



UM DESTAQUE TEÓRICO PARA A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

A THEORETICAL HIGHLIGHT FOR PSYCHIATRIC EMERGENCY

Suellen Nóbrega de Andrade PINHO¹
Instituto Federal do Tocantins (IFTO)
Instituto Carlos Chagas (INCAR)
E-mail: suellen.andrade@ifto.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9456-876X>

RESUMO

A emergência psiquiátrica (EP), pode ser definida com qualquer tipo de situação cuja natureza psiquiátrica na qual existe um risco considerável (seja de um dano grave ou até de morte), e que também requer uma intervenção por meio de terapia imediatamente. Emergências psiquiátricas são geralmente, mas nem sempre causadas por algum tipo de doença mental. Sobretudo nos dias atuais há registros de diversos casos, com destaque para os adolescentes, que buscam cometer suicídio, isso pode ser um reflexo de doenças psicológicas mais profundas. Espera-se, portanto que adquirindo informações básicas sobre as condições e fatores que ocasionam emergências psiquiátricas oriundas dos mais diversos distúrbios, possamos cada vez mais identificar no nosso dia, trabalho, escola ou família eventuais sintomas de possíveis distúrbios psiquiátricos. Em última instância, cuidar de problemas (uma vez que sejam identificados na infância) poderá representar uma vida adulta normal, com comportamentos sociais, relacionamentos, profissão e amor próprios sem as marcas de traumas psiquiátricos ocasionados no passado, sejam esses traumas recentes ou não.

Palavras-chave: emergência psiquiátrica, abuso sexual, uso de drogas

ABSTRACT

The psychiatric emergency (PE) may be able to change from the state of death. Psychiatric emergencies are usually but not always caused by some kind of mental illness. Survival in the days for there are cases, especially teenagers, who seek suicide,

¹ Professora do Instituto Federal do Tocantins (IFTO) Araguaína.

Emergências psiquiátricas são geralmente, mas nem sempre causadas por algum tipo de doença mental. Sobretudo nos dias atuais há registros de diversos casos, com destaque para os adolescentes, que buscam cometer suicídio, isso pode ser um reflexo de doenças psicológicas mais profundas⁴.

Neste sentido, o atual trabalho trará uma breve discussão sobre as emergências psiquiátricas com foco em três nortes teóricos: a) histórico e surgimento desse tipo de intervenção hospitalar; b) destaque para as principais situações tratadas no exterior e no Brasil; c) ênfase para a emergência psiquiátricas em crianças e adolescentes além de discussão sobre como as drogas e os casos de comportamento sexual podem ser identificados no contexto de abuso.

A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: HISTÓRIO E DEFINIÇÕES GERAIS

A emergência psiquiátrica já tem sido objeto de discussão pelo menos, quando Newhill (1989), levantou uma discussão sobre os princípios clínicos e principais práticas associadas a esse tipo de procedimento. Naquela época já se considerava que o modelo e contexto de intervenção considerado básico para emergência psiquiátrica se deve ao seu estado crítico. No entanto, mesmo após cinco décadas de estudo ainda havia dificuldade em encontrar um cenário teórico ideal para definir a emergência psiquiátrica enquanto contexto teórico e problemático a se tratar⁵.

O trabalho de Lindemann (1944) foi o pioneiro em se tratando de intervenção metodológica através de estratégias e intervenções com foco na conhecida teoria das crises enquanto norteadora teórica e conceitual para o tratamento e intervenções psiquiátricas de cunho preventivo. Posteriormente em 1964, Caplan introduziu o conceito de psiquiatria preventiva. Caplan apresentou como uma das principais metas de intervenções nas crises vividas pelos pacientes um tipo de intervenção de natureza preventiva⁶.

O objetivo era então tanto minimizar o risco de danos psicológicos como promover um crescimento positivo. Esse contexto considerava então dois cenários que

⁴ *Ibid.*

⁵ NEWHILL, Christina E., PSYCHIATRIC EMERGENCIES: OVERVIEW OF CLINICAL PRINCIPLES AND CLINICAL PRACTICE, *Clinical Social Work Journal*, v. 17, n. 3, p. 245-58, 1989.

