

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

3ª EDIÇÃO

JOÃO QUEVEDO

ANDRÉ F. CARVALHO

ORGANIZADORES



EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria



A Artmed é a editora
oficial da ABP

Nota: A medicina é uma ciência em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a experiência clínica ampliam o nosso conhecimento, são necessárias modificações no tratamento e na farmacoterapia. Os organizadores/coautores desta obra consultaram as fontes consideradas confiáveis, num esforço para oferecer informações completas e, geralmente, de acordo com os padrões aceitos à época da publicação. Entretanto, tendo em vista a possibilidade de falha humana ou de alterações nas ciências médicas, os leitores devem confirmar estas informações com outras fontes. Por exemplo, e em particular, os leitores são aconselhados a conferir a bula de qualquer medicamento que pretendam administrar, para se certificar de que a informação contida neste livro está correta e de que não houve alteração na dose recomendada nem nas contraindicações para o seu uso. Essa recomendação é particularmente importante em relação a medicamentos novos ou raramente usados.



E53 Emergências psiquiátricas [recurso eletrônico] /
 Organizadores, João Quevedo, André F. Carvalho. –
 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed,
 2014.

 Editado também como livro impresso em 2014.
 ISBN 978-85-8271-032-6

 1. Psiquiatria. 2. Emergência psiquiátrica.
 I. Quevedo, João. II. Carvalho, André F.

CDU 616.89

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus –
CRB10/2052

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

3ª EDIÇÃO

JOÃO QUEVEDO
ANDRÉ F. CARVALHO
ORGANIZADORES

Versão impressa
desta obra: 2014



2014

© Artmed Editora Ltda., 2014

Gerente editorial
Letícia Bispo de Lima

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial
Cláudia Bittencourt

Assistente editorial
André Luís Lima

Capa
Tatiana Sperhacker

Preparação de original
Antonio Augusto da Roza

Leitura final
Grasielly Hanke Angeli

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Armazém Digital® Editoração Eletrônica – Roberto Vieira

Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5
Cond. Espace Center – Vila Anastácio
05095-035 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3665-1100 – Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

AUTORES

João Quevedo

Psiquiatra. Doutor em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor titular de Psiquiatria, coordenador do Laboratório de Neurociências e coordenador do Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador 1A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro afiliado da Academia Brasileira de Ciências. Editor associado da *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Presidente do Instituto Cérebro e Mente e vice-presidente da Associação Catarinense de Psiquiatria.

André F. Carvalho

Psiquiatra. Professor adjunto do Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Alexandre Guimarães de Almeida Barros

Médico. Doutor em Farmacologia Bioquímica e Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor visitante no Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina da UFMG.

Alexandre Tsumori Maezuka

Psiquiatra e psicoterapeuta. Perito médico do Poder Judiciário Federal. Colaborador do Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE) do Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Aline André Rodrigues

Médica. Residente de Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), UFRGS.

Ana Lúcia Duarte Baron

Psiquiatra. Mestre em Clínica Médica com ênfase em Psiquiatria pela UFRGS. Psiquiatra perita do Ministério Público do Rio Grande do Sul.

André Malbergier

Psiquiatra. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Illinois, Chicago, Estados Unidos. Doutor pela Universidade de São Paulo (USP). Professor colaborador médico do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da USP.

Antônio Alvim-Soares

Psiquiatra da infância e adolescência. Mestre e doutorando em Medicina Molecular pela UFMG.

Antonio E. Nardi

Psiquiatra. Professor titular da Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Carmita H. N. Abdo

Psiquiatra. Livre docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq-HCFMUSP).

Ciro Mendes Vargas

Médico assistente em Psiquiatria. Mestrando na Universidade Federal de Goiás (UFG).

Danielle Macêdo

Farmacêutica. Mestre e doutora em Farmacologia. Professora adjunta de Fisiologia da UFC.

Debora M. Miranda

Pediatra. Doutora em Farmacologia Bioquímica e Molecular pela UFMG. Professora adjunta do Departamento de Pediatria da UFMG.

Débora Muszkat

Psiquiatra geral e psiquiatra da infância e adolescência.

Deise Daniela Mendes

Psiquiatra. Mestre pelo Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, Unifesp. Colaboradora do PROVE, Departamento de Psiquiatria, Unifesp-

-EPM. Psiquiatra assistente do Serviço de Emergências em Psiquiatria do Hospital São Paulo.

Dimitri Gusmão Flôres

Médico. Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Coordenador da UTI do Hospital Universitário Prof. Edgar Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Eduardo Hostyn Sabbi

Psiquiatra. Coordenador do Núcleo de Estudos de Psicogeriatría da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS). Diretor-proprietário do Centro Geriátrico Vitalis. Diretor do Sindicato de Hospitais e Clínicas de Porto Alegre (Sindihospa).

Elisa Baldassar Barbosa

Médica. Especialista em Clínica Médica e Terapia Intensiva. Mestranda em Ciências da Saúde na UNESC.

Elisa Brietzke

Psiquiatra. Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. Professora adjunta do Departamento de Psiquiatria, Unifesp-EPM. Pesquisadora associada do Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas (LiNC) do Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

Elson Asevedo

Psiquiatra. Pesquisador associado do Programa de Reconhecimento e Intervenção em Estados Mentais de Risco (PRISMA) e do Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas (LiNC) da Unifesp.

Erick Messias

Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Universidade de Maryland, Estados Unidos. Mestre em Saúde Pública e Doutor em Epidemiologia Psiquiátrica pela Johns Hopkins University, Estados Unidos. Professor adjunto do Psychiatric Research Institute, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Estados Unidos.

Felipe Dal Pizzol

Médico intensivista. Doutor em Bioquímica pela UFRGS. Professor da UNESC. Coordenador do Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva, Hospital São José.

Flávio Gosling

Psiquiatra e terapeuta de família e casal. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo IPq-HCFMUSP. Médico do Hospital Sírio Libanês.

Flávio Kapczinski

Psiquiatra. Mestre em Medicina pela UFRGS. Doutor em Psiquiatria pela Universidade de Londres, Inglaterra. Pós-doutorado no Departamento de Psiquiatria da McGill, Montreal. Livre docente pela Unifesp. Professor titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Coordenador do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA. Diretor do Laboratório de Psiquiatria Molecular e coordenador-geral do INCT em Medicina Translacional.

Giovani Missio

Psiquiatra. Pesquisador e colaborador do Programa Transtornos Afetivos (GRUDA) do IPq-HCFMUSP.

Graciele Rodrigues da Cunha

Psiquiatria. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Unifesp.

Guilherme Luís Menegon

Médico. Residente em Psiquiatria no HCPA.

Guilherme V. Polanczyk

Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo HCPA/UFRGS. Mestre e doutor em Psiquiatria pela UFRGS. Pós-doutorado no Institute of Psychiatry, King's College London, e na Duke University. Professor doutor de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria, FMUSP.

Jader Piccin

Médico. Residente em Psiquiatria no HCPA.

Joel Porfirio Pinto

Psiquiatra. Mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Professor da Universidade de Fortaleza (Unifor). Supervisor do Hospital de Saúde Mental de Messejana.

José G. V. Taborda

Psiquiatra forense. Doutor em Medicina: Ciências Médicas pela UFRGS. Professor associado de Psiquiatria do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Membro do Board Diretor da World Psychiatric Association (WPA). Presidente da Section of Forensic Psychiatry da WPA. Membro honorário da WPA. Membro fundador e ex-coordenador do Departamento de Ética e Psiquiatria Forense da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Membro titular (Cadeira 56) da Academia Sul-rio-grandense de Medicina.

Leonardo Caixeta

Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pelo IPq-HCFMUSP. Mestre e doutorado em Medicina pela FMUSP. Professor associado de Neuropsiquiatria da UFG.

Lucas C. Quarantini

Psiquiatra. Mestre em Neurociências pela UFBA. Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp-EPM. Pós-doutorado na Harvard School of Public Health, Boston, Estados Unidos. Professor adjunto de Psiquiatria do Departamento de Neurociências e Saúde Mental e do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA.

Luciano Kurtz Jornada

Psiquiatra. Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pela UNESC. Pós-doutorando na UNESC. Professor do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

Luigi Pessetto Neto

Psiquiatra Forense. Psiquiatra no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, Porto Alegre, RS.

