adaptativos, com reflexos fisiológicos e cognitivos concomitantes e específicos à substância, como a dependência, por exemplo. O tratamento tem como objetivo o manejo da abstinência.

1)Álcool: a apresentação clínica de intoxicação pelo álcool é bastante variada, dependendo sobretudo

do nível de álcool no sangue. Até alcoolemias de 150 mg%, sugere-se o monitoramento dos sinais vitais do paciente em ambiente seguro e calmo, com atenção à manutenção das vias aéreas livres. A indicação de soro fisiológico EV restringe-se à ocorrência de desidratação, e a glicose hipertônica só se justifica se o paciente apresentar hipoglicemia. Em alcoolemias entre 200 e 300 mg%, a possibilidade de náuseas e vômitos ocorrendo concomitantemente com a sedação aumenta o risco de aspiração do conteúdo gástrico. **Não se deve utilizar carvão ativado, pois o álcool não é absorvido pelo carvão.** Pacientes que estão gravemente intoxicados e comatosos como resultado do uso de álcool devem ser seguidos da mesma forma que todos os pacientes em coma, com atenção à monitoração das funções vitais, protegendo a respiração e evitando-se a aspiração de conteúdo gástrico, a ocorrência de hipoglicemia e a deficiência de tiamina. A agitação leve pode ser manejada com abordagens interpessoais e de enfermagem, em vez de medicação adicional, que pode complicar o quadro e atrasar a eliminação do álcool.

2)Benzodiazepínicos: Apesar de ser uma droga encontrada de maneira legal nas farmácias e por prescrição médica, muitos pacientes fazem uso abusivo das medicações e por vezes manipulam diversos profissionais da saúde para obter quantidade maior que a indicada em sua prescrição. Nos casos de intoxicação aguda por benzodiazepínicos, em que o paciente está apresentando rebaixamento de consciência e dados vitais instáveis, a droga de escolha é o **Flumazenil** (antagonista GABA), sendo a dose inicial de 0,1 a 0,2 mg EV em 15 a 30 segundos, podendo ser repetida se houver necessidade (dose máxima até 1 mg).

3)Cocaína e outros estimulantes: a intoxicação costuma ser autolimitada e demanda monitoramento e atendimento de apoio. Pode ocorrer hipertensão, taquicardia, isquemia miocárdica, convulsões e delírio persecutório. A ação farmacológica e os efeitos psicoestimulantes da droga podem ser ampliados pelo uso concomitante de álcool. A ingestão de anfetaminas em doses elevadas pode exigir a lavagem gástrica e o carvão ativado, desde que a intoxicação seja recente, considerando-se o tempo de absorção da substância de aproximadamente meia hora. A presença de hipertensão e de convulsões em alguns pacientes usuários de estimulantes podem justificar tratamento específico. Pacientes com ansiedade ou excitação psicomotora podem ser medicados com **benzodiazepínicos** por VO, **antipsicóticos** (VO ou IM) ou associação de ambas as medicações. O uso dessas medicações por via IM ou EV está indicado nas situações em que o paciente não aceitar a via oral, como quando apresenta agitação psicomotora intensa e heteroagressividade. Nesses casos, há indicação de **haloperidol** 5 mg, por via IM.

4)Substâncias perturbadoras do SNC (maconha, ecstasy, LSD, cogumelos): A intoxicação por essas substâncias costuma ser aguda e existem poucos relatos na literatura sobre intoxicação crônica pelas mesmas. O principal risco atribuído a essas substâncias é a apresentação de um surto psicótico agudo e agitação psicomotora decorrente da confusão mental. A conduta para esses casos é manter o paciente em um ambiente calmo, com poucos estímulos sensoriais e realizar contenção

química com antipsicóticos (**haloperidol, clorpromazina**) e se necessário utilização de **benzodiazepínicos**. Para quadros muito agudos, mas que o paciente apresenta dados vitais estáveis, pode-se utilizar **midazolam** IM para sedação mais rápida e aguardar a diminuição gradual da dose sérica das SPAs por metabolização e excreção natural do corpo do usuário.

3.4. RISCO E TENTATIVA SUICÍDIO

O risco de suicídio pode ocorrer em vários quadros clínicos diferentes e, mais raramente, na ausência de qualquer quadro clínico. As ameaças de suicídio devem ser levadas a sério, desmistificando a ideia de que quem ameaça não faz.

Em psicóticos podem ocorrer suicídios que fazem parte de uma interpretação delirante estabelecida. As tentativas de autoexterminio comumente ocorrem em transtornos depressivos graves (bipolares ou unipolares), mas também em transtornos de personalidade (especialmente nas personalidades emocionalmente instáveis, como as *borderline* e as explosivas), no abuso de substâncias psicoativas, nas psicoses esquizofrênicas, em distímias, em reações de ajustamento e, em frequência menor, em outros quadros psiquiátricos.

Quando já ocorreu a tentativa, consumada ou frustrada, utilizam-se os itens da CID-10 contidos nas classificações de X60 a X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente para descrever a forma usada. É de extrema importância o preenchimento da **FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN** (anexo 2), pois esta possibilita à vigilância epidemiológica um maior conhecimento da incidência dos casos, sinalizando para a necessidade de ações da RAPS ou de políticas públicas em Saúde Mental voltadas a esta problemática.

A escolha do local de tratamento mais adequado para cada paciente dependerá de múltiplos fatores. Deverão ser considerados durante o processo de avaliação a condição clínica do paciente, impulsividade, desesperança, ansiedade, severidade dos sintomas, nível de funcionamento e sistema de suporte disponível. Logo, a decisão do local e da terapêutica a ser instituída não está atrelada apenas à estimativa do risco de suicídio, mas também à avaliação desse conjunto de fatores (balança de fatores risco-proteção). De acordo com a OMS, os pacientes devem ser classificados em baixo, médio e alto risco. Sempre deve-se avaliar intenção, plano e letalidade do método. Assim temos:

Baixo risco: Pensamentos suicidas ocasionais. Sem planos. **Conduta:** Fornecer suporte emocional e encaminhamento a um profissional de saúde mental ou médico, além de instituir que a pessoa seja vista em intervalos regulares. Cabe trabalhar os sentimentos suicidas, propiciando um processo de reflexão.

Médio risco: Pensamentos suicidas. Plano de ação sem caráter imediato. **Conduta:** Estimulados quanto a trabalhar seus sentimentos suicidas e sua possível ambivalência, fortalecendo o desejo de viver. Ainda, alternativas ao suicídio devem ser exploradas, na tentativa de que a pessoa as considere. Encaminhamento ao psiquiatra o mais breve possível, e a família e os amigos devem ser contatados.

Alto risco: Pensamentos suicidas. Planejamento e meios de execução com caráter imediato. **Conduta:** Devem ser acompanhados em tempo integral até que se providencie o acompanhamento pelo respectivo CAPS ou hospitalização, que deve ser imediata. A família deve ser informada, e o apoio por parte do profissional, reafirmado. Se houver meios de suicídio em posse do paciente, devem ser removidos.

Outras indicações de hospitalização incluem comportamento violento, e aqueles relativos à intensidade da demanda das intervenções recebidas, como necessidade de observação constante ou avaliação diagnóstica. Indivíduos gravemente doentes que não conseguem se manter seguros em ambientes menos restritivos ou que têm suporte social inadequado também devem ser avaliados quanto à necessidade da internação.