⁶ *Ibid.*

giravam em torno do conceito tanto de crise como de oportunidade. Desde então os princípios de Caplan são os mais utilizados no campo teórico da intervenção clínica.

Essencialmente a literatura tem apresentado a emergência psiquiátrica praticada por diversos profissionais incluindo enfermeiros, psiquiatras e psicólogos, dentre outros profissionais. Newhill (1989), destacou quatro papéis básicos da intervenção clínica ao avaliar pacientes que apresentam algum tipo de sintoma que sugira emergência psiquiátricas: a) realizar um diagnóstico geral ou categórico; b) avaliar o nível de gravidade ou distúrbio dos pacientes; c) avaliar diversas fontes que podem contribuir para o problema incluindo familiares) descobrir eventual disposição do paciente ao problema⁷.

O surgimento da emergência psiquiátrica está diretamente ligado ao direcionamento de políticas públicas com foco na saúde mental além da substituição de grandes hospitais psiquiátricos por diferentes tratamentos (considerando suas também diferentes modalidades), dentre os quais estão inclusos os serviços psiquiátricos de emergências. Com o passar do tempo se chegou a conclusões importantes sobre o fato de que o serviço psiquiátrico seja integrado com os demais serviços disponíveis em determinada região. O resultado é que haverá um melhor funcionamento cujo resultado positivo se refletirá tanto no atendimento psiquiátrico de forma geral como na unidade de emergência em si⁸.

Para se ter uma ideia, essa forma de integrar os serviços de emergência psiquiátrica a outros serviços torna possível (através de uma rede articulada com múltiplos serviços), se reflète como papel de relevância considerável quando se fala em tomadas de decisões. Isso funciona, por exemplo, através da indicação de tratamento específico considerando cada caso de forma individual, servindo também como elemento de triagem para novos casos.

Esse contexto permite então a inserção dos casos nas redes de atendimentos disponíveis além de cumprir função de retaguarda para cada um dos outros serviços, isso considerando pacientes que já foram inseridos no sistema de atenção voltado à saúde mental⁷.

⁷ *Ibid.*

⁸ EWING, JOHN A., Recognition and Management of Psychiatric Emergencies, **MCV QUARTERLY**, v. 5, n. 3, p. 106-110, 1969; SUDARSANAN, Col S *et al*, Psychiatric Emergencies, **Medical Emergency**, v. 60, p. 59-62, 2004; DEL-BEN, Cristina Marta; TENG, Chei Tung, Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. 1-2, 2010.

Essencialmente um dos principais desafios de emergência psiquiátricas é buscar um manejo ideal de suas limitações com foco em atender os seus objetivos dentre os quais se inclui exercer cada uma de suas atribuições de forma efetiva em uma rede integrada de serviços de saúde mental⁷.

Inclusos nos objetivos também está em criar condições ideais para práticas com foco no ensino, oferta de cuidados com base teórica fundada em evidências, aliado à execução de projetos com foco na qualidade de vida. Estes, por sua vez, devem proporcionar a avaliação da efetividade e eficácia das intervenções feitas no cenário da emergência⁷.

Já em 1969 (Edwing) apresentou cinco categorias que servem para classificar teoricamente todas as emergências psiquiátricas. A primeira é a Ansiedade caracterizada basicamente por um estado de pânico, geralmente envolvendo pessoas homossexuais, além de incluir outros tipos de comportamentos típicos da histeria. Em segundo está a confusão, que inclui normalmente casos de distúrbios cerebrais, casos de esquizofrenia, distúrbios associados à álcool ou drogas, algumas características de depressão, fuga ou de amnésia. Em terceiro estão os estados considerados psicóticos, que incluem psicose pós-parto, depressão profunda e reações tóxicas à medicamentos⁹.

Em quarto estão condições que envolve comportamentos violentos incluindo ameaças ou consumação de suicídio, comportamentos agressivos relacionados à esquizofrenia catatônica e alguns casos de manias. Em quinto estão diversos casos cujo grupo inclui condições de pacientes considerados maníacos e que apresentam manifestações repentinas da esquizofrenia além de uma série de sintomas considerados anômalos e que vão surgindo com o passar do tempo⁸.