Maiko A. Schneider

Médico Generalista pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Marcelo Feijó de Mello

Psiquiatra. Mestre e doutor em Psiquiatria pelo Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) e doutor em Psiquiatria pela Unifesp. Pós-doutor em Neurociências pela Brown University. Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria da Unifesp-EPM. Coordenador do PROVE-Unifesp.

Marcelo Pio de Almeida Fleck

Psiquiatra. Mestre e doutor em Clínica Médica pela UFRGS. Professor associado IV do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Pesquisador IC do CNPq.

Márcio Gerhardt Soeiro-de-Souza

Psiquiatra. Doutor em Ciências pela USP. Pesquisador do GRUDA, IPq-HCFMUSP

Marco Antonio Caldieraro

Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Médico contratado do HCPA.

Marco A. Romano-Silva

Professor titular de Psiquiatria da UFMG. Coordenador do INCT de Medicina Molecular.

Marco de Tubino Scanavino

Psiquiatra. Mestre e doutor em Ciências da Saúde, área de concentração Psiquiatria, pela FMUSP. Responsável pelo Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo (ProSex; ProAMITI) do IPq-HCFMUSP. Médico assistente e pesquisador do IPq-HCFMUSP.

X AUTORES

Marcos Ribeiro

Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Unifesp-EPM. Colaborador do Programa de Diagnóstico e Intervenção Precoce (PRO-DIP) do IPq-HCFMUSP

Mariane Nunes Noto

Psiquiatra. Pós-graduanda no Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

Michelle N. Levitan

Psicóloga. Mestre em Saúde Mental. Pesquisadora do Laboratório de Pânico e Respiração do IPUB/UFRJ.

Renato Daltro-Oliveira

Acadêmico de Medicina. Pesquisador associado do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, UFBA.

Ricardo Abrantes do Amaral

Psiquiatra. Mestre e doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Professor colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Professor da Escola de Ciências da Saúde da Universidade Anhembi-Morumbi.

Rodrigo Grassi-Oliveira

Psiquiatra. Especialista em Psicoterapias Cognitivas. Mestre e doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCR). Pós-doutorado em Epigenética pela The University of Queensland, Austrália. Professor adjunto do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS. Pesquisador Produtividade 2 do CNPq.

Taciana G. Costa Dias

Psiquiatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo HCFMRP/USP. Mestre em Pesquisa Clínica pela OHSU, Estados Unidos. Doutorando no IPq-HCFMUSP.

Vanessa De Luca Francisco

Médica. Especialista em Clínica Médica.

Victor Caixeta

Médico. Mestrando em Ciências da Saúde na FM-UFG.

APRESENTAÇÃO

Cinco anos após o lançamento da última edição do livro *Emergências psiquiátricas*, percebemos que houve considerável avanço no tema. Dessa forma, justifica-se a necessidade de novas abordagens dos conteúdos por meio de revisões atualizadas. Nesta nova edição, a intenção e grande desafio dos organizadores era obter um texto abrangente e equilibrado, com o enfoque em uma leitura prática para o especialista.

Para uma compreensão das múltiplas explicações possíveis que as emergências psiquiátricas podem implicar, contou-se com a colaboração de diversos autores, que tornaram esta obra mais precisa e enxuta. Agora o livro divide-se em 18 capítulos. Entre as principais mudanças estão a supressão dos capítulos sobre psicose aguda e informações úteis na emergência psiquiátrica. Unificaram-se os capítulos sobre transtornos dissociativos e somatoformes, e, como novidade, o último capítulo analisa os transtornos da personalidade no *setting* das emergências.

Ainda, as disciplinas já conhecidas do leitor receberam atualizações e novas abordagens: avaliação do paciente na emergência, emergências clínicas, aspectos ético-legais nas emergências psiquiátricas, *delirium*, agressividade e agitação psicomotora, intoxicação e efeitos adversos graves dos psicofármacos, emergências associadas ao álcool e a drogas de abuso, risco de suicídio, ansiedade aguda, ataques de pânico, luto e transtorno de ajustamento, emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes, emergências psiquiátricas no idoso, atendimento domiciliar e remoção psiquiátrica emergencial, fármacos psicotrópicos na amamentação e gestação, risco associado ao comportamento sexual e manejo de situações de estresse agudo.

Emergências psiquiátricas foi escrito primeiramente para ser uma fonte de consulta rápida para clínicos e psiquiatras em situações de emergência, nas quais rapidez e precisão são fundamentais. Nesta edição, a obra consolida-se, reunindo as experiências práticas dos especialistas que contribuíram para ela. É um livro sobre decisões rápidas e identificação de crise, um trabalho muito recomendado, elaborado para aliar praticidade e precisão.

Flávio Kapczinski

*Professor titular de Psiquiatria da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Membro da Academia Brasileira de Ciências*

PREFÁCIO

O ideal deve, como a árvore, ter suas raízes na terra.

August Graf von Platen

O perfil epidemiológico das emergências psiquiátricas vem mudando significativamente nas últimas duas décadas em virtude da reforma psiquiátrica. Por conseguinte, elas, hoje, são inicialmente atendidas mais amiúde em serviços de emergência dos hospitais gerais.

As emergências psiquiátricas são um problema de saúde pública e se apresentam de diversas formas, sendo, portanto, um tema relevante para médicos e profissionais da saúde de modo geral. O estigma, as concepções errôneas e a falta de treinamento são fontes de insegurança para muitos profissionais da saúde que se deparam com pacientes agitados e/ou agressivos.

Além do manejo técnico, as emergências psiquiátricas estão associadas a potenciais desdobramentos de cunho ético e legal, notavelmente os internamentos involuntários. Trata-se, pois, de tema complexo e abrangente.

Na presente edição, buscamos prover ao leitor uma referência ao mesmo tempo sucinta e abrangente, que permita simultaneamente o estudo e a rápida consulta no contexto das emergências psiquiátricas. Sempre que possível, a obra foi enriquecida com algoritmos e fluxogramas que viabilizam a aplicação dos conceitos e ferramentas terapêuticas abordados. Esperamos que este livro contribua para o melhor manejo possível das emergências psiquiátricas.

Os Organizadores

SUMÁRIO

- 1** AVALIAÇÃO DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA..... 17
Guilherme Luís Menegon, Jader Piccin,
Marco Antonio Caldieraro, Marcelo Pio de Almeida Fleck
- 2** EMERGÊNCIAS CLÍNICAS..... 49
Elisa Baldassar Barbosa, Vanessa De Luca Francisco,
Felipe Dal Pizzol
- 3** ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS NAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS 69
José G. V. Taborda, Ana Lúcia Duarte Baron, Luigi Passetto Neto
- 4** *DELIRIUM* 87
Renato Daltro-Oliveira, Dimitri Gusmão Flôres,
Lucas C. Quarantini
- 5** AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO PSICOMOTORA..... 100
Joel Porfirio Pinto, Danielle Macêdo,
Márcio Gerhardt Soeiro-de-Souza, André F. Carvalho
- 6** INTOXICAÇÃO E EFEITOS ADVERSOS GRAVES DOS PSICOFÁRMACOS..... 116
Debora M. Miranda, Antônio Alvim-Soares,
Alexandre Guimarães de Almeida Barros, Marco A. Romano-Silva
- 7** EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS AO ALCÓOL E A DROGAS DE ABUSO 146
André Malbergier, Ricardo Abrantes do Amaral

16 SUMÁRIO

8	RISCO DE SUICÍDIO	165
	Aline André Rodrigues, Flávio Kapczinski	
9	ANSIEDADE AGUDA: ATAQUES DE PÂNICO	175
	Michelle N. Levitan, Antonio E. Nardi	
10	TRANSTORNOS CONVERSIVOS E DISSOCIATIVOS	183
	Elisa Brietzke, Gracielle Rodrigues da Cunha, Elson Asevedo	
11	LUTO E TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO.....	195
	Erick Messias	
12	EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	204
	Taciana G. Costa Dias, Marcos Ribeiro, Débora Muszkat, Guilherme V. Polanczyk	
13	EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO IDOSO	225
	Leonardo Caixeta, Ciro Mendes Vargas, Victor Caixeta	
14	ATENDIMENTO DOMICILIAR E REMOÇÃO PSIQUIÁTRICA EMERGENCIAL	245
	Eduardo Hostyn Sabbí, Luciano Kurtz Jornada, João Quevedo	
15	FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS NA GESTAÇÃO E NA AMAMENTAÇÃO.....	259
	Giovani Missio, Maiko A. Schneider, Márcio Gerhardt Soeiro-de-Souza	
16	RISCOS ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL	273
	Carmita H. N. Abdo, Marco de Tubino Scanavino, Flávio Gosling	
17	MANEJO DE SITUAÇÕES DE ESTRESSE AGUDO	299
	Alexandre Tsumori Maezuka, Deise Daniela Mendes, Marcelo Feijó de Mello	
18	TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE	311
	Mariane Nunes Noto, Rodrigo Grassi-Oliveira	
	ÍNDICE	327

1

AVALIAÇÃO DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA

Guilherme Luís Menegon

Jader Piccin

Marco Antonio Caldieraro

Marcelo Pio de Almeida Fleck

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 médico 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:

- **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.
- **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.