3.5. ATAQUES DE PÂNICO

Os ataques de pânico são extremamente comuns nos serviços de emergência, sobretudo na área cardiológica. Consistem em sensação de palpitações, falta de ar, sudorese, náusea, sensação de morte iminente ou perda do controle. Em geral, ocorrem na forma de episódios de intensa ansiedade, os quais surgem abruptamente e tendem a desaparecer no período geralmente de até uma hora.

Conduta: O manejo de ataques de pânico deve incluir técnicas da terapia cognitivo-comportamental para melhora momentânea da ansiedade. A meta inicial visa uma diminuição da alta ativação autonômica, frequentemente provocada pela hiperventilação. O treino em respiração diafragmática é uma ferramenta importante para a regularização do ritmo respiratório e cardíaco e tem como base a inspiração e a expiração lentificadas. É possível também realizar a reestruturação de pensamentos associados à morte, passar mal ou enlouquecer, apresentando as diferenças entre a interpretação catastrófica dos sintomas e seus riscos reais. Comumente é realizado eletrocardiograma para avaliar os sintomas subjetivos de dor e aperto no peito e fazer um diagnóstico diferencial com um possível infarto agudo do miocárdio.

O tratamento farmacológico é bastante eficaz e baseia-se no uso de **benzodiazepínicos**. Autores indicam uma ou duas doses orais de **diazepam** (5 a 10 mg) ou **clonazepam** (0,25-2 mg). Caso o paciente possua acesso venoso, pode-se prescrever uma ampola de diazepam endovenoso para correr em 30-60 minutos. Diazepam não deve ser feito por via intramuscular devido sua curva de absorção não ser linear.

É importante lembrar que o desconforto e a preocupação não acabam, mas são momentaneamente combatidos.

3.6. TRANSTORNO DEPRESSIVO

Nos transtornos depressivos os sintomas-chave são: persistente tristeza ou rebaixamento do

humor, perda do interesse ou prazer, fadiga ou redução da energia/atividade. 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).

Sintomas associados: distúrbios do sono, dificuldade, reduzida concentração/atenção, autoconfiança ou autoestima abalados, sentimento de desvalia, pessimismo. Diminuição ou aumento do apetite. Atos ou pensamentos/ ideias de suicídio ou de dano a si próprio. Agitação ou lentificação dos movimentos, culpa ou autocensura.

Conduta clínica

O tratamento da depressão depende de algumas variáveis: gravidade do quadro, fatores desencadeantes, tipo dos sintomas presentes, recursos disponíveis no contexto de atendimento, preferência do paciente e familiaridade do profissional com o método.

Antes de discutir as abordagens possíveis, é útil saber que o tratamento dos transtornos depressivos pode ser dividido em 03 etapas, com seus devidos objetivos:

- 1) Fase aguda (dois a três meses): eliminação dos sintomas (remissão) com retorno ao funcionamento pré-mórbido.
- 2) Fase de continuação (quatro a nove meses): manter o progresso e evitar recaídas dentro do mesmo episódio.
- 3) Fase de manutenção (um ou mais anos): evitar novos episódios.

Tratamento deve ser baseado na gravidade do quadro:

Leve: caso ocorram, são poucos os sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa sofrimento manejável e o quadro resulta em pouco prejuízo ao funcionamento social e profissional.

Moderada: o número de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para “leve” e “grave”.

Grave: o número de sintomas está substancialmente além do requerido para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa sofrimento grave e não manejável e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento social e profissional, assim como risco de suicídio.

Tratamentos para cada caso:

Leve: O benefício dos antidepressivos não está bem estabelecido. Medidas não farmacológicas por pelo menos seis semanas: psicoeducação, atividade física (três ou mais vezes por semana por 45 a 60 minutos), acompanhamento ambulatorial semanal, psicoterapia (se disponível) e, se necessário, higiene do sono e técnicas de controle de ansiedade. Se sintomas persistirem, prescrever antidepressivo. Usar antidepressivo imediatamente apenas se história prévia de depressão moderada a grave.

Moderada a Grave: Prescrever antidepressivo. Para escolha do fármaco, considerar: Resposta/tolerância prévia a um fármaco (inclui uso bem-sucedido por familiares); o perfil de efeitos

adversos; risco de virada maníaca, facilidade posológica; o custo; comorbidades, interações. Se psicoterapia estiver disponível, considerar tratamento combinado.

Medicações presentes na rede para quadros depressivos. Lembrando sempre iniciar com dose baixa, aguardar 15-20 dias para início de resposta e realizar aumento gradual conforme persistência dos sintomas:

Fluoxetina: Iniciar com 20 mg pela manhã e considerar ajuste gradual até dosagem máxima de 80 mg.

Imipramina: Iniciar com 25 mg, realizar aumento gradual da dosagem até dose efetiva mínima de 75 mg. Podendo ser feito uso de até 300 mg ao dia.

Amitriptilina: Iniciar com 25 mg, realizar aumento gradual da dosagem até dose efetiva mínima de 75 mg. Podendo ser feito uso de até 300 mg ao dia.

Nortriptilina: Iniciar com 25 mg, realizar aumento gradual da dosagem até dose efetiva mínima de 50 mg. Podendo ser feito uso de até 150 mg ao dia.

Clomipramina: Iniciar com 25 mg, realizar aumento gradual da dosagem até dose efetiva mínima de 75 mg. Podendo ser feito uso de até 250 mg ao dia.

Obs: deve-se evitar o uso concomitante de mais de um antidepressivo devido risco de síndrome serotoninérgica.

3.7. TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS

Os transtornos dissociativos são conhecidos entre os médicos como quadros de “histeria”, terminologia que deve ser evitada devido à conotação pejorativa que adquiriu. Os quadros mais comuns nas salas de emergência são os transtornos motores dissociativos (perda da capacidade de mover todo ou parte de um membro ou membros e várias formas de incoordenação, principalmente nas pernas, resultando em marcha bizarra, incapacidade de ficar em pé, etc.). As sensações (em geral cutâneas), nos quais se incluem paralisias, convulsões, analgesias, cegueiras, anosmias e surdez dissociativa.

A avaliação do paciente em geral sugere que a incapacidade física está colaborando para que ele escape de um conflito desagradável ou da expressão direta de seus sentimentos. A aceitação calma (La Belle Indifférence) da grave incapacidade física apresentada pode ser surpreendente, mas não ocorre sempre. Em caso de suspeita de um quadro dissociativo, deve ser realizada investigação clínica. O diagnóstico de transtorno dissociativo não se baseia apenas na ausência de sintomas que confirmem o diagnóstico clínico; deve ser também realizado na presença de sintomas psiquiátricos positivos. É importante investigar aspectos do ambiente psicossocial e das relações interpessoais do paciente, os quais podem estar relacionados ao surgimento dos sintomas. Embora o quadro não apresente uma causa orgânica, existe um sofrimento psíquico presente.

Conduta clínica

Uma vez feito o diagnóstico, a **psicoterapia** é o tratamento primário para os transtornos dissociativos, propiciando ao paciente mais entendimento de sua condição e desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento. Embora não exista um tratamento medicamentoso específico, uma estratégia útil é determinar sintomas-alvo que podem ser abordados farmacologicamente. **Antidepressivos** podem ser usados em pacientes com predomínio de sintomas depressivos ou ansiosos, ou mesmo **antipsicóticos** podem ter um papel em pacientes nos quais os fenômenos pseudoalucinatorios ou de desrealização são clinicamente significativos, tendo em vista sua frequência, sua intensidade e o sofrimento que proporcionam ao paciente.