De acordo com dados provenientes da Escola Médica de Hannover houve, em 2002, uma porcentagem de 12 a 25% de casos de emergência médica cujo motivo era exatamente as emergências psiquiátricas. Dentre os profissionais responsáveis por então cuidar dos casos estavam médicos da família e demais especialistas gerais⁸.

Estes visualizaram um total de 10% de casos de emergência psiquiátrica dentre todos os demais casos. Esse total mostra como a EP pode representar uma ameaça real no contexto dos problemas de saúde pública em um contexto internacional e nacional⁸.

⁹ EWING, Recognition and Management of Psychiatric Emergencies.

UM DESTAQUE PARA AS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Estima-se que entre 10 e 15% das crianças são acometidas por transtornos psiquiátricos, cada um dos quais associados, por exemplo, a prejuízos no aprendizado e nos relacionamentos familiares e sofrimento. Em um nível mais profundo cada um desses elementos pode ser elemento que interfira negativamente na forma como os indivíduos afetados se desenvolvam¹⁰.

Conceitualmente a emergência psiquiátrica no contexto da adolescência ou infância podem ser definidas como diferentes situações onde existe algum grau de ameaça ou até gravidade clínica para a relação criança-família ou, individualmente, apenas para a criança⁹.

No processo avaliativo da condição clínica de crianças e adolescentes, tendo em vista que estes são diferentes dos adultos em uma gama de aspectos (comportamentais, sociais e cognitivos), são considerados dois aspectos considerados peculiares nesse processo: a) o estilo cognitivo, cuja variação depende da idade e que pode significar maior ou menor possibilidade no sentido de fornecer um adequado relato verbal tanto sobre os fatos quanto de si mesmo e b) a possibilidade de a criança demonstrar uma atitude de relutância com desconhecidos (com postura tipicamente defensiva), especificamente com o clínico que a atende, podendo não depender do quadro clínico a ser analisado⁹.

Em um contexto mais específico há três conjuntos de condições que podem ser fatores que ocasionam situações de emergência psiquiátrica em crianças e adolescentes, destacados por Quevedo & Carvalho (2014): a) Anorexia nervosa) Retorno mental e transtorno do espectro autista; c) Agressividade e agitação; d) Comportamento suicida. No quadro a seguir há a caracterização e contextualização de cada uma das condições⁹.

¹⁰ QUEVEDO; CARVALHO, EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS A Artmed.

Se caracteriza pelo fato de os pacientes terem dificuldade em manterem seu peso considerando tanto a sua idade quanto altura. Pode levar criança ou adolescente ao atendimento de emergência. Isso ocorre devido do alto risco de perda de peso. É responsável por uma taxa de mortalidade entre crianças de 5%.Dentre todos os transtornos psiquiátricos está entre as que mais causam morte

Crianças que possuem retardo mental podem apresentar sintomas de heteroagressividade ou autoagressividade. Tais pacientes exigem abordagem diferenciadas, por exemplo, garantindo a segurança do paciente, família e da equipe. A contenção química pode ser indicada em casos mais extremos. A paciente apresenta comportamentos autolesivos, agitação e agressividade

Graves e comuns problemas responsáveis pelo atendimento psiquiátrico de urgência em crianças e adolescentes. Podem ocorrer em diferentes contextos como: mania ou hipomania, transtornos psiquiátricos, retardo mental, estado psicótico, dentre outros fatores. Situações socioculturais também podem representar fatores de risco para agitação e agressividade

Tem sido comum nos últimos anos. Devido à frequência com que tem ocorrido se tornou um problema de saúde pública. Crianças e adolescentes que tentam suicídio estão suscetíveis à diversas condições como transtorno bipolar, maus tratos, abuso ou uso de substâncias, conflitos familiares e episódios depressivos. O risco de ocorrência é tamanho que apenas em 2010 foram registrados números alarmantes entre crianças e adolescentes de 10 a 19 anos⁹.

Com base nesse contexto, percebemos então que há um complexo de fatores responsáveis causar tanto a emergência psiquiátrica em crianças (quando houver encaminhamento), quanto nos alerta o quão silenciosos podem ser cada um desses fatores que, em conjunto, podem ser responsáveis por um estopim de problemas para a criança e adolescente. Em termos gerais, considera-se então que uma abordagem com foco em todas essas possibilidades seja feita para que se tenha uma compreensão mesmo que superficial desse quadro geral⁷.