- **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.



OBJETIVOS DE UM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

- **Estabilização do quadro:** deve-se estabelecer um sintoma-alvo a ser abordado e controlado, a fim de facilitar a continuidade da investigação diagnóstica e a intervenção terapêutica. Algumas vezes, o controle do sintoma-alvo pode ser um desafio clínico (p. ex., em uma agitação psicomotora) ou pode desenrolar-se simultaneamente aos demais processos do atendimento (p. ex., ansiedade relacionada a ideação suicida). Pacientes que obviamente não entendem o que está ocorrendo ou que apresentam ampla dificuldade de comunicação e/ou sinais potenciais de violência devem ser primeiramente contidos e medicados na abordagem inicial.
- **Estabelecimento de uma hipótese diagnóstica:** é importante que o médico procure definir a causa provável da situação de emergência do paciente. O estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, mesmo que provisória, serve como referencial para sua avaliação da evolução.
- **Exclusão de uma causa orgânica:** é recomendável, inicialmente, excluir uma potencial causa orgânica que explique as alterações do estado mental do paciente. Os indícios de alterações orgânicas apresentam-se na história do paciente, no exame físico e no exame do estado mental, mais especificamente no que se refere a consciência, atenção, sensopercepção, orientação e memória. A partir do grau de suspeição, deve-se solicitar exames complementares apropriados.
- **Encaminhamento:** após a estabilização do quadro e o manejo dos riscos imediatos, o psiquiatra deve encaminhar adequadamente o paciente para que seja dada continuidade ao tratamento do evento desencadeante da emergência. Esse encaminhamento pode ser para uma internação hospitalar, para hospital-dia, ambulatório, entre outros.

APROXIMAÇÃO DO PACIENTE AO EXAMINADOR

A fim de cumprir os objetivos da abordagem inicial do paciente na EP, é necessário estabelecer uma relação médico-paciente o mais próxima possível, com um vínculo de confiança e respeito no qual o paciente se sinta acolhido, e seu sofrimento seja reconhecido.¹ Cabe lembrar que a abordagem inicial serve não apenas para elucidar o diagnóstico, mas também como parte do processo terapêutico.²

Algumas medidas podem aproximar o paciente do examinador e melhorar sua cooperação com a avaliação:

- **Conectar-se com o afeto do paciente:** perguntas como “O que o traz ao hospital?” ou “Como posso ajudá-lo?” serão úteis para pacientes que claramente desejem ser atendidos. Pacientes trazidos à emergência contra a própria vontade poderão reagir a essas perguntas de forma negativa, comprometendo o restante da avaliação. Eles podem estar com raiva, querendo ir embora e acreditando que sua presença em uma EP é um grande erro. Identificar esses sentimentos e motivar o paciente a falar sobre eles são atitudes que o aproximam do examinador e previnem que expresse tais sentimentos de outras formas, como conduta agressiva.
- **Esclarecer os objetivos da avaliação:** explicar os motivos e os objetivos das medidas tomadas diminui a ansiedade dos pacientes que neguem estar doentes e daqueles com ideias de cunho persecutório. Além disso, tranquiliza os pacientes.
- **Conhecer o contexto do paciente:** os pacientes costumam estar mais preocupados com os acontecimentos que os trouxeram até o estado atual do que com o conjunto de seus sintomas. Uma avaliação sumária de estressores psicossociais mostra ao paciente que o médico está interessado na singularidade de seu quadro e pode trazer informações importantes para o manejo do caso.³
- **Não se identificar com os sentimentos negativos do paciente:** pacientes irritados ou com medo facilmente transferem esses sentimentos ao avaliador por comunicação não verbal ou por frases como “Você parece muito novo para ser médico”, “Se eu for internado, vou processá-lo”, “Já falei tudo para outro médico, vocês não se comunicam?”. É necessário estar atento para sentimentos provocados por essas atitudes para não agir inadequadamente em resposta a eles. Por exemplo, é importante que o médico evite a tentação de usar a lógica para convencer o paciente de que ele está errado.³

ORGANIZAÇÃO AMBIENTAL DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

As EPs podem ser encaminhadas para locais apropriados para seu atendimento, mas frequentemente ocorrem em locais não preparados. A equipe de atendimento deve estar pronta para um eventual episódio de agressão fí-

sica. Algumas medidas ambientais e organizacionais são de suma importância para minimizar os riscos de violência, conforme descrito no Quadro 1.1.

AVALIAÇÃO

As alterações de comportamento podem ser manifestações de uma série de condições além dos transtornos psiquiátricos (Quadro 1.2).^{4,5} Considerando-se que algumas delas estão associadas a risco de morte, o psiquiatra de emergência deve distinguir rapidamente a verdadeira emergência psiquiátrica daqueles quadros menos agudos ou das emergências não psiquiátricas. Como essa tarefa não é simples, o profissional deve guiar-se por dados da avaliação que sugiram organicidade (Quadro 1.3),^{6,7} após a exclusão desses quadros, deve proceder à avaliação de situações psiquiátricas de risco.

QUADRO 1.1

Aspectos importantes da organização ambiental da emergência psiquiátrica

- Instituição de protocolos e rotinas para o manejo de paciente agitado ou violento
- Treinamento e reciclagem periódica da equipe responsável pelo atendimento
- Disponibilidade de equipe de segurança próximo ao consultório
- Observação contínua por outros membros da equipe
- Acesso rápido a material para contenção mecânica e medicação
- Organização do espaço físico destinado ao atendimento
 - Consultório preferencialmente com duas saídas e com portas que abram para fora
 - Porta do consultório mantida aberta
 - Descarte de objetos pesados e adornos pessoais
 - Acesso facilitado à porta e evitar sentar-se atrás de uma mesa
 - Sistema de alarme ou código comum entre a equipe
- Atendimento precoce e com privacidade, porém não totalmente isolado
- Redução dos estímulos externos
- Afastamento de pessoas que possam ser desestabilizadoras para o paciente
- Acesso fácil a serviços diagnósticos gerais e ao auxílio de outros especialistas

Fonte: Mantovani e colaboradores,¹ Rice e Moore,⁸ Deans,⁹ Phillips,¹⁰ Dubin e Weiss.¹¹

QUADRO 1.2

Diagnóstico diferencial de alterações de comportamento

Condições com risco de morte

- Metabólicas: hipoxia, hipoglicemia
- Neurológicas: encefalopatia hipertensiva, encefalopatia de Wernicke, infecções (meningite, encefalite), epilepsia, AVC, lesões intracranianas (hemorragias, neoplasias)
- Toxicológicas: *overdose*, intoxicação ou abstinência de álcool ou outra substância psicoativa
- Infecciosas: sepse

Condições comuns

- Metabólicas: alterações hidroeletrólíticas
- Toxicológicas: síndrome de retirada de medicações, efeitos adversos ou interações medicamentosas
- Infecciosas: ITU, pneumonia
- Transtornos psiquiátricos

Outras condições

- Doenças endocrinológicas, demência, aids

AVC, acidente vascular cerebral; ITU, infecção do trato urinário.

