

# **EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: CONTEXTO, CONDUTAS, ESCUA E COMPREENSÃO PARA UM ATENDIMENTO DIFERENCIADO**

**PRICILA HELENA DE SOUZA**

## **RESUMO**

Esta pesquisa surgiu com o interesse devido, à marcada situação de crise, desestabilização, ruptura, perturbação, conflitos e desordem tanto em nível individual quanto coletivo no contexto de emergência psiquiátrica da realidade atual. Estabeleceu-se, então, como objetivo da pesquisa, revisar, analisar, comparar e discutir dados da literatura e, colaborando também, para proporcionar futuramente, um aumento de novos dados nos acervos literários, concernente às condutas atualizadas e qualificadas das equipes de enfermagem, nos contextos brasileiros emergenciais psiquiátricos tão pouco discutidos e publicados. Afim de, avançar na construção de estratégias possíveis de propiciar maior suporte com qualidade no atendimento, exibindo além do contexto, três quadros, um referente ao algoritmo de atendimento nos casos de agitação psicomotora e agressividade, outro, lançando um sobre a realização do exame psíquico na emergência e por fim, os passos fundamentais para uma abordagem diferenciada. É uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratória descritiva e foram selecionados nove artigos científicos e dois livros, publicados nos últimos dezoito anos. Será referência no atendimento diferenciado na medida em que oferecer escuta e compreensão ao paciente como ser global. A estigmatização da pessoa com o transtorno mental é o maior obstáculo para assistência apropriada.

Palavras-chave: Atendimento Psiquiátrico; Emergência Psiquiátrica; Surto Psicótico.

# 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa originou-se com o interesse devido, à marcada situação de crise, desestabilização, ruptura, perturbação, conflitos, desordem tanto em nível individual quanto coletivo no contexto de emergência psiquiátrica (EP) da realidade atual e, assim, podendo-se avançar na construção de estratégias, passíveis de propiciar maior suporte à demanda em EP, progredindo e proporcionando a saúde mental. Já que o número de paciente que procuram as emergências devido a transtornos psiquiátricos no Brasil, vem crescendo anualmente.

Psiquiatria brasileira, em concordância com a mundial, na história escreveu-se mediante reclusão do doente mental em locais onde reinavam a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, transformando-o em uma coisa e, como tal, sem necessidades individuais ou direitos. Portanto, este deixava de ser visto como cidadão<sup>1</sup>.

O atendimento ao doente mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital, cujo tratamento oferecido limitava-se a internações prolongadas, mantendo o doente afastado do seu âmbito familiar e social. Nos anos 1970, a modificação do modelo asilar foi discutida e implementada por meio de lutas e conquistas da reforma psiquiátrica, que dia a dia se consolida nas políticas de saúde mental. Historicamente, a desinstitucionalização permeia o campo da saúde mental entre os trabalhadores, familiares e na comunidade em geral<sup>2</sup>.

O movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade. Nessa perspectiva, os Serviços de EP no Hospital Geral surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde<sup>3</sup>.

A política de saúde mental brasileira, baseada nos pressupostos da reforma psiquiátrica, prevê a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de caráter extra-hospitalar. Entre estes, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Residência Terapêutica, Pensão Protegida, Lares

Abrigados, atendimento em saúde mental na rede básica de saúde, além de outros que buscam a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania<sup>4</sup>.

A EP, embora seja vista como um componente necessário da assistência psiquiátrica, não é tradicionalmente, um tema de destaque nas literaturas. No entanto, com a redução do tempo de permanência hospitalar, carência de alternativas assistenciais e aumento do número de pacientes em crise têm sido cada vez mais reconhecida a importância dos serviços de EP como parte central e fundamental da rede assistencial<sup>5</sup>.

O principal motivo para a procura de atendimento psiquiátrico de emergência é, agitação psicomotora e agressividade.

Como citado no início desta Introdução, a EP é conflituosa, diante desse quadro, é indispensável à intervenção imediata de uma equipe multiprofissional que estejam treinados adequadamente, no intuito de evitar maiores prejuízos à saúde do indivíduo, ou de eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de terceiros<sup>6</sup>.

Além disso, um dos problemas encontrados é que a Organização Mundial da Saúde (OMS) menciona que, os transtornos mentais acometem mais de 450 milhões de pessoas e respondem por 12,3% das causas de enfermidades e invalidez. Mesmo que as autoridades acordem para o problema, o número deve chegar a 562 milhões em 2020. Isso ocasionará uma demanda reprimida impressionante nos serviços de psiquiatria, fato já estabelecido no Brasil de hoje<sup>7</sup>.