AS DROGAS E AS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Os diversos cenários já discutidos apresentam uma série de condições que estão associadas a distúrbios psicológicos, mas ainda não havíamos dado uma ênfase específico sobre a influência que as drogas exercem no contexto de emergências psiquiátricas⁷.

Dessa forma, Quevedo & Carvalho (2014), destacaram dois conjuntos básicos de considerados mais relevantes quando falamos das drogas enquanto fatores associados às emergências psiquiátricas. O primeiro deles é a intoxicação aguda. Ocorre após a

administração de alguma droga, o que pode resultar em perturbações em nível cognitivo, de consciência, julgamento, percepção, afeto, em respostas psicofisiológicas e também no comportamento. Obviamente o nível de intoxicação varia de paciente a paciente, dependendo sobretudo tanto da dose quanto da droga administrada.

O segundo aspecto é a abstinência, que corresponde à uma síndrome de caráter específico causada devido à redução ou cessação do uso de drogas que foi feito por um determinado período de forma exacerbada. O detalhe é que o paciente nessa condição sofre prejuízo clinicamente significativo tendo reflexo sobre o funcionamento ocupacional, social além de uma série de outras áreas importantes, inerentes aos múltiplos sistemas de relacionamento do indivíduo. Um detalhe é que na maioria dos casos a razão pela qual o indivíduo começa a usar passa primeiro pela sensação de euforia e prazer, proporcionados pela droga⁹.

Caso o leitor queira buscar detalhes, vide Quevedo & Carvalho (2014), a fim de observar quais são as principais drogas envolvidas nesse processo bem como os diversos sintomas e substâncias mais ingeridas pelos usuários, seja em condição de dependente, uso recreativo, experimental ou abusivo.

QUANDO O COMPORTAMENTO SOCIAL SE TORNA UM RISCO NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Infelizmente os inúmeros casos de abuso sexual e que atinge as mais diversas faixas etárias já se configurou como um problema de saúde pública. Além disso problemas sociais e de origem familiar, e todos os outros fatores que giram em torno do contexto do abuso ao trauma causado, necessitam uma abordagem multidisciplinar, sendo que o psiquiatra ocupa lugar de destaque no processo⁷.

Por outro lado, está tanto a gravidez indesejada ou precoce além do alto risco de contração de doença sexualmente transmissíveis (DSTs). Cada um desses aspectos por sua vez exerce efeitos negativos considerando tanto a qualidade de vida quanto a saúde mental dos pacientes que foram vítimas de abuso sexual. Em um nível posterior, a gravidade desse cenário se torna tão preocupante que o paciente necessita de inúmeros cuidados no que diz respeito à reinserção-social quanto de acompanhamento médico-psicológicos

Na maioria dos casos o abuso ocorre na residência ou do abusador ou da vítima de abuso. De forma alarmante, quase 84% das vítimas são crianças de um a quatro anos

de idade além de mais de 70% de meninas com idade de dez a quatorze anos. Outro detalhe é que o risco de abuso é ainda maior para crianças e adolescentes cujo ambiente familiar é regrado de negligência, violência física, lar monoparental e que possui relacionamentos conflituosos, dentre outros fatores. Em múltiplo de fatores é então responsável pelo resultado preocupante: o abuso. De maneira espantosa, o abuso de crianças costuma ocorrer de forma sucessivas e ao longo de vários anos, envolvendo ou não mais de um agressor, além do fato de que para adolescentes com deficiência física ou mental, o risco ser ainda maior⁷.

Diferentemente do que se acredita, o abuso pode ser caracterizado caso haja ou não contato íntimo. Por exemplo, quando ocorre contato, geralmente envolve a manipulação dos órgãos genitais, mamas ou ânus, masturbação ou contato urogenital. Incluem-se também nessa forma de abuso a inserção de objetos na vagina ou no ânus, penetração digital ou peniana. Assim, todo cuidado é pouco quando se trata desse contexto de abuso sexual, em sua grande maioria, ocorrendo em residências⁷.