CAPÍTULO 4 – EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As emergências psiquiátricas que ocorrem na infância e na adolescência podem ser definidas como situações em que há ameaça e/ou gravidade clínica urgente para a criança ou para a relação criança-família. Podem estar associadas a situações de reagudização de transtornos psiquiátricos prévios ou podem ser a primeira manifestação de um transtorno psiquiátrico de início nesta faixa etária. Os objetivos da avaliação emergencial, além da avaliação diagnóstica, são: avaliar o risco para a integridade física e psíquica da criança/adolescente, identificar os fatores de risco desencadeantes e mantenedores da crise, a presença de fatores protetores, avaliação do suporte familiar e social. Após o atendimento, o contato com a rede de serviços locais pode ser de fundamental importância, de forma a garantir a continuidade do atendimento da criança ou do adolescente

Os principais quadros observados nos atendimentos de emergência em crianças e adolescentes são:

4.1. COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Comportamento agressivo é a principal causa de atendimento psiquiátrico emergencial na infância/adolescência, no entanto, trata-se de um sinal pouco específico. O que determinará o diagnóstico serão os sintomas associados e a história prévia da criança/adolescente, que deverão ser avaliados após o controle das alterações de comportamento.

Mesmo sem a presença de transtorno psiquiátrico, a criança/adolescente pode apresentar comportamento agressivo reativo a situações de crise familiar, social ou pessoal. Nestes casos, geralmente são crises isoladas, pouco frequentes e de menor intensidade. Durante o atendimento, deve-se garantir a integridade física do paciente e das pessoas a sua volta. Em momentos de crise, pode ser necessário afastar o paciente dos familiares, para diminuir o nível de ansiedade, permitindo a retomada do autocontrole.

Conduta clínica no comportamento agressivo

- 1. Contenção ambiental e verbal:** (vide capítulo sobre contenção)
- 2. Contenção química (farmacológica):** usada em casos de agitação psicomotora mais grave, nos quais a contenção ambiental/verbal não se mostrou eficaz, ou quando há necessidade de estabilização rápida devido a risco iminente para si ou para terceiros.

CLASSE	FÁRMACO	DOSAGEM	INÍCIO DE AÇÃO	EFEITOS ADVERSOS
Neurolépticos	Haloperidol	VO: 0,5-5mg/dose IM: 0,15-0,5mg/Kg/dose Máx crianças: 1-4 mg/dia Máx adolescentes: 2-10mg/dia	VO: 60 min IM: 5 min	extrapiramidais, prolongamento QT
	Clorpromazina	VO/IM: 0,55mg/Kg/dose Máx crianças: 100-250mg/dia Máx adolescentes: 225-325mg/dia	VO: 30-60 min IM: 15 min	Sedação, hipotensão, prolongamento QT
	Risperidona	VO: 0,25-2mg/dose Máx crianças: 1-2mg/dia Máx adolescente: 2,5-4mg/dia	< 60 min	extrapiramidais, alterações metabólicas, sedação
Benzodiazepínicos	Midazolam	VO: 0,25-0,5mg/Kg/dose IM: 0,1-0,15mg/Kg/dose Máx VO: 20mg/dia Máx IM: 10mg/dia	IM: 10-15 min VO: 20 min	Sedação profunda, depressão respiratória, agitação paradoxal
	Clonazepam	Crianças: 0,01-0,03MG/Kg/dose Máx: 0,05-0,1mg/Kg/dia Adolescentes: 0,5-1mg/dose Máx: 1,5-3mg/dia	60 min	sedação, tontura, agitação paradoxal
	Diazepam	VO: 1-2,5mg/dose Máx: 7,5-10mg/dia	30 min	sedação, tontura, agitação paradoxal

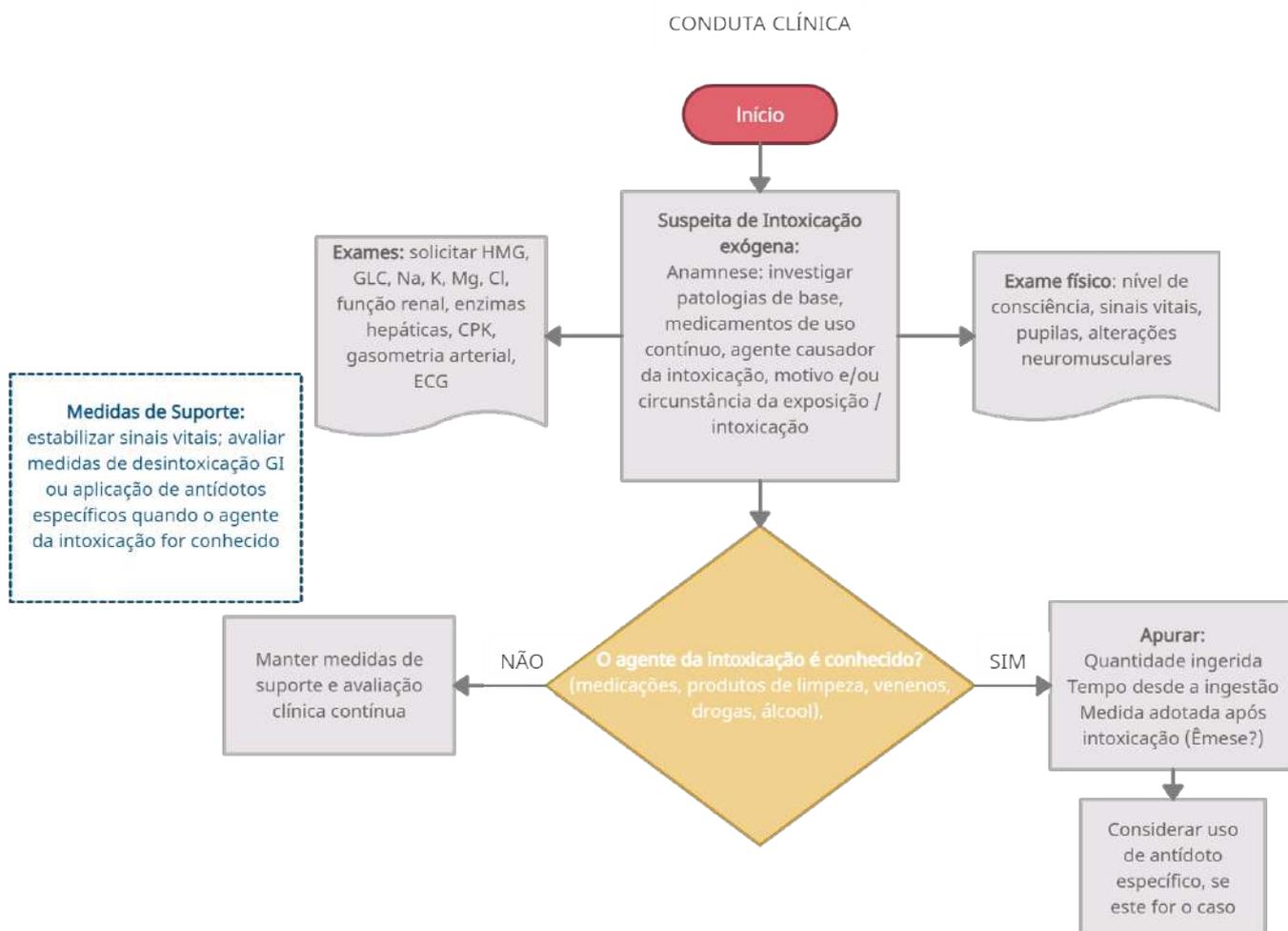
Os medicamentos mais seguros para a população pediátrica são os antipsicóticos de segunda geração (atípicos), pois oferecem menos risco de efeitos extrapiramidais, porém trazem mais riscos cardiometabólicos quando usados de forma crônica. Os antipsicóticos de primeira geração (típicos), apesar do maior risco de efeitos extrapiramidais, são as principais opções de administração parenteral.