Será que até 2020, restando apenas seis anos, o país terá suporte adequado no atendimento para essa realidade?

Outro problema, é o despreparo da equipe com ausência de protocolos, fluxogramas e treinamento adequado aos atendimentos ao surto psicótico nos serviços de urgência e emergência de saúde. Portanto, qual o verdadeiro rigorismo da equipe de fiscalização (Conselhos de Classe Cremesp, Coren, entre outros) ao exercício profissional e quanto às normas não elaboradas e/ou estabelecidas?

Estabeleceu-se, então, como objetivo da pesquisa, revisar, analisar, comparar e discutir dados da literatura e, colaborando também, para proporcionar futuramente, um aumento de novos dados nos acervos literários, concernente às condutas atualizadas e qualificadas das equipes de enfermagem, nos contextos brasileiros emergenciais

psiquiátricos tão pouco discutidos e publicados. Afim de, avançar na construção de estratégias possíveis de propiciar maior suporte com qualidade no atendimento, exibindo além do contexto, três quadros, um referente ao algoritmo de atendimento nos casos de agitação psicomotora e agressividade, outro, lançando um sobre a realização do exame psíquico na emergência e por fim, os passos fundamentais para uma abordagem diferenciada.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Revisão Teórica**

#### **2.1.1 Movimento da reforma psiquiátrica no Sistema Único de Saúde (SUS) e o início do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) oficializado**

A política oficial na área da Saúde Mental, após o golpe militar em 1964, baseava-se no aumento dos leitos psiquiátricos. No final da década de 1970, a sociedade buscava alternativas mais apropriadas para assistência ao doente mental, pautadas no princípio da desinstitucionalização, buscando formas de confrontar o modelo instituído no país. O I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado em São Paulo em 1979 é indiscutivelmente um marco histórico na Política de Saúde Mental no Brasil. E neste cenário, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica. A questão norteadora do processo não era a modernização das instituições, mas a criação de novos espaços assistenciais ao doente mental com abordagens inovadoras<sup>8</sup>.

A partir da implantação do SUS, formalizado pela Constituição Federal apenas em 1988, alguns municípios assumiram a assistência em saúde mental, exigindo que os governos federal e estaduais não apenas cumprissem suas atribuições, mas também, construíssem instrumentos técnico-operacionais que lhes permitissem implantar e implementar seus serviços de saúde mental. Com isso, ocorrem experiências inovadoras realizadas em alguns municípios do Estado de São Paulo, dentre as quais se ressalta a criação em 1987, na cidade de São Paulo, do primeiro CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, um modelo realmente inovador para a política de saúde mental, depois

reproduzido em outros municípios. Além disso, em 1989, tendo sido eleitos, pela primeira vez, em São Paulo/Capital, Santos e Campinas, prefeitos do Partido dos Trabalhadores, foram nomeados, como gestores municipais da área de saúde, profissionais comprometidos com o movimento da reforma sanitária, ator fundamental no processo político-institucional da constituição do SUS. Ao assumirem tais atribuições, faziam-no no sentido de construir novos dispositivos na área da saúde mental, considerados altamente relevantes para o movimento da reforma psiquiátrica, na perspectiva da efetivação do SUS. Assim, os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária e funcionar segundo a lógica do território e independente de qualquer estrutura hospitalar. Além disso, devem articular todas as instâncias de cuidados em saúde mental desenvolvidas na atenção básica em saúde, no Programa de Saúde da Família (PSF, na época), na rede de ambulatórios, nos hospitais, bem como as atividades de suporte social, como: trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos<sup>9</sup>.

### **2.1.2 Município de Santos: o modelo da reforma psiquiátrica brasileira**

A cidade de Santos/SP, também a partir de 1989, integrou-se à luta pela construção do SUS. As ações iniciais, após a reforma psiquiátrica, foram voltadas para a criação de um ambiente nas dependências de um hospital com condições mínimas de convivência. Para isso, foram suspensas toda e qualquer situação ou ato de violência, proibindo-se as agressões verbais, físicas, as celas fortes, e os aparelhos de eletrochoque foram desativados e abertos todos os espaços físicos internos do hospital, possibilitando a circulação das pessoas e o acesso das visitas aos internos, recuperadas as condições de higiene e alimentação dos internos, bem como suas condições de saúde, reconstruídas as identidades dos pacientes, por meio do uso contínuo de seus nomes próprios e da definição de locais (quarto e cama) para eles dormirem, resgatadas às histórias de vida dos internos, bem como realizadas a revisão de diagnósticos e medicação. Esse conjunto de ações continha um significado importante, pois refletia a instauração de uma nova ordem institucional: não-violência, não-humilhação, mais tratamento, mais dignidade, mais liberdade, enfim, a possibilidade de se viver com dignidade. A partir desse

momento, iniciou-se a construção de novos serviços e de um novo modelo de atenção em Saúde Mental. No período de 1989/1996, foram criados: cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, Núcleo de Atenção aos Tóxico dependentes e, finalmente o Serviço de Urgência e Emergência nos Prontos Socorros Municipais<sup>9</sup>.