Fonte: Huff.^{4,5}

Uma avaliação psiquiátrica deve, no mínimo, responder às seguintes questões:

1. O paciente está apresentando ou está em risco de apresentar agitação psicomotora? O paciente apresenta risco de heteroagressão?
2. O problema é orgânico, funcional ou uma combinação de ambos? É seguro para o paciente permanecer no local onde está?
 - Há redução no nível de consciência?
 - Há alterações nos sinais vitais ou outra evidência de doença clínica aguda?
 - Há algum déficit neurológico focal agudo?
 - Há algum déficit agudo na atenção, na orientação ou na memória de curto prazo (sugerindo *delirium*)?
3. O paciente está intoxicado ou em abstinência por alguma substância?
4. O paciente está psicótico?

QUADRO 1.3

Características que indicam suspeita de organicidade

Início agudo dos sintomas (período de horas ou minutos)
Sintomas que flutuam (período de horas ou dias)
Primeiro episódio e ausência de diagnóstico psiquiátrico prévio
Idade avançada (> 40 anos)
Doença clínica preexistente ou doença ou lesão orgânica atual
Uso ou abuso de substâncias psicoativas (drogas de abuso), psicotrópicos ou exposições ocupacionais
Alucinações não auditivas
Sinais e sintomas neurológicos
Sinais sugestivos de organicidade no exame do estado mental (redução no nível de consciência, alterações qualitativas na consciência, desorientação, comprometimento da memória e da atenção, discalculia, concretismo)
Outros sinais no exame do estado mental (alterações na fala, nos movimentos ou na marcha)
Apraxia construtiva (dificuldades para desenhar um relógio, um cubo, intersecção de pentágonos, desenho de Bender-Gestalt)
Características catatônicas (mutismo, negativismo, combatividade, rigidez, posturas, flexibilidade cérea, ecopraxia, ecolalia, ecolalia, caretas)
Quadros psiquiátricos com apresentação atípica
Ausência de história familiar da síndrome apresentada ou de problemas psiquiátricos
História familiar de condições clínicas que curse com sintomas psiquiátricos
Resistência ou resposta não habitual ao tratamento
História de trauma recente (principalmente traumatismo craneioencefálico [TCE])

Fonte: Chuang,⁶ Talbot-Stern e colaboradores.⁷

5. O paciente apresenta risco de suicídio ou de homicídio?
6. Qual é a capacidade de autocuidados do paciente?
7. Qual é o suporte familiar do paciente?

Anamnese

A entrevista da EP é similar à convencional, exceto pela limitação de tempo. O ideal é focar na queixa apresentada e nas razões pelas quais o paciente foi à sala de emergência ou no motivo pelo qual o médico foi chamado

para atendê-lo. A limitação do tempo exige que o médico 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. Os principais dados que devem ser coletados estão citados no Quadro 1.4.

QUADRO 1.4

Dados importantes de serem obtidos na anamnese

1. Identificação:
 - Nome, idade, sexo, etnia, naturalidade e procedência, situação conjugal
 - Quem o acompanha, contatos telefônicos, de onde vem encaminhado, meio de transporte utilizado para chegar ao local de atendimento
2. Queixa principal: ideia clara do motivo pelo qual o paciente buscou atendimento e por que nesse momento
3. História da doença atual:
 - Pródromos; início da apresentação dos sintomas atuais; grau de interferência no cotidiano: funções fisiológicas (sono, alimentação, sexualidade), relações interpessoais, trabalho e estudos; eventos vitais, situações ou fatores precipitantes
 - Uso de medicamentos: medicamentos em uso atualmente, possibilidade de abuso, início, alterações na dose ou suspensão recentes
4. História médica pregressa:
 - 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: parceiro fixo, uso de métodos de barreira, diagnóstico e tratamento prévio de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)

(Continua)

QUADRO 1.4

Dados importantes de serem obtidos na anamnese (*continuação*)

- História ginecológica: número de gestações e de filhos, data da última menstruação, métodos anticoncepcionais, último exame citopatológico e última mamografia
 - Comorbidades e uso de medicações clínicas: traumas (TCE), doenças neurológicas (epilepsia, AVC), doenças cardiovasculares, diabetes melito, HAS, doenças infecciosas (HIV e outras DSTs) e neoplasias
5. História familiar:
- Pais e irmãos: se vivos, idades e hígidez; se falecidos, idade de falecimento, há quanto tempo e causas
 - História de condição parecida com a do paciente; de internações psiquiátricas; de uso, abuso e dependência de álcool ou outras drogas; de tentativas de suicídio ou suicídio (esclarecer parentesco, idade, presença de doença psiquiátrica de base e meio utilizado)
 - Outras condições: comportamento antissocial, violência e homicídios, transtornos do humor, demência e outras doenças neurológicas, doenças cardiovasculares e neoplasias
6. Perfil psicossocial:
- 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)

TCE, traumatismo craniocéfálico; AVC, acidente vascular cerebral; HAS, hipertensão arterial sistêmica.

Exame do estado mental

O exame do estado mental (EEM) é a parte essencial da avaliação clínica de emergência. Ele 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 médico deve preocupar-se, particularmente, com o nível de consciência e com as alterações agudas da atenção, da orientação e da memória. Se houver suspeita inicial de organicidade, pode-se realizar uma avaliação neurocognitiva rápida por meio do Miniexame do Estado Mental (Quadro 1.5). A segunda parte do exame faz pensar mais em transtornos funcionais.

QUADRO 1.5

Minixame do Estado Mental

Orientação temporal (5 pontos)

- Qual (ano) (estação do ano) (dia da semana) (dia do mês) (mês)

Orientação espacial (5 pontos)

- Qual (país) (estado) (cidade) (local) (andar)

Registro (3 pontos)

- Repita e lembre: (pente) (rua) (azul)

Atenção e cálculo (5 pontos)

- Subtrair 7 a partir do 100 por 5 vezes: (93) (86) (79) (72) (65)

Evocação (3 pontos)

- Quais as três palavras ditas anteriormente? (pente) (rua) (azul)

Linguagem (9 pontos)

- Identificar: (caneta) (relógio de pulso) – 2 pontos
- Repetir: (Nem aqui, nem ali, nem lá) – 1 ponto
- Seguir o comando de 3 estágios: (Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão) – 3 pontos
- Ler e executar: (Feche os olhos) – 1 ponto
- Escrever uma frase completa – 1 ponto
- Copiar o desenho abaixo – 1 ponto



Pontuação: analfabetos ≤ 21 , baixa escolaridade (1 a 5 anos completos) ≤ 24 , média escolaridade (6 a 11 anos completos) ≤ 26 , alta escolaridade (12 ou mais anos completos) ≤ 27 .

Fonte: Folstein e colaboradores,¹² Kochham e colaboradores.¹³

Entretanto, recomenda-se sempre observar os itens do Quadro 1.3, mesmo que o paciente apresente alterações apenas nessa parte do EEM.

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.

Na EP, a aparência do paciente pode oferecer indicadores cruciais sobre a capacidade de cuidar de si mesmo e sobre o juízo crítico. Por exemplo, um paciente com roupas extravagantes e excesso de adornos fornece a ideia de quadro maníaco ou personalidade histriônica. Um com roupas em estado precário e denotando ausência de cuidados higiênicos dará ideia da cronicidade do quadro.

Os Quadros 1.6 e 1.7 apresentam as funções mentais, suas principais alterações e os métodos de avaliação.

QUADRO 1.6

Funções mentais relacionadas a transtornos orgânicos

■ **Consciência:**

- Alterações: obnubilação, confusão, estupor e coma
- Avaliação: observar as reações do paciente ante estímulos verbais ou táteis; Escala de Glasgow

■ **Atenção:**

- Alterações: vigilância (hipo e hipervigilância) e tenacidade (hipo e hipertenacidade)
- Avaliação:
 - SPAN de dígitos: pedir ao paciente que repita uma série de dígitos pronunciados em voz alta, de forma pausada, evitando tudo o que possa distraí-lo: 2-7/4-9/5-8-2/6-9-4/6-4-3-9/7-2-8-6/4-2-7-3-1/7-5-8-3-6/6-1-9-4-7-3/3-9-2-4-8-7/5-9-1-7-4-2-8/4-1-7-9-3-8-6.
Normal: repetição de 6 ou 7 dígitos.
 - Contar de 20 até 1 de trás para a frente. Considerar alteração se houver qualquer erro.
 - Repetir os meses de trás para a frente. Considerar alteração se houver qualquer erro.