- 3. Contenção física:** medida de estabilização de pacientes graves cujo padrão psicomotor oferece risco potencial para si e para a equipe. (vide capítulo sobre contenção)

4.2. INTOXICAÇÕES E QUADROS CONFUSIONAIS

No caso de pacientes com quadros psicóticos e/ou agitação psicomotora associados a uso de substâncias, o uso de **antipsicóticos** é recomendado, devido à maior eficácia e segurança e devido ao maior risco de interações medicamentosas e efeitos colaterais graves provocados pelos benzodiazepínicos. Os pacientes em uso de medicações devem ter os sinais vitais e o nível de consciência adequadamente monitorados, e o clínico deve ficar atento para a presença de possíveis efeitos colaterais graves, como distonias agudas ou depressão respiratória.

Conduta clínica nas intoxicações agudas e quadros confusionais:



4.3. COMPORTAMENTO SUICIDA

O comportamento suicida é um tipo de agressividade dirigida ao próprio indivíduo, geralmente incluindo a intenção de autoextermínio. Inclui desde cognições sobre não desejar mais viver (pensamentos de que seria melhor não viver, de que seria melhor não fazer mais parte deste mundo ou de sumir) até tentativas de suicídio ou atos completos.

Sinais de alerta relacionados ao comportamento suicida: Método Mnemônico “SUICÍDIO ER”:

Suicídio: falar ou escrever sobre morte, morrer e suicídio; pesquisar métodos para se matar; falar sobre ou ameaçar se machucar ou se matar

Uso de substâncias: aumento no consumo de SPA

Impulsividade aumentada

Crise existencial: falta ou ausência de sentido em viver

Instabilidade afetiva: mudanças intensas de humor, transtornos do humor

Desesperança: ausência de perspectivas de um futuro melhor

Inquietação: piora das preocupações, medos, agitação e alteração no padrão de sono

Ódio: sentimentos intensos de raiva auto ou heterodirigida

Encurralado: sentir-se “sem saída”

Retraimento: isolamento de amigos, família e círculos sociais

Conduta clínica na tentativa de suicídio:

No atendimento deve ser feito, simultaneamente ao suporte básico de vida, avaliação sobre o método suicida empregado, para que seja feita a intervenção adequada imediata, como lavagem gástrica, administração de antídotos e o cuidado de ferimentos autoinfligidos.

Nas intoxicações exógenas, por exemplo, procura-se conhecer a substância química ingerida, a quantidade, restos deixados na cena, e a mistura com outras substâncias, como álcool, benzodiazepínicos e barbitúricos. Quando há sinais de ferimentos potencialmente letais, encaminhar rapidamente para equipe de cirurgia e trauma.

Após o manejo inicial, a decisão pelo tratamento hospitalar ou ambulatorial vai depender diretamente do risco imediato de suicídio. Pacientes com alto risco suicida têm indicação de hospitalização. Os que não têm indicação de internamento hospitalar devem ser encaminhados para o serviço de referência em Saúde Mental da Infância e adolescência que, no caso de Araucária, é o SECRIA.

Antes de dar alta do atendimento de emergência, os adultos responsáveis devem ser orientados a remover ou restringir o alcance a meios letais. É recomendável também estabelecer um plano de segurança para lidar com uma possível futura crise suicida, identificando e instruindo as

peças nas quais a criança / adolescente confia, e com a qual pode contar, a reconhecer sinais de alerta do comportamento suicida, e orientando-os a manter contato regular com o paciente nos próximos dias e semanas. A alta somente deve ser dada quando os responsáveis compreenderem e concordarem com todas as orientações.

4.4. TRANSTORNOS ANSIOSOS E SOMATOFORMES

As manifestações ansiosas variam conforme o estágio de desenvolvimento da criança. Em crianças, crises intensas de ansiedade são menos frequentes, prevalecendo os sintomas físicos como palpitações, dores abdominais, cefaleia e inquietude. Crianças menores exibem preocupações exageradas e pensamentos catastróficos sobre sua própria segurança e dos membros da sua família. Crianças maiores e adolescentes costumam se preocupar com o desempenho escolar e seus relacionamentos. O início abrupto de sintomas intensos pode indicar um ataque de pânico.

Conduta clínica nos transtornos ansiosos e somatoformes:

Causas clínicas devem ser excluídas como: hipoglicemia, intoxicações, efeitos adversos de medicamentos e doenças da tireóide. Para situações de ansiedade intensa recomenda-se a realização de exame clínico (sinais vitais, exame cardiorrespiratório, neurológico e do estado mental).

Adolescentes com ansiedade intensa, agitação psicomotora, sintomas psicóticos, confusão mental e sintomas dissociativos, pensar em intoxicação aguda por SPA. Após eventos estressores psicossociais a criança e o adolescente podem desenvolver sintomas neurológicos como paralisias, parestesias, síncope, (pseudo)crises convulsivas, amnésias e sintomas somáticos variados. Sintomas neurológicos persistentes e episódios prolongados alertam para causas orgânicas.

Benzodiazepínicos de meia-vida curta em baixas doses podem ser usados, oferecendo rápido alívio em crises de ansiedade mais prolongadas.

4.5. TRANSTORNOS ALIMENTARES

As situações emergenciais relacionadas aos TA podem ocorrer devido a complicações clínicas associadas à desnutrição, ou devido à gravidade das alterações de comportamento resultantes do TA. Principalmente em crianças/adolescentes, as complicações clínicas dos TA tendem a ser tardias e súbitas, podendo ser fatais.

As emergências psiquiátricas relacionadas aos TA são: o risco de suicídio relacionado à insatisfação com a imagem corporal ou a transtorno de humor associado; situações de intensa irritabilidade relacionadas ao comportamento alimentar, levando a auto/ heteroagressividade; recusa alimentar completa e irredutível; e vômitos ou sintomas purgativos incontroláveis.

Conduta clínica nos transtornos alimentares:

No contexto emergencial, os pacientes costumam ser conduzidos ao atendimento pelas complicações clínicas do quadro não tratado, sendo elas: desidratação e distúrbios eletrolíticos, e alterações gasométricas; arritmias cardíacas; alterações do estado mental (*delirium*); desnutrição e alteração do perfil glicêmico; alterações endocrinológicas; alterações do funcionamento do trato gastrointestinal.

O objetivo principal do manejo emergencial é a estabilização clínica dos pacientes, estabilização hemodinâmica e eletrolítica, dos parâmetros clínicos, suporte nutricional inicial e começo ou retomada do tratamento de algum transtorno comórbido.