### **2.1.3 O que ser Psicótico e Diagnóstico diferencial de um primeiro Surto Psicótico**

Entre as classificações diagnósticas atuais, a definição do termo psicótico se restringe basicamente à presença proeminente de delírios e/ou alucinações e/ou discurso desorganizado e/ou comportamento desorganizado (incluindo catatônico), com ausência de insight (introspecção) do paciente para a natureza desses sintomas, caracterizando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade. Um aspecto fundamental a ser considerado no diagnóstico diferencial de um primeiro episódio psicótico é o fato de que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser manifestações de outras condições que não necessariamente um transtorno mental primário, como condições clínicas e neurológicas e deixar de diagnosticá-las tem sérias implicações para o adequado manejo do caso. Portanto, o psiquiatra ou clínico de emergência deve estar atento para essa possibilidade e buscar ativamente informações relevantes para o diagnóstico diferencial. Tendo-se em vista que, até o momento, não existem marcadores biológicos capazes de definir a presença ou ausência da grande maioria dos transtornos mentais, o diagnóstico em psiquiatria baseia-se fundamentalmente no julgamento clínico de informações obtidas por meio da Anamnese Psiquiátrica e Exame Psíquico. Numa emergência, essencial a realização do exame psíquico<sup>6</sup>.

Diante do quadro descrito, observa-se que a agitação psicomotora (APM) e o comportamento agressivo são bastante ou até os mais frequentes nas emergências psiquiátricas. Portanto, necessário investigar os fatores desses sintomas, principalmente da agressividade (com risco ao indivíduo e a terceiros), uma vez que esta não está relacionada a um diagnóstico específico, ela pode estar intrincada entre fatores socioambientais e genéticobiológicos. Os estudos mostram que certos indivíduos posteriormente citados, são mais propensos a desenvolver agressividade, como: irmãos

gêmeos e filhos adotivos que possuem herança dos comportamentos agressivos com impulsividade. Sexo masculino está mais predisposto a desenvolver o alcoolismo e agressividade. Constatou-se que cerca de 70% dos pacientes que sofreram algum tipo de traumatismo cranioencefálico (TCE) exibiam irritabilidade e agressividade, confirmando outras evidências que apontam para alterações neuropsicológicas, neurológicas e eletrencefalográficas (EEG) entre os indivíduos violentos. Na avaliação quantitativa do EEG em pacientes violentos, indicam uma associação com o alentecimento do traçado, não há uma predominância de áreas específicas cerebrais afetadas, mas, muitas dessas anormalidades ocorrem nas regiões frontotemporais. As disfunções hormonais e nos neurotransmissores (sistema noradrenérgico, serotoninérgico e GABAérgico) também podem estar associados aos comportamentos violentos. Importante saber diferenciar Agitação Psicomotora de Acatisia (dificuldade em se permanecer sentado e parado, com repetidos movimentos das pernas, uma sensação de inquietação), devido ao bloqueio dopaminérgico nigro-estriatal induzido por medicações antagonistas de D<sub>2</sub>, tais quais, antipsicóticos e antieméticos (Domperidona)<sup>10</sup>.

#### **2.1.4 Conceitos e classificação dos Transtornos Mentais Orgânicos e Psicóticos**

Um atendimento caracterizado como emergência psiquiátrica exige a tomada de medidas imediatas para controlar a situação, o que pode limitar a possibilidade do diagnóstico psiquiátrico em um primeiro momento. No entanto, deve-se buscar estabelecer minimamente o diagnóstico diferencial entre Transtornos Mentais Orgânicos e Transtornos Mentais Psicóticos para definir a conduta com a maior segurança possível.