■ **Sensopercepção:**

- 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

(*Continua*)

QUADRO 1.6

Funções mentais relacionadas a transtornos orgânicos (*continuação*)

■ **Orientação:**

- Alterações: desorientação no tempo, no espaço e em relação à própria pessoa
- Avaliação:
 - Tempo: questionar hora aproximada, dia da semana, do mês, ano, estação
 - Espaço: questionar local onde se encontra, endereço aproximado, cidade, estado, país
 - À própria pessoa: perguntar dados sobre o paciente, como nome, data de nascimento, profissão
 - Demais pessoas: identificar familiares, amigos próximos e equipe de atendimento

■ **Memória:**

- Alterações: amnésia, amnésia imediata, amnésia anterógrada, amnésia retrógrada, amnésia lacunar, amnésia remota, confabulação e hipermnésia
- Avaliação:
 - Memória imediata: SPAN de palavras: repetir e memorizar três objetos não relacionados (p. ex., pente, azul e rua)
 - Memória recente: solicitar que repita três objetos do SPAN de palavras 5 minutos após mencioná-los
 - Memória remota: solicitar que o paciente fale de eventos importantes do passado relacionando-os com datas (p. ex., nomes dos pais, idade ou data de falecimento, estado civil, idade do casamento, nome e idade do cônjuge, aniversário, data de nascimento dos filhos, local onde nasceu, escola em que estudou, atividades do passado, entre outros eventos)

■ **Inteligência e abstração:**

- 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; avaliar extensão do vocabulário. Após, avaliar a interpretação de provérbios e a busca de semelhança entre duas palavras de mesma classe (p. ex., semelhança entre maçã e pera). A aplicação de testes de *screening* cognitivo (Miniexame do Estado Mental [MEEM], Teste de Wilson, Teste de Kent) facilita o diagnóstico de muitos pacientes psiquiátricos

Fonte: Dagalarrondo,¹⁴ Oliveira e Lima.¹⁵

QUADRO 1.7

Funções mentais relacionadas a transtornos funcionais

■ Afeto e humor:

• Alterações:

- *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:

• Alterações:

- *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.

- **Avaliação**: observações ao longo da entrevista

■ Juízo crítico:

- **Alterações**: inadequação de comportamento ou discurso, não reconhecer exposição moral, limitações, ou estar doente
- **Avaliação**: conteúdo da entrevista com paciente e familiares. No caso de dúvidas, pode-se questionar o paciente a respeito de situações imaginárias, como, por exemplo: "O que você faria se encontrasse na rua uma carta endereçada e selada?".

■ Conduta e controle de impulsos:

- **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
- **Avaliação**: observação do paciente na entrevista, perguntas objetivas para o paciente e o familiar

(*Continua*)

QUADRO 1.7

Funções mentais relacionadas a transtornos funcionais (*continuação*)

■ Linguagem:

- **Alterações:** disartrias, disfasias, bradilalia, taquilalia, mutismo, mussitação, ecolalia, verbigeração, neologismos, solilóquio, coprolalia, pararresposta, salada de palavras, associações por rimas, alterações de mímica facial
- **Avaliação:** observação da fala procurando-se avaliar quantidade, velocidade, qualidade e volume

Fonte: Dalgalarondo,¹⁴ Oliveira e Lima.¹⁵

Exame físico

A prevalência de doenças clínicas ativas em pacientes que buscam atendimento de emergência por queixas psiquiátricas varia de 7 a 63%.¹⁶ Embora esses dados que demonstram a escassez de informações sobre o assunto também sugiram que todos esses pacientes deveriam ser submetidos a um exame físico, sabe-se que não há protocolos validados, e as avaliações ora são em excesso, ora são insuficientes.¹⁷ Na medida em que sua utilidade está relacionada ao esclarecimento dos quadros, as manobras utilizadas, sobretudo na EP, devem seguir a suspeita e o julgamento clínicos (Quadro 1.3), sempre excluindo primeiramente as situações com risco à vida (Quadro 1.2) e, então, seguindo uma ordem lógica de raciocínio diagnóstico.

Pacientes com transtornos psiquiátricos geralmente não apresentam alterações no exame físico, embora possa ser evidente a negligência quanto a problemas clínicos crônicos secundários à sintomatologia psiquiátrica (ferimentos antigos infeccionados, infecções de pele, desidratação, desnutrição). O exame físico básico deve incluir:¹⁸

- **Inspeção geral:** focos infecciosos, sinais sugestivos de traumas, abuso de drogas e autoagressões, desidratação, desnutrição, icterícia, cianose, palpação de linfonodos
- **Ausculta pulmonar:** alterações no murmúrio vesicular (redução ou ausência focal ou difusa) ou nos ruídos adventícios (crepitantes, roncos, sibilos)
- **Ausculta cardíaca:** alterações no ritmo e sopros
- **Ausculta e palpação abdominais:** presença ou ausência de ruídos hidroaéreos, dor, peritonismo, massas (incluindo aumento de volume da

bexiga, sugerindo retenção urinária) e sinais sugestivos de doença hepática crônica (ascite, circulação colateral, teleangiectasias)

- **Extremidades:** buscam-se edema e alterações na perfusão (palpação de pulsos periféricos e verificação de enchimento capilar)

O componente do exame físico mais importante é o exame neurológico. Deve-se atentar para alterações focais, que podem indicar acidente vascular cerebral (AVC).¹⁹ Um exame neurológico conciso deve incluir as seguintes avaliações:

- **Fala** (disartria, afasia) e **estado mental** (consciência, atenção, orientação e memória) – essas avaliações podem ser realizadas pelo Miniexame do Estado Mental,^{12,13} contido no Quadro 1.5
- **Marcha** (observação de peculiaridades no jeito de caminhar do paciente)
- **Força** (manobras deficitárias nos quatro membros)
- **Sensibilidade** (tocar simultaneamente em partes simétricas do corpo)
- **Nervos cranianos** (III, IV e VI: movimentação ocular, II: campimetria e VII: cerrar dentes e franzir testa)
- **Função cerebelar** (coordenação nos quatro membros)
- **Reflexos** (nervos cranianos, tendinosos profundos e primitivos)

Em pacientes não cooperativos, pode-se aplicar os testes de reflexos, que são rápidos e confiáveis por serem involuntários. Esses testes também auxiliam na diferenciação de quadros neurológicos psicogênicos.¹⁹ Disartria e tremores, por exemplo, podem ocorrer em intoxicações por lítio; alterações pupilares e nistagmo podem estar associados a outras intoxicações. É importante buscar também por sinais meningorradiculares. Alterações no estado mental e nos sinais vitais podem coexistir. Mais detalhes sobre o exame neurológico podem ser encontrados no Quadro 1.8.

Quando um problema orgânico é diagnosticado, o paciente pode precisar de atendimento em unidade clínica para tratamento e, conforme a necessidade, ser transferido para uma unidade psiquiátrica.

Exames complementares

Como as causas das alterações do estado mental são inúmeras, o uso indiscriminado de exames complementares não é custo-efetivo, tampouco eficiente. Baterias padronizadas de testes diagnósticos em pacientes alertas, com sinais vitais estáveis, raramente auxiliam no diagnóstico, a menos que direcionadas para alterações na história e no exame físico.²⁰ A maioria dos

QUADRO 1.8**Exame neurológico básico****Paciente sentado**

1. Estado mental e funções corticais superiores
 - a) Miniexame do Estado Mental
 - b) Praxias: imitar gestos de pentear os cabelos, assoprar uma vela (ideomotora)
 - c) Gnosias: identificação de cores e objetos (visual), barulho de chaves (auditiva) e toque de moeda (tátil)
2. Pares cranianos
 - a) Olhos: II (campos visuais, aferência do reflexo fotomotor); III (eferência do reflexo fotomotor, elevação palpebral); III, IV e VI (movimentos oculares)
 - b) Face: V (sensibilidade da face, mastigação); VI (mímica)
 - c) Ouvido: VIII (Rinne, Weber, pesquisa de nistagmo)
 - d) Boca: IX e X (simetria do palato, reflexo do vômito e elevação da úvula); XII (motricidade da língua)
 - e) Pescoço: XI (motricidade esternocleidomastóideo e trapézio)
3. Motricidade
 - a) Tônus e trofismo dos MsSs (inspeção e palpação dos músculos, movimentos passivos)
 - b) Força (manobras deficitárias com MsSs estendidos e palmas para baixo, testes contrarresistência do examinador)
4. Reflexos
 - a) Miotáticos (tricipital, bicipital, estilorrádial, flexor dos dedos, patelar, aquileu)
 - b) Primitivos (palmomental, *grasping*, glabellar, sucção)
5. Coordenação
 - a) Metria (teste *index-nariz* ou *index-index*)
 - b) Diadococinesia (alternância de movimento de supinação e pronação das mãos)