4.6. MAUS-TRATOS E ABUSO CONTRA A CRIANÇA/ADOLESCENTE

Os maus-tratos contra crianças/adolescentes são definidos por violência física, crueldade mental, abuso sexual, ou negligência séria, levando a consequências para o seu desenvolvimento físico e psicológico. Um bom contato é fundamental ao se investigar estes eventos, para que se proporcione conforto e segurança, diminuindo a apreensão e as reações defensivas que a criança/adolescente pode manifestar.

É comum que o paciente negue sinais evidentes de abuso, por receio de ser responsabilizado por uma crise familiar ou de agressões futuras. É importante observar a reação da criança na presença de diferentes familiares, com objetivo de se avaliar reações mais intensas de ansiedade, medo, agressividade com uma pessoa específica, o que sugere que alguma agressão possa estar ocorrendo na relação com este adulto. A suspeita de maus-tratos e/ou abuso deve ser embasada em dados de história clínica, exame físico e exames de diagnóstico por imagem, caso necessário.

Diante da suspeita de maus-tratos, a notificação é compulsória. Deve-se preencher e encaminhar aos órgãos competentes a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal ou Autoprovocada, referente à violência contra crianças e adolescentes. O Conselho Tutelar deve ser acionado para situações que demandem medidas de proteção urgente, este se necessário acionará o Ministério Público; Sempre que houver sinais evidentes de violência, ameaça à integridade da vítima, risco de destruição de provas ou outros indícios que demonstrem a gravidade do caso, deverão ser acionados imediatamente o Conselho Tutelar, e se necessário também a Segurança Pública;

É de competência da Secretaria Municipal de Saúde: constituir-se em um espaço de identificação de sinais de violência e/ou de revelação de situações de violência contra crianças e adolescentes, realizando a escuta especializada; notificar de forma compulsória, através da ficha do SINAN, os casos suspeitos e/ou confirmados de violência; realizar a escuta especializada, quando houver sinais/indícios de que a criança ou adolescente possam ser vítima ou testemunha de violência, acolhendo, escutando sem interrupções, com um mínimo de questionamento, informando sobre o dever e os procedimentos da notificação às autoridades e sobre o fluxo de atendimento dos casos de

violência existente no município; seguir o fluxo estabelecido: Acolhimento, Atendimento, Notificação, Encaminhamentos e seguimento de acompanhamento do caso na Rede de Proteção; e em casos de violência sexual, deve-se estar atento ao tempo de ocorrência da violência (antes de 72 horas ou após 72 horas), para as medidas profiláticas e coleta de vestígios que possam ser usados como prova contra o agressor, conforme “Protocolo da Rede de Proteção do Município de Araucária para Atendimento as Situações de Violência”, cuja versão atualizada poderá ser solicitada diretamente à Divisão de Vigilância em Saúde - DVS (Vigilância Epidemiológica), através dos telefones 3901-5129 ou 3901-5134.

Conduta clínica na suspeita de maus-tratos:

A avaliação clínica pode ser sugestiva de maus-tratos pelos seguintes indícios: incongruência no relato de diferentes pessoas; lesões incompatíveis ou desproporcionais à queixa clínica; ou mesmo queixas físicas e comportamentais não esperadas para o estágio de desenvolvimentos dos pacientes. Diante da suspeita de maus-tratos, é de suma importância que a investigação prossiga de forma não julgadora e de forma cautelosa. Clinicamente a primeira conduta deve ser garantir a estabilização clínica dos pacientes, sobretudo os expostos a lesões graves, que acarretem risco clínico iminente à vida. Caso os pacientes apresentem risco elevado à sua segurança, ou risco à vida pelas agressões sofridas, a internação hospitalar pode ser realizada, pela prerrogativa do bem-estar e proteção do paciente.

CAPÍTULO 5 – EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO IDOSO

O envelhecimento populacional vem provocando um aumento contínuo no número de idosos que buscam atendimento para problemas de saúde mental. Vários fatores concorrem para determinar a alta vulnerabilidade aos transtornos mentais nessa faixa etária: sobreposição de doenças crônicas, limitações da capacidade funcional, dificuldades econômicas, isolamento e desmerecimento social, maior ocorrência de perdas e eventos de vida geradores de estresse.

No acolhimento em emergência é importante identificar se existem indícios de maus tratos e negligência, a fim de proteger esta população. Os maus tratos e abusos podem ser tipificados em: psicológico, físico, sexual, financeiro e social, bem como negligência e abandono; estes são frequentemente ocultados e pouco denunciados.

Nos Princípios dos Direitos Humanos para Pessoas Idosas, segundo o Estatuto do Idoso, Art. 10: é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

O Art. 19. aponta que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de **notificação compulsória** pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I – autoridade policial;
- II – Ministério Público;
- III – Conselho Municipal do Idoso;
- IV – Conselho Estadual do Idoso;
- V – Conselho Nacional do Idoso.

É necessário observar indicativos de violência contra Idosos como negligência dos cuidados de saúde e higiene: desidratação e desnutrição, má higiene, cheiro de fezes e urina, descontrole dos medicamentos, isolamento e abandono; abusos físicos como: machucados, hematomas, queimaduras, feridas não tratadas, quebras e acidentes explicados com causa duvidosa. Alguns sinais de alerta podem indicar abuso psicológico: quando o idoso demonstra medo de seus cuidadores; sinais de depressão, nervosismo e ansiedade; quando não responde a questões ou dá explicações questionáveis sobre o seu estado ou algo que lhe tenha acontecido; quando existe insistência para que os contatos com os idosos sejam feitos exclusivamente na presença do seu cuidador. Além disto, os profissionais de saúde devem estar atentos para possíveis sinais de abusos sexuais, como: infecções genitais recorrentes (sangramento, comichão, ardor, cortes, nódulos negros, dores nos órgãos genitais, aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis).

Delirium, comportamento agitado, sintomas psicóticos, risco ou tentativas de suicídio, iatrogenias, depressão grave, abuso de substâncias, intoxicações e problemas psicossociais, como maus tratos ou negligência. É muito importante a investigação de uma causa física ou orgânica de base, sendo essencial a avaliação clínica nessa população de pacientes vulneráveis. Importante atentar para os seguintes quadros:

5.1. RISCO DE SUICÍDIO

Idosos representam a população com maior risco de morte por suicídio no Brasil e no mundo. No Brasil, a população idosa se suicida principalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, seguido pelo uso de armas de fogo e por salto de grandes alturas. O comportamento suicida em idosos é mais planejado e deliberado, e os métodos são mais letais. Deve haver grande esforço na identificação e no tratamento das condições predisponentes ao desenvolvimento do estado suicida. A equipe de saúde deverá decidir acerca da necessidade de internação com base nas seguintes variáveis: gravidade do risco, capacidade e eficiência de rede social familiar para monitorar e prevenir tentativas, grau de acesso aos meios, adesão do paciente e de sua família ao tratamento proposto.

Recomenda-se que idosos com comportamento suicida recebam sempre antipsicóticos mais sedativos e que tenham efeito antidepressivo (como Quetiapina). O uso de Lítio também está associado a redução da ideação suicida, mesmo na depressão unipolar. Ademais, Ansiolíticos podem ser necessários para a redução da angústia e da ansiedade.