Transtornos Mentais Orgânicos compreende uma série de transtornos reunidos, que tem em comum uma etiologia demonstrável, tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. Essa disfunção pode ser primária, em doenças, lesões e comprometimentos que afetem o cérebro de maneira direta e seletiva ou secundária. Os mais frequentes são: transtorno orgânico devido ao uso ou abuso de substâncias psicoativas; Intoxicação por álcool e outras drogas psicoativas; Estados de abstinência por álcool e outras drogas depressoras do sistema

nervoso central (SNC); Reações paradoxais ao uso de benzodiazepínicos e barbitúricos e reação idiossincrásica ao uso de álcool ou outras drogas. Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si, mas, tem em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou várias substâncias psicoativas. Importante a equipe saber identificar, a síndrome de abstinência grave que é denominada delirium tremens, em geral, o paciente apresenta febre, sudorese, taquicardia, delírios e tremores. O estado nutricional está comprometido em graus variados, bem como a hidratação e do ponto de vista mental, o quadro caracteriza-se por confusão mental, desorientação têmporoespacial, déficit de memória de fixação, agitação, perplexidade, delírios ocupacionais, ilusões e alucinações visuais que em geral são as zoopsias (crer em ver animais) e convulsões. A agitação, insônia e piora noturna marcam o quadro e esta síndrome pode ser acompanhada por complicações físicas, como hepatopatias, pancreatopatias, distúrbios gastrintestinais, hidroeletrólíticos, cardiopatias, infecções e distúrbio neurológico. Entretanto, visto que o Pronto Socorro (PS) geralmente não possui um ambiente que permita lidar com um paciente que apresente um quadro grave de agitação e confusão mental. Transtornos Mentais Psicóticos é um grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos, tais como ideias delirantes, alucinações, perturbação do senso de percepção e causada por desorganização maciça no comportamento, para esses transtornos não deve haver evidência de etiologia orgânica. Entre os transtornos psicóticos, destaca-se especialmente a esquizofrenia<sup>8</sup>.

### **2.1.5 Intervenções qualificadas e diferenciadas nas emergências psiquiátricas**

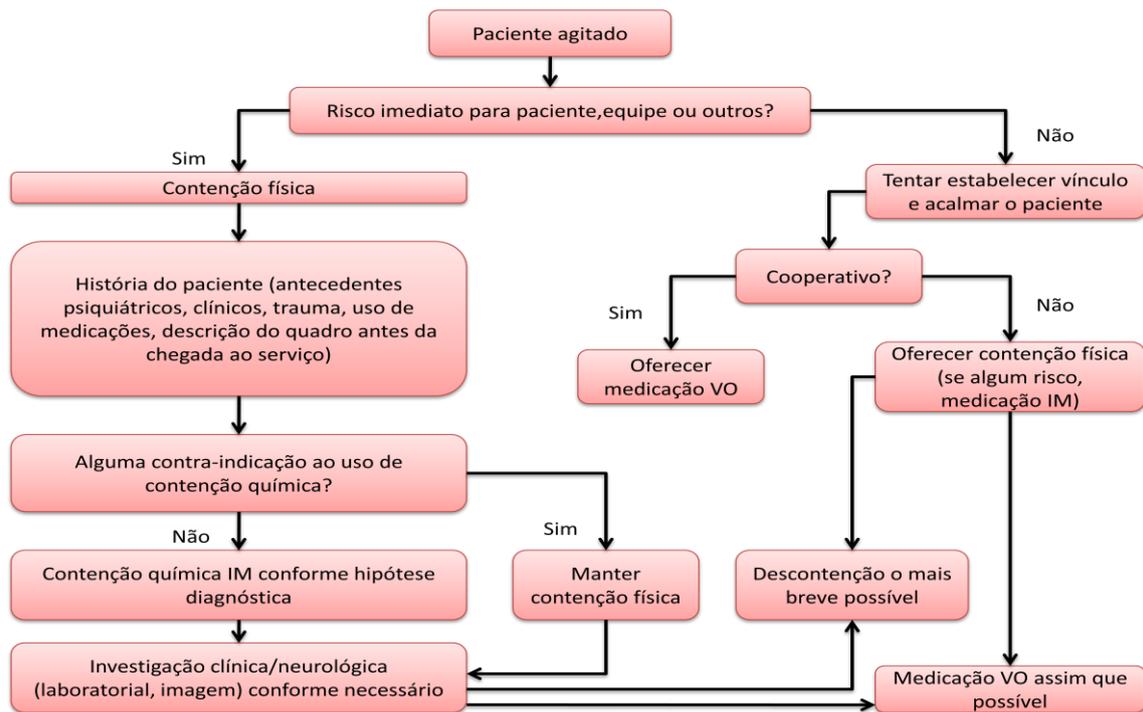
Será sempre caracterizado como emergência psiquiátrica, um momento na vida da pessoa em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar desestruturação, não apenas na vida psíquica e social do paciente, mas também da família e ou do grupo social mais próximo. A equipe para atender à EP deve atuar de forma integrada e planejada, não deixando de lado a compreensão e um ouvir que acarretará ao acolhimento do paciente no momento de um sofrimento psíquico tão importante. Na admissão é importante anotar a presença de alguma patologia clínica e sua correspondente medicação mantida no período em que o paciente estiver no PS. Deve

ser detectado também na entrada qualquer ferimento, hematomas, mancha na pele, edemas, queixa de dor e diarreias, devendo ser anotado com riqueza de detalhes pelo enfermeiro. Os autores relatam que tem mostrado que os quadros de EP atendidos no PS do Hospital Geral podem ser centrados nos seguintes diagnósticos de enfermagem: ansiedade, confusão mental, percepção sensorial prejudicada, risco para suicídio, risco para violência direcionada para os outros<sup>8</sup>.