Paciente deitado

1. Motricidade
 - a) Força (manobras deficitárias: Mingazzini – em posição decúbito dorsal, sustentar MsSs em flexão de 90° da coxa em relação à perna e da perna em relação à coxa; Barré – em posição ventral, sustentar perna fletida em relação à coxa)

(Continua)

QUADRO 1.8

Exame neurológico básico (*continuação*)

2. Reflexos
 - a) Primitivos (cutâneo-plantar e cutâneo-abdominal)
3. Coordenação
 - a) Metria (calcanhar-joelho)
4. Sensibilidade
 - a) Porção anterior e lateral da medula: pressão, tato grosseiro, dor e temperatura
 - b) Porção posterior da medula: vibração, tato fino e propriocepção (teste cinético-postural: movimenta-se o hálux em flexão e extensão, e o paciente, com os olhos fechados, deve responder em que posição parou)
5. Sinais meningorradiculares
 - a) Rigidez de nuca, Lewinson (encosta o queixo no tórax sem abrir a boca), Kernig (extensão da perna estando a coxa fletida a 90° sobre o tronco), Brudzinski (flexão forçada da cabeça sobre o tronco), Lasègue (elevação passiva da coxa sobre o tronco)

Paciente em pé

1. Marcha
 - a) Normal (para sensibilizar: calcanhars, ponta dos pés, pé ante pé)
2. Equilíbrio estático
 - a) Pés juntos e olhos abertos; após, olhos fechados (se oscilações com olhos fechados, Romberg positivo)

MsSs, membros superiores; MsIs, membros inferiores.

estudos mais recentes sugere que pacientes com a queixa psiquiátrica principal, a história clínica e o exame físico normais e com história psiquiátrica prévia documentada têm probabilidade muito baixa de apresentar anormalidades em exames complementares, tampouco a solicitação de exames de triagem parece modificar o encaminhamento dos pacientes após admissão na emergência psiquiátrica.²¹

Um estudo que avaliou especificamente exames toxicológicos para álcool e drogas mostrou que sua aplicação como rotina para todos os pacientes não modificou o encaminhamento dos casos. Logo, o exame só deve ser solicitado em situações específicas (ver Cap. 7 para mais detalhes).²²

A solicitação de exames complementares na EP deve ser guiada conforme suspeita clínica decorrente da anamnese, do exame físico e do EEM, como mostra o Quadro 1.9.

Outros exames que podem ser úteis em pacientes com estado mental alterado incluem gasometria arterial, análise do líquido cefalorraquidiano, biomarcadores cardíacos e eletroencefalograma (EEG). Entretanto, tais exames devem ser solicitados preferencialmente após a avaliação preliminar de um especialista e/ou se houver uma suspeita específica.⁵

A Figura 1.1 resume os principais passos da avaliação inicial do paciente com alterações de comportamento na EP considerando a exclusão de causas não psiquiátricas.

QUADRO 1.9

Exames complementares iniciais conforme suspeita clínica

Exames de sangue básicos:

- Hemograma completo, creatinina, testes de função hepática, glicemia, teste de gravidez para todas as mulheres em idade fértil

Rebaixamento do nível de consciência ou sinais de desidratação, incluir:

- Eletrólitos

Suspeita de infecção sem foco identificado, incluir:

- Exame qualitativo de urina
- Raio X de tórax

Suspeita de alterações cardíacas, especialmente no caso de plano de iniciar antidepressivo tricíclico ou AP atípico:

- Eletrocardiograma

Suspeita de intoxicação:

- Nível sérico dos medicamentos em uso pelo paciente
- Exames toxicológicos para álcool e drogas de abuso

Déficit neurológico focal agudo:

- Tomografia computadorizada de crânio

Pacientes com prejuízo cognitivo, considerar:

- Sorologias: VDRL, HIV, hepatites B e C.
- Vitamina B12
- TSH

AP, antipsicótico.

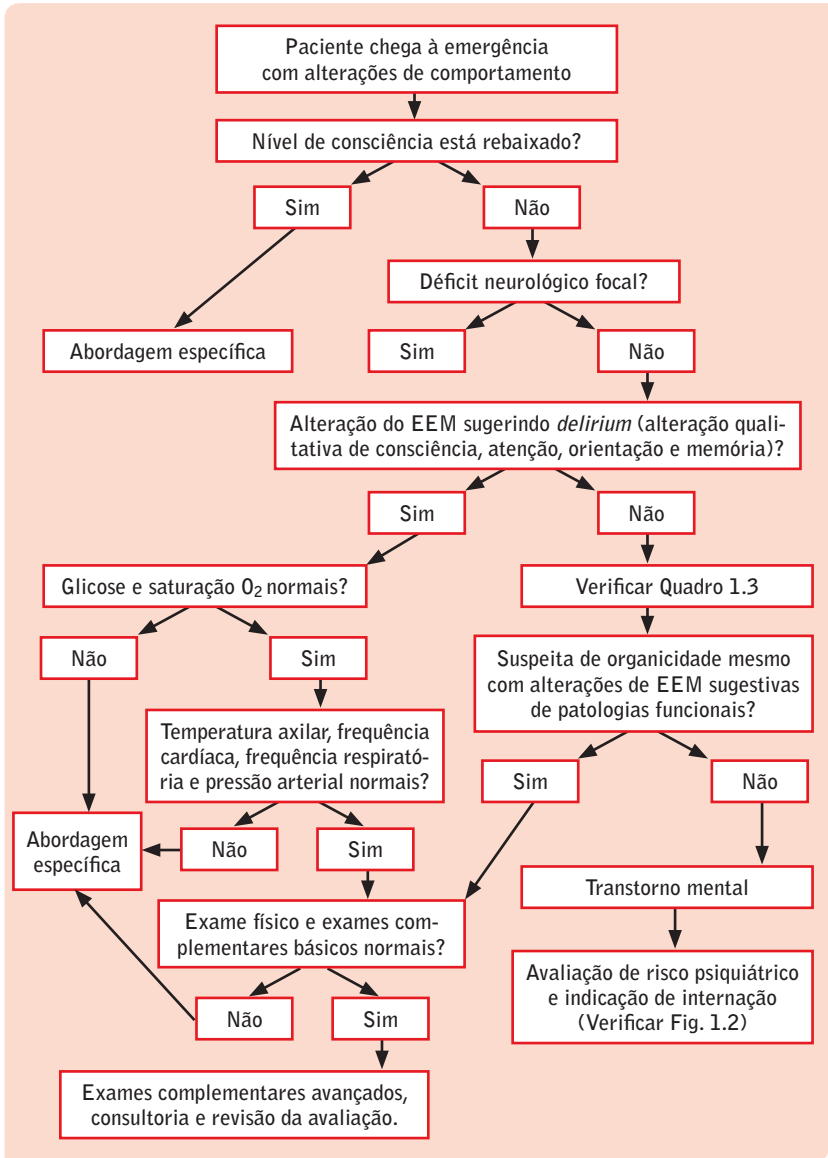


FIGURA 1.1

Abordagem inicial do paciente considerando diagnóstico de condições médicas gerais.

Situações específicas da avaliação

O paciente suicida

Deve-se sempre perguntar sobre pensamentos suicidas. Diferentemente do que se acredita, falar sobre ideação suicida não aumenta o risco de suicídio – em vez disso, permite que o paciente se sinta aliviado por poder falar sobre aquilo que lhe traz sofrimento.