5.2. DELIRIUM

Pode ser desencadeado por intoxicação por drogas ou abstinência, doença cardiovascular aguda, distúrbio metabólico ou endócrino agudo, doença neurológica, demência preexistente, hipertermia, sepse, doença urinária e doença respiratória. É fundamental uma **anamnese** completa, um **exame físico** minucioso e **exames laboratoriais** para investigação de causas orgânicas, de acordo com a hipótese diagnóstica: Hemograma; Metabólico (creatinina, Na, K, Bicarbonato); TGO, TGP; Parcial de urina/Urocultura; *Screening* para drogas; TSH; Vitamina B12; Folat; VDRL; Rx de tórax; TAC de Crânio; EEG; Punção lombar. Todos os pacientes devem ser questionados com relação ao humor e hábitos de sono, apetite, interesse e sentimentos de desesperança.

Os pacientes devem ser questionados sobre o **uso de fármacos**, mesmo que não sejam psicotrópicos. Medicamentos anticolinérgicos são indutores de delirium. Medicamentos hipoglicemiantes em excesso podem gerar confusão mental no idoso associada a sudorese fria. Antiparkinsonianos, em especial levodopa e corticoides podem gerar quadros psicóticos ou de agitação grave em idosos. Antidepressivos e inibidores de apetite podem ocasionar virada maníaca, ideação suicida, ansiedade ou outros sintomas de ativação.

O *delirium* é uma Síndrome caracterizada por redução do nível de consciência e consequente perturbação do ciclo sono-vigília, dificuldade em manter a atenção, presença de outros distúrbios cognitivos (amnésia, agnosia, apraxia) e de distúrbios de sensopercepção (a presença de alucinações visuais, frequente no *delirium*, é rara nos transtornos psiquiátricos funcionais). O *delirium* pode ser hipoativo, hiperativo e misto.

Um dos principais sinais do *delirium* é a alteração da vigília. Para o paciente ser considerado vigil, ele deve ter olhos espontaneamente abertos, reagir ao contato verbal ou visual, realizar tarefa sequencial, como: subtrações de 7, soletrar ao contrário, contagem até 20 e regressiva até 0. Ainda repetir 3 palavras adequadamente, sendo em seguida orientado a memorizá-las, repetir as palavras memorizadas após 3 minutos.

O tratamento do *delirium* depende da identificação da causa da Síndrome. Causas comuns de delirium: Intoxicações exógenas, Abstinência; Encefalopatias metabólicas; Infecções; TCEs; Epilepsia; Neoplasia; Transtornos cerebrovasculares; Doenças cardiovasculares.

Além destes fatores, outras condições que facilitam a instalação do delirium incluem: idade avançada, patologias cerebrais crônicas, como doença de Alzheimer ou outras demências, privação de sono, privação sensorial e imobilização prolongada.

Após o início do tratamento específico do fator causal, a evolução costuma ser rápida e favorável, sem necessidade de iniciar ou manter qualquer medicação psicotrópica. Ainda assim, quadros agudos de agitação e confusão mental ou agressividade ou comportamento que impeça ou dificulte os cuidados médicos e de enfermagem podem requerer contenção física ou medicamentos. **Importante:** Garantir a segurança do paciente; Identificar e tratar a causa subjacente; Administrar antipsicóticos menos sedativos para acalmar o paciente e para que a equipe de emergência continue seu tratamento.

5.3. INTOXICAÇÕES

Agentes mais comumente envolvidos na intoxicação do idoso: analgésico, produtos de limpeza, cosméticos, corpos estranhos, plantas, xaropes, sedativos, antipsicóticos, agentes tópicos, pesticidas, antidepressivos, produtos alimentares, álcool, hidrocarbonetos, anti-histamínicos, antimicrobianos e outros químicos.

5.4. AGITAÇÃO

Deve-se tratar a agitação inicialmente com medidas não farmacológicas. Medidas de contenção física podem ser executadas por equipes treinadas. É importante se saber a etiologia da agitação para se proceder a escolha mais racional do agente farmacológico.

Conduta Clínica:

Medicamentos usados na agitação em idosos:

- Haloperidol: dose de 5-50 mg EV: Medicamento sedativo, com início de ação rápida, **sendo o mais indicado para agitação no delirium.**
- Diazepam: dose de 5-10 mg VO ou EV Usado para abstinência álcool ou benzodiazepínicos.
- Clorpromazina: dose de 25-100 mg (VO), 25 – 50 mg (IM)
- Medicamento de ação sedativa intensa, menos efeitos extrapiramidais, menos distonia.
- Prometazina: dose 25-50 mg VO/IM: Previne / trata efeitos extrapiramidais e distonias associadas a antipsicóticos.
- Risperidona: 0,25 – 3 mg: **Deve ser evitada em idosos**, devido à alta incidência de sintomas extrapiramidais.

Atenção: **Para delirium evitar benzodiazepínicos, preferir haloperidol administrado EV.**

REFERÊNCIAS

Astete da Silva, A.; Braga, M.C. Atendimento e manejo das emergências do comportamento. Curitiba, 2009.

Astete da Silva, A.; Souza, M.W.P, Marques, M.E, Braga, M.C. Protocolo de manejo das urgências psiquiátricas. Diretoria de Políticas de Urgência e Emergência SAS/SESA. Curitiba, 2015.

Brasil. Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília; 2001. [citado 2008 nov. 22]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

_____. ESTATUTO DO IDOSO : LEI N o 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Consulta em 16\09\2020 às 12h.

Camacho, R.S.; Cantinelli, F.S.; Ribeiro, C.S.; Cantilino, A.; Gonsales, B.K.; Braguittoni, E.; Rennó Jr.,R. Rev. Psiq. Clin. 33 (2); 92-102, 2006

Clemente, Adauto Silva. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental . – Belo Horizonte, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. RESOLUÇÃO CFM Nº 1598/2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.

DEL-BEN, C. M. et al, Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Suplemento Temático: Psiquiatria I, Cap. 10, Medicina, Ribeirão Preto, Online, 2017.

Emergências psiquiátricas na infância e adolescência .Revista Brasileira de Psiquiatria pg. 113 vol 32, out, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a08.pdf>>. Consulta em 30/10/20.

Luis, M.A.V.; Oliveira, E.R.(Linha Guia de Saúde Mental de Curitiba, 2018, 1ª edição, pág. 101-102 – adaptação). Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na Região de Ribeirão Preto - SP - Brasil. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.4, p. 314-24, dez. 1998.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

_____. ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA NA SAÚDE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE, <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/22152615-cartilha-enfrentamento-da-violencia-contrapessoa-idosa.pdf> , consulta dia 30/10/20, às 9h.

Ministério Público do Paraná. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência, uma abordagem interdisciplinar na Saúde. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef/protocolo_atencao_crianças_vitimas_violencia.pdf>. Consulta em 30/10/20.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Linha Guia da Saúde Mental. Secretaria Municipal de Curitiba. 1ª Ed. Curitiba: 2018.

QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. Emergências psiquiátricas. Artmed Editora, 2014. SCHMIDT, PICCOLOTO E MULHER (2005) citado por Beck, 2001; Chandran, Tharyan, Muliylil & Abraham, 2002; Hanna, Jarman & Savage, 2004; Righetti e col., 2003

QUEVEDO, JOÃO (org.). EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS, 4ª EDIÇÃO.