De maneira geral todos os quadros psicóticos podem estar associados à agitação psicomotora e comportamentos agressivos e um dos principais objetivos na abordagem é a proteção do próprio paciente, dos demais pacientes e da equipe de assistência. Os critérios considerados positivos para a aliança terapêutica, conforme dados publicados em um estudo realizado com pacientes agressivos, foram: ouvir a versão do paciente sobre sua história e comportamentos, considerar seriamente as opiniões do paciente e informar ao mesmo sobre sua evolução e tratamento. O entrevistador deve ser claro e conciso nas intervenções, mover-se calmamente, manter sempre suas mãos em local visível pelo paciente e não deve ficar de costas para o mesmo. Devido a esses comportamentos supracitados, torna-se difícil a abordagem, avaliação e diagnóstico. A comunicação verbal só se torna possível quando o paciente não perdeu o controle, tal comunicação deve ser clara e firme, mas, preferencialmente em voz baixa. Quando as demais intervenções não forem possíveis, forem ineficazes, ou quando em um primeiro momento for caracterizado risco de lesão para o paciente, equipe ou outros se deve considerar a contenção física e mecânica (ser mantido em menor tempo possível e necessário), é fundamental este procedimento ser realizado por uma equipe bem treinada evitando sérias consequências físicas e emocionais ao paciente. Uma vez contido, o paciente deve ser observado constantemente, nunca deixado só. A contenção medicamentosa deve ser então realizada (medicações psicotrópicas disponíveis mais utilizadas foram Haloperidol, Clorpromazina e Diazepam), possibilitam melhor eficácia e rápido início de ação<sup>10</sup>.

Para fins práticos e didáticos, propõe-se um algoritmo para abordagem do paciente agitado (Quadro I), uma tabela do Exame Psíquico (Quadro II) e outra, dos passos fundamentais para uma abordagem qualificada (Quadro III).

## Quadro I - Algoritmo para abordagem do paciente agitado



Fonte: MARTINS H.S; DAMASCENO M.C.T; AWADA S.B. **Pronto-Socorro: Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Manole. 2007, p. 799.

## Quadro II - Exame Psíquico<sup>11</sup>

<b>1 - Apresentação</b>	<b>5 - Atenção e Concentração</b>
Aparência	Manutenção
Psicomotricidade	Focalização
Situação da entrevista	Desatenção seletiva
<b>2 - Linguagem e Pensamento</b>	<b>6 - Memória</b>
Característica da fala	Remota
Progressão da fala	Recente
Forma do pensamento	Imediata
Conteúdo do pensamento	<b>7 - Orientação</b>
Capacidade de abstração	Autopsíquica
<b>3 - Senso-Percepção</b>	Alopsíquica
<b>4 - Afetividade e Humor</b>	<b>8 - Consciência</b>
Tonalidade emocional	<b>9 - Capacidade intelectual</b>
Modulação	<b>10 - Juízo Crítico da Realidade</b>
Associação pensamento/afeto	
Equivalentes orgânicos	