A entrevista do paciente suicida deve ser realizada com a maior privacidade possível. Após o paciente se sentir mais à vontade e começar a falar, gradualmente o entrevistador chega ao tópico suicídio, questionando, por exemplo, se o paciente se sente triste, se sente que a vida não vale mais a pena. Deve-se, então, perguntar explicitamente se tem ideação suicida. Em caso afirmativo, é necessário esclarecer sobre o possível plano da seguinte forma:²³

1. Descobrir se a pessoa tem um plano
 - Questionar se o paciente tem ideia de como se matar
2. Descobrir que meios utilizaria
 - Questionar o que utilizaria
 - Questionar como conseguiria (o quão disponíveis esses meios estão)
3. Descobrir se a pessoa fixou uma data
 - Questionar quando pensou em fazê-lo

Os pacientes que pensam em suicídio nem sempre querem morrer. Muitas vezes, coexistem o desejo de viver e o desejo de morrer. Por isso, essa ambivalência deve ser examinada, e, por meio de apoio emocional, deve-se tentar aumentar o desejo de viver. Além disso, deve-se quantificar a rigidez de pensamento, que diz respeito à incapacidade (leve ou absoluta) de encontrar uma saída alternativa. A impulsividade do paciente também deve ser avaliada.²² Deve-se prestar maior atenção à maneira como ele lidou com outras situações de crise em sua vida e ao apoio familiar potencial que o paciente pôde obter.

A maioria das pessoas que se matam dá avisos sobre suas intenções. Se o paciente torna-se quieto e aparenta estar tranquilo, pode ser um sinal importante de que resolveu a ambivalência e decidiu morrer. Se admite um plano de ação, é um sinal perigoso. Além disso, deve-se dar valor clínico quando o paciente apresenta desejo súbito de concluir afazeres, escreve testamento ou quando se encontra carta de despedida.^{23,24} Como forma de auxiliar na avaliação, há uma série de fatores predisponentes, precipitantes e protetores que deve ser sondada a fim de ajudar na de-

finição de presença ou ausência de risco de suicídio. Esses fatores estão listados no Quadro 1.10.

QUADRO 1.10

Fatores predisponentes, protetores e precipitantes para o comportamento suicida

Predisponentes	Protetores	Precipitantes
Sexo (masculino: suicídio; feminino: tentativas)	Ausência de transtorno mental	Separação conjugal
Idade (mais jovens: tentativa; mais idosos: suicídio)	Gestação	Ruptura de relação amorosa
História familiar de comportamento suicida, alcoolismo ou outros transtornos mentais	Senso de responsabilidade para com a família	Rejeição afetiva e/ou social
Tentativas prévias	Suporte social positivo	Alta recente de hospitalização psiquiátrica
Presença de transtornos mentais	Religiosidade	Graves perturbações familiares
Presença de doenças físicas	Estar empregado	Perda do emprego
Presença de desesperança	Satisfação elevada com a vida	Modificação da situação econômica ou financeira
Estado civil: divorciado, viúvo ou solteiro	Presença de criança na família	Gestação indesejada (principalmente para solteiras)
Abuso físico, sexual ou emocional na infância	Capacidade de resolução de problemas positiva	Vergonha, culpa
Estar desempregado ou aposentado	Teste de realidade intacto	Ansiedade intensa, crises de pânico
Isolamento social	Relação terapêutica positiva	Insônia global
Pertencer a uma minoria étnica		Intoxicação por substâncias psicoativas
Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais, transexuais)		Temor de ser descoberto (por algo socialmente indesejável)
Baixo nível de inteligência		Desejo súbito de concluir afazeres
		Escrita de testamento ou encontro de carta de despedida
		Subitamente se torna quieto e tranquilo

Fonte: Brasil,²³ Bertolote e colaboradores.²⁴

Se o atendimento ocorrer logo após a tentativa de suicídio, o entrevistador deve tentar reconstruir tanto quanto possível os eventos que levaram a esse desfecho, esclarecendo:

1. Quais eram as intenções do paciente ao tentar se matar?
 - O ato foi planejado ou impulsivo?
 - O paciente tomou precauções para não ser encontrado após a tentativa?
 - O paciente procurou ajuda após a tentativa?
 - O método foi realmente perigoso?
 - O paciente deixou alguma mensagem para as outras pessoas?
2. O paciente permanece com ideação suicida após a tentativa?
3. Quais são os problemas atuais do paciente que poderiam ter desencadeado a tentativa?
4. Existe um diagnóstico psiquiátrico associado?
5. Quais são os recursos do paciente?

Mesmo as tentativas sem uma clara intenção letal ou com propósito manipulativo devem ser levadas a sério. Elas indicam um grau intenso de sofrimento psíquico que leva o paciente a pôr em risco sua própria vida para tentar lidar com a situação estressante. Além disso, uma tentativa de suicídio que não resulta em morte é um importante fator de risco para novas tentativas com métodos mais letais.

O encaminhamento dependerá da avaliação do risco de suicídio, da necessidade de tratamento da doença psiquiátrica subjacente, da necessidade de tratamento clínico-cirúrgico das sequelas da tentativa de suicídio e do tratamento de eventual doença física concomitante. Deve-se lembrar que a internação não é a única conduta possível no risco de suicídio. Se há ideação sem planos ou com planos indefinidos, por exemplo, devem-se:

1. trabalhar a ambivalência;
2. oferecer apoio emocional;
3. revisar o paciente em intervalos regulares; e
4. comunicar a intenção aos familiares, orientando-os sobre vigilância 24 horas e sinais de alerta.

Se o médico decide que há risco de suicídio iminente, o paciente deve ser hospitalizado ou protegido de algum outro modo.

O paciente psicótico

Definir uma pessoa como psicótica implica reconhecer nela um prejuízo grosseiro no contato com a realidade, manifestado por uma percepção inadequada e persistente com o mundo externo (alucinações, delírios), com ausência de juízo crítico ou com uma conduta intensamente desorganizada.

Na avaliação desse tipo de paciente, é de fundamental importância a diferenciação entre os dois grandes grupos de síndromes com sintomatologia psicótica, denominados “psicoses orgânicas” e “psicoses funcionais”, conforme mostra o Quadro 1.11.

No manejo do paciente psicótico, é importante que o médico esteja atento à possibilidade de o paciente interpretar de forma distorcida (delirante) o próprio papel do médico, os objetivos das perguntas feitas e a conduta (p. ex., achar que o médico faz parte de um complô para matá-lo). O médico deve usar uma linguagem clara e frases curtas, explicando para o paciente, na medida do possível, os procedimentos a serem realizados e o fato de que tudo está sendo feito no intuito de ajudá-lo. Algumas vezes, esses pacientes apresentam níveis de agitação e agressividade que impedem uma avaliação completa. Nesses casos, a contenção mecânica ou química pode ser usada antes da avaliação para diminuir o comportamento agitado, permitindo uma avaliação mais segura.

A entrevista com a família é importante para obter dados objetivos a fim de determinar a extensão do problema, o comprometimento funcional do paciente e os riscos existentes, sendo de grande auxílio na obtenção de dados de episódios prévios.

O paciente violento

Os pacientes podem ser violentos por muitas razões, e a abordagem deles deve tentar determinar a causa subjacente para tal comportamento, uma vez que a causa determina o tratamento a ser seguido. Primeiramente, é importante abordar as causas orgânicas potencialmente perigosas que podem desencadear alteração de comportamento em adultos (Quadro 1.4). É recomendável que em todos os pacientes com agitação psicomotora sejam obtidos o teste rápido de glicose, a oximetria de pulso e os sinais vitais.^{11,25}

Um dos passos cruciais da abordagem é a identificação de fatores de risco que aumentam a probabilidade de comportamento violento, a fim de habilitar a equipe assistente a prevenir uma agressão.