SCHMIDT, E.B; PICCOLOTO, N.M; MULLER M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psic-USf(imp)* vol. 10 no. 1. Itatiba, junho de 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712005000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 23/10/2020

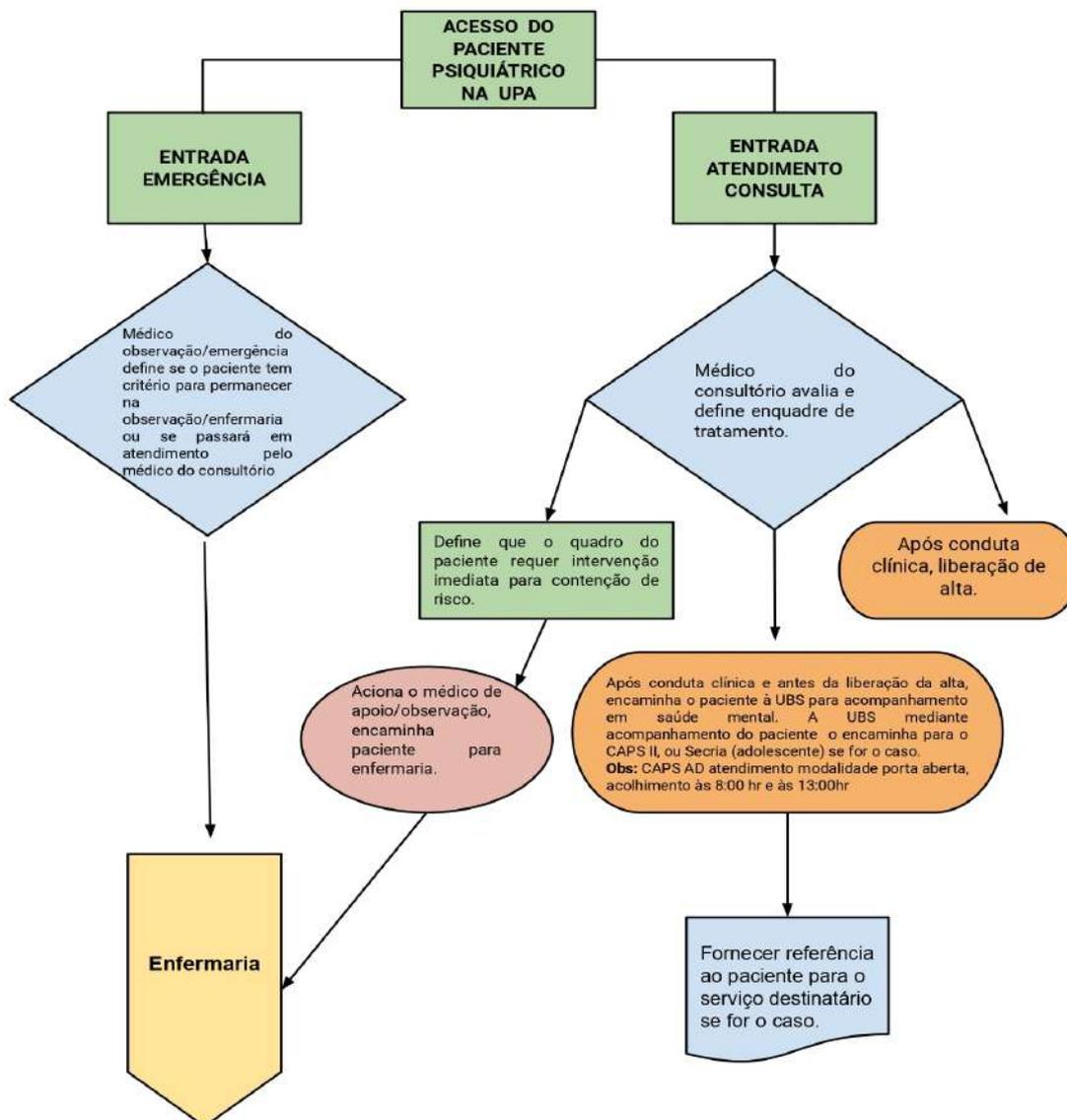
Como Detectar Sinais De Abuso E Negligência De Idosos. Disponível em: <<https://cuidamos.com/artigos/como-detectar-sinais-abuso-negligencia-idosos>>. Consulta dia 30/10/20.

<https://secad.artmed.com.br/blog/psiquiatria/psiquiatria-geriatrica-particularidades-atendimento/> (consulta dia 16\09\2020 às 10h).