## Quadro III - Os passos fundamentais para uma abordagem qualificada<sup>8</sup>

1. Avaliar o nível da ansiedade, na grave ela apresenta com a capacidade de concentração interrompida, comportamento desintegrado, com distorções da realidade, inquietação e despessoalização <sup>15</sup> .	necessitar ficar contido mais de 12 horas, a comissão de ética do hospital deverá ser comunicada e esse procedimento anotado no prontuário do mesmo	<b>clareza que é uma técnica de contenção</b> Dar todo o tempo a noção e o limite e mostrar que ele será ajudado e estará seguro
2. Auxiliar o paciente a identificar seus sentimentos e expressá-los <sup>16</sup> .		
3. Estabelecer diálogo empático e preocupação positiva	23. Evitar isolamento do paciente tanto físico como emocional	<b>O membro da equipe que irá conduzir o manejo verbal deve falar olhando nos olhos do paciente, mantendo a distância suficiente para não ser atingido caso ocorra agressão física</b>
4. Demonstrar aceitação do sofrimento mental como real	17. É imprescindível um sistema contínuo de vigilância, progressivamente flexível	O tom de voz deve ser baixo, mas claro e explícito o suficiente para o paciente ouvir, sem confrontos ou enfrentamento, mas seguro. Preferencialmente, deve ser usado o nome do paciente, repetindo até três vezes para que este concentre atenção
5. Estar disposto a ouvir	25. Toda equipe de saúde deve estar preparada para atender ao paciente potencial ou concretamente violento e alguns fatores devem ser levados em conta pela equipe como preditores: homem jovem sem suporte social, história prévia de agressão, pouca tolerância às frustrações, comportamento paranoide, desconfiado, punhos cerrados, inquietude, musculatura tensa, tom elevado de voz, blasfêmias, delírios, irritação, euforia e exaltação	<b>Manter a calma e a franqueza e, na medida do possível, ajudá-lo a corrigir distorções da realidade e diminuir temores</b>
6. Identificar os fatores causadores presentes (uso de substâncias psicoativas, história de epilepsia, febre, dor e outras) nos sintomas de confusão aguda <sup>18</sup> .	26. Ao se deparar na emergência com uma pessoa apresentando uma das situações supracitadas, é importante estar com uma equipe treinada, são quadros que não podem ser resolvidos individualmente	Se a contenção verbal tornar viável, há possibilidade de aproximação e deve-se estabelecer a contenção afetiva, e o discurso agora é de compreensão e acolhimento do sofrimento. Nesta contenção, procura-se avaliar a possibilidade de tocar o paciente em um dos braços
7. Monitorar dados laboratoriais como hipoxemia, desequilíbrios eletrolíticos, níveis de uremia e outros	27. É imperioso que a equipe se oriente de que a heteroagressão não está sendo direcionada contra a equipe. Portanto, nunca deverá contra-atacar a pessoa	<b>Se o manejo verbal for insuficiente, deve-se isolar o paciente, evitar estímulos e proteger a si e a equipe e realizar contenção química se necessário a critério médico</b>
8. Avaliar orientação têmporoespacial, auto e alopsíquica		
9. Monitorar ocorrência de agitação psicomotora, alucinações e comportamento heteroagressivo <sup>19</sup> .		
10. Mediar conforme prescrição		
11. Monitorar a evolução do paciente, anotar, reavaliar e implementar novo plano de intervenção conforme necessidade <sup>20</sup> .		
12. Observar a capacidade de responder aos comandos simples		
13. Avaliar respostas comportamentais como ilusões, alucinações, delírio, negação, hostilidade, impulsividade, afetividade inadequada, confusão mental e outros <sup>21</sup> .		
14. Fazer contenção mecânica apenas se houver necessidade máxima, ou seja, se a violência for iminente. Se o paciente		

### 2.2 Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratória descritiva, sendo utilizados como fonte de coleta de dados: banco de dados eletrônicos Bireme (Lilacs, Medline, Scielo), biblioteca da Universidade Monte Serrat (Unimonte) e o acervo literário pessoal.

Os descritores utilizados para a coleta de dados foram: Atendimento Psiquiátrico; Emergência Psiquiátrica e Surto Psicótico.

Foram selecionados nove artigos científicos e dois livros, publicados nos últimos dezoito anos. Essa pesquisa foi realizada no período de Maio de 2013 à Setembro de 2013. De posse do material selecionado, foi iniciada a leitura minuciosa de cada texto, visando ordenar e sistematizar as informações necessárias. Sendo que, estes foram escolhidos quanto ao título, autor, ano, revista e sua qualidade.

Durante todo o período desta pesquisa, houve respeito aos aspectos éticos relativos à realização de pesquisas científicas.

### 2.3 Comparação e discussão das pesquisas realizadas

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Síntese</b>
Sousa, Silva e Oliveira	2010	Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo	O doente mental deixava de ser visto como cidadão, devido à reclusão em locais onde reinavam a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, transformando-o num ser sem necessidades individuais ou direitos.
Waidman, Jouclas e Stefanelli	2002	Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira	O tratamento oferecido limitava-se a internações prolongadas, mantendo o doente afastado do seu âmbito familiar e social. Na década de 70, a modificação do modelo asilar foi discutida e implementada por meio de lutas e conquistas da reforma psiquiátrica.
Campos e Teixeira	2001	O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem	A desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade.
Schrank e Olschowsky.	2008	O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família	A política de saúde mental brasileira prevê a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de caráter extra-hospitalar. Entre estes, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros

			de Convivência, Residência Terapêutica, Pensão Protegida, Lares Abrigados e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde.
Brasil	2010	Serviços de emergência psiquiátrica: peça-chave da rede assistencial	A EP, embora seja vista como um componente necessário da assistência psiquiátrica, não é tradicionalmente, um tema de destaque nas literaturas.
Del-Ben e Teng	2010	Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes	O principal motivo para a procura de atendimento psiquiátrico de emergência é, agitação psicomotora e agressividade. EP é conflituosa, diante desse quadro, é indispensável à intervenção imediata de uma equipe multiprofissional que estejam treinados adequadamente.
Coelho, Zanetti e Neto	2005	Residência em psiquiatria no Brasil: análise crítica	Os transtornos mentais acometem mais de 450 milhões de pessoas e respondem por 12,3% das causas de enfermidades e invalidez. Mesmo que as autoridades acordem para o problema, o número deve chegar a 562 milhões em 2020.
Sallum e Paranhos	2010	O Enfermeiro e as Situações de Emergência	Um atendimento caracterizado como emergência psiquiátrica exige a tomada de medidas imediatas para controlar a situação, o que pode limitar a possibilidade do diagnóstico psiquiátrico em um primeiro momento. No entanto, deve-se buscar estabelecer minimamente o diagnóstico diferencial entre Transtornos Mentais Orgânicos e Transtornos Mentais Psicóticos para definir a conduta com a maior segurança possível.
Luzio e L'Abbate	2006	A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas	A cidade de Santos/SP, a partir de 1989, integrou-se à luta pela construção do SUS e ações iniciais, após a reforma psiquiátrica, com isso, foram suspensas toda e qualquer situação ou ato de violência, proibindo-se as agressões verbais, físicas, celas fortes, aparelhos de eletrochoque. Desativados e abertos todos os espaços físicos internos do hospital, possibilitando a circulação das pessoas e o acesso das visitas aos internos, recuperadas as condições de higiene e alimentação, bem como suas condições

			de saúde, reconstruídas as identidades dos pacientes, por meio do uso contínuo de seus nomes próprios e da definição de locais (quarto e cama) para eles dormirem, resgatadas às histórias de vida dos internos, bem como realizadas a revisão de diagnósticos e medicação.
Martins, Damasceno e Awada	2007	Pronto-Socorro: Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	De maneira geral todos os quadros psicóticos podem estar associados à agitação psicomotora e comportamentos agressivos e um dos principais objetivos na abordagem é a proteção do próprio paciente, dos demais pacientes e da equipe de assistência.
Zuardi e Loureiro	1996	Semiologia Psiquiátrica	Visando verificar através do Exame Psíquico se os sinais e sintomas estão associados a condições orgânicas ou psiquiátricas, para definir uma conduta diferenciada e adequada.

## 2.4 Discussões

O estudo abriu elo para o levantamento nas discussões referente ao atendimento emergencial psiquiátrico que, até 2020 o número de transtornos mentais deve chegar a 562 milhões.

Autores afirmam que, uns dos principais motivos da procura nas emergências psiquiátricas são Agitação Psicomotora e Agressividade. Com isso, é levantada a discussão indicativa ao tema tão pouco discutido e publicado, porém, tão imprescindível para o manejo correto e qualificado.

Mesmo nos tempos atuais, que o doente mental é visto como cidadão, e não como monstro. A política de saúde mental e a desinstitucionalização propõe a sociedade, que integram na comunidade esse indivíduo em sofrimento mental. Mas, infelizmente a população ainda é permeada no receio e preconceito, visto também, nas equipes de saúde onde esses indivíduos acabam se tornando pacientes.

Responsabilidade da cultura populacional ou da falta de comprometimento ao próximo, isso deveria ser suprimido desde a Reforma Psiquiátrica. Com isso até hoje, acarreta na falta de treinamento qualificado para uma abordagem diferenciada resultando na segurança e efetividade ao tratamento desse paciente.

Faz-se necessário para atender as expectativas da EP, recursos humanos qualificados, materiais disponíveis no serviço para se obter com efetividade uma assistência integral, humanizada e intervenção imediata de uma equipe multiprofissional que estejam treinados adequadamente, preparados para ouvir e compreender.

A participação ativa dos profissionais enfermeiros torna-se elemento fundamental para a prevenção do agravo nesses casos emergenciais. Deste modo, o enfermeiro deve estimular, educar e preparar a equipe, ministrando através de instrumentos como fluxograma, protocolos, exame psíquico e informações atuais baseadas cientificamente para que a equipe possa estar segura de suas ações posteriores. Evoluindo então, para um atendimento diferenciado, exigindo uma tomada de medidas imediatas para controle de uma situação iminente.