Uma das perguntas mais frequentes é exatamente, como perceber se uma criança ou adolescente está sendo abusado. Há, no entanto, uma série de fatores que podem contribuir para uma conclusão mais precisa, por exemplo, o aparecimento de lesões físicas no corpo, comportamento sexualizado, quadros psiquiátricos e comportamentais, manifestação de doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez. Dentre tais, darei uma breve ênfase aos quadros psiquiátricos comportamentais⁹.

Os sintomas típicos do que conhecemos como síndrome do estresse pós-traumático caracteriza e estão fortemente associados às crianças ou adolescentes que foram abusados sexualmente. Além disso, podem estar acompanhados desses fatores problemas de comportamentos, disritmia e depressão. Comumente na infância o início precoce tanto de resposta alterada ao tratamento como de episódios depressivos tem sido associado ao abuso sexual⁹.

O reflexo disso chega até a idade adulta, como está o fato de que mulheres com histórico de abuso sexual em sua infância, portanto, depressivas, apresentam mais lesões autoprovocadas e tentam mais suicídio. Além disso, também mulheres nessa condição apresentam quadro recente de violência sexual e apresentam mais sintomas de pânico, isso quando comparadas a mulheres que possuem o mesmo nível de gravidade em se tratando de depressão e que, no entanto, não foram abusadas sexualmente na infância⁹.

Outro aspecto a ser analisado é que a própria tentativa de suicídio pode estar associada à algum histórico de abuso sexual na infância, sendo esse último, um fator precedente à tentativa de suicídio. Dentre os exemplos dos diversos tipos de comportamentos que podem surgir em decorrência de abuso sexual na infância está o uso de drogas ilícitas, automutilação, tabagismo precoce e uso abusivo de álcool⁹.

Quando observamos especificamente as crianças, comportamentos diversos como choro sem motivo claro, medo exagerado ou desconfiança de adultos (que geralmente é projetada para pessoas do mesmo gênero da pessoa que o abusou), sono excessivo durante o dia, baixa autoestima, agressividade, prostração além de falta de aprendizado durante as aulas. Dessa forma, todo e qualquer sintoma adverso deve ser observado com atenção no sentido de que podemos identificar, interromper ou até coibir históricos extensos de abuso e que podem ocasionar em trauma psiquiátricos profundos nos indivíduos⁹.

CONCLUSÕES

As emergências psiquiátricas possuem uma série de contextos que devem ser abordados sempre considerando as múltiplas particularidades. Especialmente falando de pacientes que dão entrada nos sistemas de urgência que passaram por algum dos cenários aqui traçados: a) abuso sexual; b) devido ao uso de drogas ou c) devido outros fatores de ordem social ou familiar, devem ser cuidados sempre com o acompanhamento de diferentes especialistas.

Espera-se, portanto, que adquirindo informações básicas sobre as condições e fatores que ocasionam emergências psiquiátricas oriundas dos mais diversos distúrbios, possamos cada vez mais identificar no nosso dia, trabalho, escola ou família eventuais sintomas de possíveis distúrbios psiquiátricos. Em última instância, cuidar de problemas (uma vez que sejam identificados na infância) poderá representar uma vida adulta normal, com comportamentos sociais, relacionamentos, profissão e amor próprios sem as marcas de traumas psiquiátricos ocasionados no passado, sejam esses traumas recentes ou não.

REFERÊNCIAS

DEL-BEN, Cristina Marta; TENG, Chei Tung. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. 1-2, 2010.

EWING, JOHN A. Recognition and Management of Psychiatric Emergencies. **MCV QUARTERLY**, v. 5, n. 3, p. 106–110, 1969.

NEWHILL, Christina E. PSYCHIATRIC EMERGENCIES: OVERVIEW OF CLINICAL PRINCIPLES AND CLINICAL PRACTICE. **Clinical Social Work Journal**, v. 17, n. 3, p. 245–58, 1989.

QUEVEDO, JOÃO; CARVALHO, ANDRÉ F. **EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS A Artmed**. 3. ed. Santana: [s.n.], 2014.

SUDARSANAN, Col S; CHAUDHURY, Lt Col S; PAWAR, Surg Cdr AA; *et al.* Psychiatric Emergencies. **Medical Emergency**, v. 60, p. 59–62, 2004.