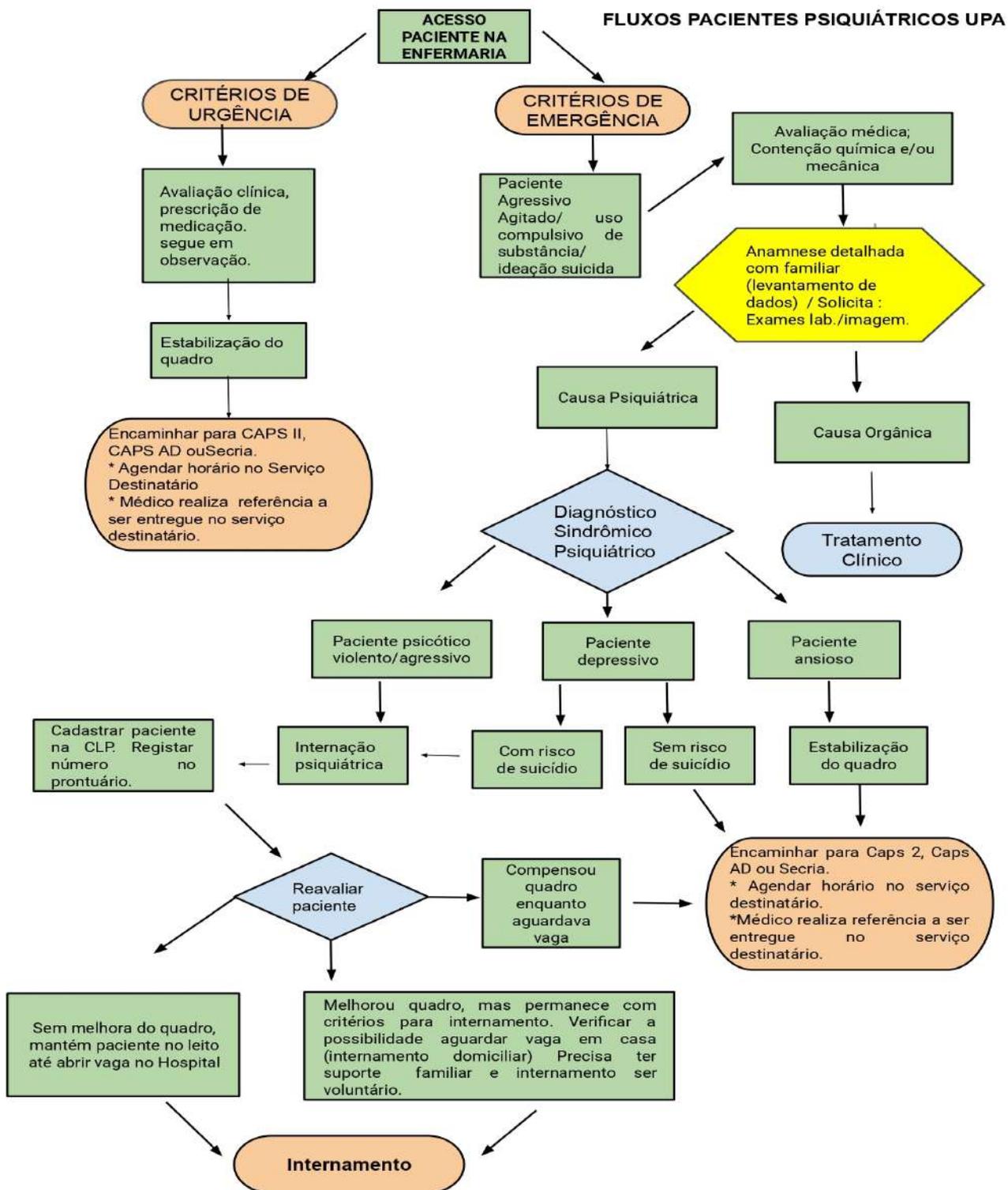
APÊNDICES

Apêndice 1: Fluxo de pacientes psiquiátricos no consultório– UPA Araucária

FLUXO PACIENTES PSIQUIÁTRICO - UPA

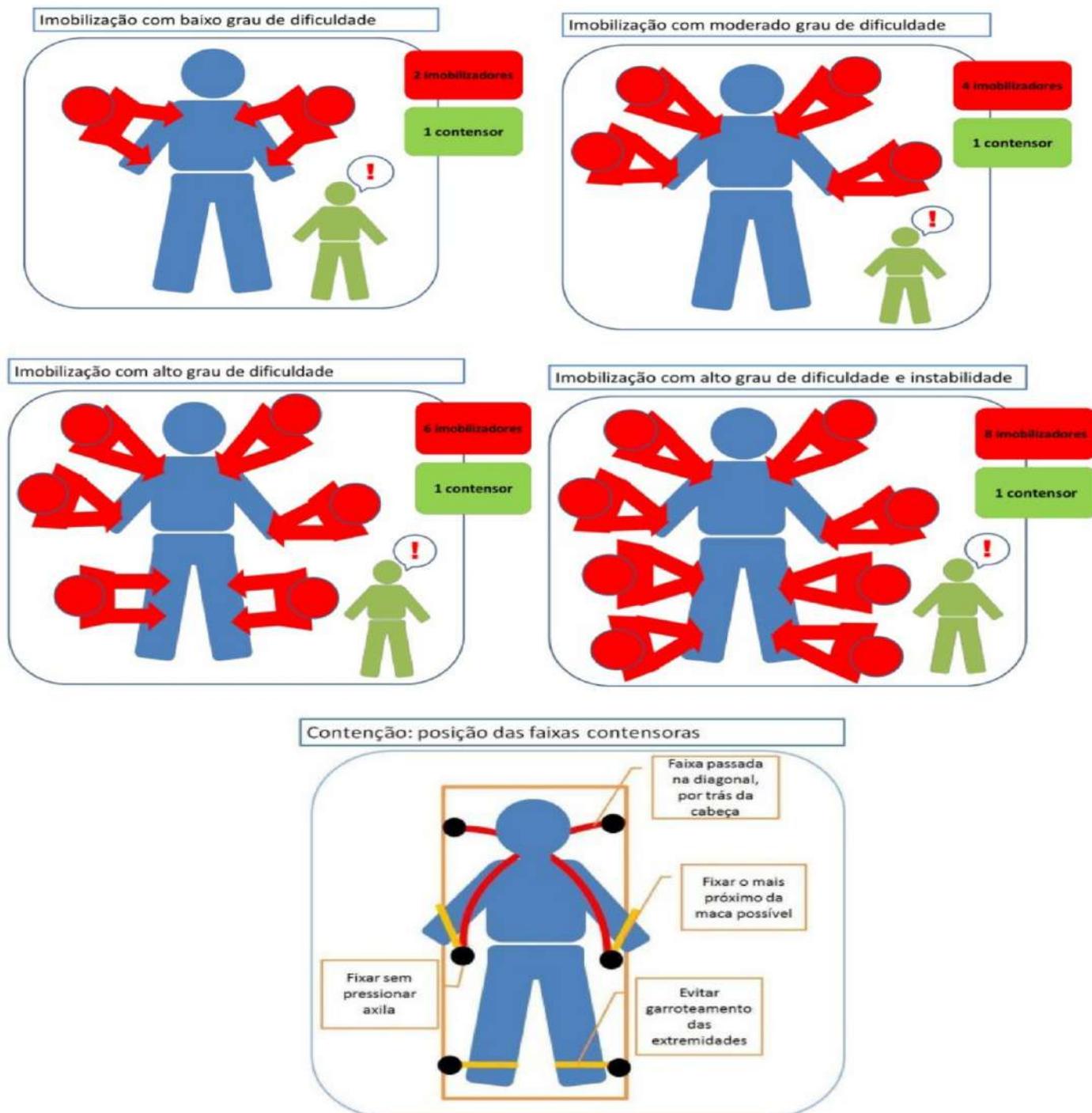


Apêndice 2: Fluxo de pacientes psiquiátricos na observação – UPA Araucária



ANEXOS

Anexo 1: Demonstrativo ilustrado da contenção mecânica.



Fonte: ASTETE DA SILVA, A.; BRAGA, M.C. Atendimento e manejo das emergências do comportamento. Curitiba, 2009.

Anexo 2: Ficha de Notificação SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual											
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09									
	3	Data da notificação													
	4	UF	5		Município de notificação		Código (IBGE)								
	6	Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros											
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9		Data da ocorrência da violência							
Notificação Individual	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)											
	10	Nome do paciente				11		Data de nascimento							
	12	(ou) Idade		<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> 14 Gestante <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 4- Ano		15		Raça/Cor							
	16	Escolaridade		<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica											
	17	Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe									
	Dados de Residência	19	UF	20		Município de Residência		Código (IBGE)							
21		Distrito													
22		Bairro		23		Logradouro (rua, avenida, ...)		Código							
24		Número		25		Complemento (apto., casa, ...)		26		Geo campo 1					
27		Geo campo 2		28		Ponto de Referência		29		CEP					
30		(DDD) Telefone		31		Zona		32		País (se residente fora do Brasil)					
Dados Complementares															
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34		Ocupação									
	35	Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado											
	36	Orientação Sexual		37		Identidade de gênero:		<input type="checkbox"/> 3- Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado							
	38	Possui algum tipo de deficiência/transorno?		39		Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento							
Dados da Ocorrência	40	UF	41		Município de ocorrência		Código (IBGE)		42		Distrito				
	43	Bairro		44		Logradouro (rua, avenida, ...)									
	45	Número		46		Complemento (apto., casa, ...)		47		Geo campo 3		48		Geo campo 4	
	49	Ponto de Referência		50		Zona		51		Hora da ocorrência					
	52	Local de ocorrência		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado				53		Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
			54		A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado								

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX _____		
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		
	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
Nome _____		Assinatura _____	
Função _____			
Violência interpessoal/autoprovocada _____		Sinan _____	
		SVS- 15.06.2015	

HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo de Urgências e Emergências Psiquiátricas			
Edição	Elaborado por (Nome/data)	Aprovado por (Nome/data)	Descrição da Edição
01	Departamento de Atenção Psicossocial 20/08/2021	Câmara Técnica de Saúde Mental 24/08/2021	Descrição do Procedimento.