Os autores ressaltam sobre a importância do diagnóstico diferencial entre Transtornos Mentais Orgânicos e Transtornos Mentais Psicóticos para definir a conduta com a maior segurança possível, e sempre frisando ao longo do estudo os principais objetivos numa abordagem que é a proteção do próprio paciente, dos demais pacientes e da equipe de assistência. Portanto, equipe multiprofissional treinada é fundamental para um atendimento diferenciado.

O profissional competente é essencial para assistência a EP, pois possuem capacidade para desenvolvimento de inúmeras habilidades, principalmente na atuação de uma situação de risco até mesmo como saber identificar. Acredito que a competência profissional se inicia na construção da formação acadêmica.

A consulta nos artigos e nos livros foi além dos objetivos desse trabalho, pois levantei barreiras e problemas enfrentados no contexto emergencial psiquiátrico.

As principais barreiras encontradas foram: questões da falta de dados epidemiológicos, desvalorização da atenção do profissional, desatenção e desrespeito aos pacientes em sofrimento mental sendo que, a primeira e normalmente a única conduta tomada é o isolamento do mesmo.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomados em conjunto, os dados aqui discutidos mostram que algumas medidas relativamente simples, como treinamento e educação continuada de emergência psiquiátrica, podem ser úteis para compensar as limitações inerentes aos serviços dessas emergências e contribuir para melhorar, sobremaneira, a qualidade do atendimento no contexto de emergência.

Temos que considerar a necessidade de encontrar respostas que possibilitem o melhor cuidado ao paciente, assim como, condições que permitam aos profissionais desempenhar sua tarefa com segurança e dignidade.

Aproximadamente uma em cada duas pessoas apresentam algum sintoma compatível com transtorno mental ao longo da vida, o que nos obriga a refletir sobre a relação com as pessoas que apresentam episódio de transtorno e sofrimento mental.

É importante frisar que as condutas de todos os membros da equipe em um atendimento de emergência devem ser coesas e dirigidas para vigilância e contenção de ansiedades dos pacientes, ou seja, o serviço estará verdadeiramente cumprindo seu papel e inserido no processo da Reforma Psiquiátrica quando se tornar capaz de um espaço compreensivo e de busca do sentido do sofrimento mental.

### REFERÊNCIA

1. SOUSA F.S.P; SILVA C.A.F; OLIVEIRA E.N. **Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo**. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/35.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/35.pdf)> Acesso em: 16 Mai 2013
2. WAIDMAN M.A.P; JOUCLAS V.M.G; STEFANELLI M.C. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. **Rev Ciência, Cuidado e Saúde**. Disponível em:< [www.scielosp.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1413...pt](http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1413...pt)> Acesso em: 16 Mai 2013
3. CAMPOS C.J.G; TEIXEIRA M.B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enf USP**. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a07](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a07)>

Acesso em: 18 Mai 2013

4. SCHRANK G; OLSCHOWSKY A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enf USP**. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf)> Acesso em: 26 Mai 2013
5. BRASIL M.A.A. Serviços de emergência psiquiátrica: peça-chave da rede assistencial. **Rev Brasileira de Psiquiatria**. Disponível em:< [www.scielo.org/scieloOrg/php/similar.php?text...lang=pt](http://www.scielo.org/scieloOrg/php/similar.php?text...lang=pt)> Acesso em: 02 Jul 2013
6. DEL-BEN C.M; TENG C.T. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Rev. Brasileira Psiquiatria**. Disponível em:< [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516)> Acesso em: 18 Jul 2013
7. COÊLHO B.M; ZANETTI M.V; NETO F.L. Residência em psiquiatria no Brasil: análise crítica. **Rev Psiquiatria**. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/rprs/v27n1/v27n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n1/v27n1a02.pdf)> Acesso em: 16 Set 2013
8. SALLUM A.M.C; PARANHOS W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. 2 ed. São Paulo. Editora Atheneu. 2010, p. 745-757
9. LUZIO C.A; L'ABBATE S. **A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas**. Disponível em:< [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200002&script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200002&script)> Acesso em: 20 Set 2013
10. MARTINS H.S; DAMASCENO M.C.T; AWADA S.B. **Pronto-Socorro: Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. 1 ed. Barueri, SP. Editora Manole. 2007, p. 794-799
11. ZUARDI A.W; LOUREIRO S.R. **Semiologia Psiquiátrica**. Disponível em:< [evista.fmrp.usp.br/1996/vol29n1/semiologia\\_psiquiatica.pdf](http://evista.fmrp.usp.br/1996/vol29n1/semiologia_psiquiatica.pdf)> Acesso em: 20 Set 2013