O melhor preditor da propensão de violência em longo prazo é a história prévia de comportamento violento. É de grande valia conhecer os pa-

QUADRO 1.11

Diferenças entre psicoses orgânicas e funcionais

Dados analisados	Síndromes cerebrais orgânicas	Psicoses funcionais
Consciência	Mais comumente prejudicada, oscilante ao longo do dia	Lúcida
Atenção	Capacidade de concentração diminuída	Variável
Sensopercepção	Alucinações geralmente visuais ou táteis	Alucinações geralmente auditivas
Orientação	Desorientação temporal	Geralmente preservada
Memória	Prejudicada	Geralmente mantida
Inteligência	Prejudicada; são difíceis o pensamento abstrato e os cálculos	Comumente sem alterações significativas
Exames físico, neurológico e complementares	Comumente alterados	Comumente sem alterações significativas
História de doença mental na família	Em geral ausente	Em geral presente
Uso de medicações diversas	Frequente, podendo ser a causa do quadro	Frequente uso prévio de psicofármacos
Início do quadro	Súbito	Insidioso
Idade do primeiro surto psicótico	Mais comum acima dos 40 anos	Geralmente antes dos 30 anos
Funções centrais superiores	Afásias, apraxias, agnosias	Preservadas

drões de comportamento do paciente e o que desencadeia a agressividade. Outros fatores de risco importantes são o sexo masculino e a dependência química de drogas ou de álcool. Um estudo recente aponta especificamente

o abuso de maconha associado a alta prevalência de comportamento violento, a despeito do tipo de transtorno psiquiátrico.²⁶ A privação de sono também parece ser um fator causal potencial para agressividade.²⁷ Também devem ser observados fatores psicológicos (sentimentos de derrota ou incapacidade, história de abuso físico ou sexual) e sociais (pressão de grupo, tolerância social da violência, exposição prévia a violência). Cabe ressaltar, todavia, que etnia, diagnóstico, idade, estado civil, escolaridade e desemprego são considerados maus preditores de violência.

No cenário da EP, são bons preditores, em curto prazo, o próprio comportamento do paciente durante a consulta, a intoxicação e a abstinência de álcool ou outras drogas e a piora dos sintomas (especialmente delírios ou alucinações focados em uma pessoa em particular). Fatores de cunho psicótico, como crenças ou delírios paranoides, alucinações de comando para agredir, delírios depressivos ou nihilísticos e ideação suicida intensa, também devem ser pesquisados, pois aumentam o risco no momento da avaliação. Uma entrevista muito longa pode provocar piora na agitação do paciente e aumentar o risco de agressão ao médico.

Geralmente, um episódio de violência ocorre após um período de tensão crescente. O entrevistador deve saber identificar esses períodos para intervir e tentar acalmar a situação. Em um cenário típico, primeiramente o paciente desenvolve a raiva; então, manifesta a resistência à autoridade e, finalmente, torna-se confrontador. No entanto, o comportamento violento pode manifestar-se sem aviso, especialmente quando causado por uma condição médica geral ou demência.²⁸

Pacientes claramente irritados devem sempre ser considerados potencialmente violentos. Os principais sinais iminentes de violência incluem:²⁸

- comportamento provocativo
- manifestações frequentes de raiva
- falar alto com discurso agressivo
- postura tensa (p. ex., punhos cerrados, braços apertados contra o corpo)
- mudanças frequentes de posição corporal, caminhar de um lado para outro
- atos agressivos (bater-se, esmurrar paredes).

Os principais aspectos da abordagem comportamental do paciente violento na EP estão descritos no Quadro 1.12.

QUADRO 1.12

Abordagem comportamental de pacientes violentos

- Manter postura honesta e franca, com atitude receptiva
- Evitar movimentos bruscos
- Assegurar ao paciente que você pretende ajudá-lo a controlar seus impulsos
- Manter alguma distância física
- Evitar fazer anotações
- Apresentar-se e apresentar outros membros da equipe
- Falar pausadamente, mas firme
- Fazer perguntas claras e diretas
- Mostrar alguma flexibilidade na condução da entrevista, mas sem barganhas
- Colocar limites de maneira objetiva, mas acolhedora
- Não fazer ameaças e não confrontar
- Estimular o paciente a expressar seus sentimentos em palavras

Fonte: Mantovani e colaboradores.¹

O paciente ansioso

Quase todos os pacientes, quando entram em uma sala de emergência, estão com algum nível de ansiedade. Além disso, existem os quadros de ansiedade patológica, que, muitas vezes, são o motivo para a procura de atendimento de emergência tanto clínica como psiquiátrica. Os casos de ansiedade patológica mais frequentes nas salas de emergência são os transtornos somatoformes e os transtornos dissociativos, os ataques de pânico, as reações agudas ao estresse e os quadros de ansiedade de origem orgânica.

Os transtornos somatoformes costumam manifestar-se nas emergências clínicas por meio de queixas de sintomas físicos múltiplos que não podem ser explicados por quaisquer transtornos físicos detectáveis. A preocupação com os sintomas causa angústia persistente e leva o paciente a buscar consultas repetidas. Há uma recusa contínua em aceitar a confirmação do médico de que não há nenhuma causa física para os sintomas apresentados.²⁹

Os transtornos dissociativos são conhecidos entre os médicos como quadros de “histeria”. No entanto, essa terminologia deve ser evitada devido à conotação pejorativa que adquiriu. Entre os quadros dissociativos, os 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.) e os transtornos dissociativos dos movimentos e das sensações (em geral cutâneas), nos quais se incluem paralisias, convulsões, analgesias, cegueiras, anosmias e surdez dissociativa. Nessas situações, 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.³⁰

Os ataques de pânico são extremamente comuns nos serviços de emergência, sobretudo na área cardiológica. Consistem em sensações 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 de uma hora.

Como diz o próprio nome, na reação aguda ao estresse, o paciente foi exposto a um estressor mental ou físico excepcional. Enquanto vivencia, ou logo após o evento traumático, o paciente desenvolve sintomas dissociativos. Os outros sintomas que fazem parte do quadro são divididos em três *clusters*: revivência, evitação e hiperexcitabilidade.

Os quadros de ansiedade orgânica podem ser causados pelo uso de substâncias estimulantes (como a cocaína e as anfetaminas), assim como pela abstinência do uso de sedativos (benzodiazepínicos e álcool). Algumas doenças orgânicas (neurológicas, endocrinológicas, circulatórias, reumáticas, etc.) também podem causar quadros de ansiedade com fator orgânico específico, e o médico deve estar alerta para tal possibilidade. Para o diagnóstico diferencial de quadros de ansiedade de origem psiquiátrica, é importante a coleta de dados na história clínica do paciente.

Quando o clínico se defronta com um paciente ansioso na sala de emergência, muitas vezes se sente impotente e irritado, tendo em vista que a característica do atendimento é tratar de pacientes com problemas clínicos. No entanto, para a obtenção de dados que norteiem o diagnóstico e o manejo, é fundamental o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente. Isso não significa longas e detalhadas entrevistas, mas uma postura de interesse e respeito pelas queixas do paciente, tendo sempre em mente que os sintomas de ansiedade são involuntários.

Após escutar a descrição do paciente sobre o padrão de suas queixas, é necessário avaliar se elas são consistentes com um transtorno de ansiedade e indagar sobre a presença de outros sintomas comuns de ansiedade (Quadro 1.13).

Além disso, é importante avaliar:

- Qual a história das manifestações psicológicas e fisiológicas de ansiedade? Aguda ou crônica?
- Houve algum evento que possa ter precedido imediatamente essas manifestações?
- Como o paciente reagiu a tais sintomas no passado?

QUADRO 1.13

Sintomas somáticos de ansiedade

Musculoesqueléticos: aperto nos músculos, espasmos, dor lombar, cefaleia, fraqueza, tremores, hiperatividade e resposta reflexa exagerada

Cardiovasculares: palpitações, taquicardia, sensação de calor e frio, palidez e dor no peito

Gastrointestinais: boca seca, diarreia, sintomas dispépticos, "bola que sobe e desce", náuseas e vômitos

Urinários: polaciúria

Relativos ao SNC: tontura, parestesias e cefaleia

Respiratórios: hiperventilação, taquipneia e aperto no peito

Miscelânea: sudorese, mãos apertadas e agitação

SNC, sistema nervoso central.

- Há alguma doença clínica ou psiquiátrica associada?
- O paciente utiliza alguma medicação clínica ou psiquiátrica?
- Faz uso de álcool ou drogas?
- Há história familiar de doença mental?
- Como estão as condições de vínculo afetivo, profissional e social?
- Houve alguma internação clínica ou psiquiátrica?

Ao obter as respostas, o clínico já terá dado um passo importante no tratamento, ajudando o paciente a falar sobre seus sentimentos agudos.

Se confirmado algum quadro de ansiedade, deve-se avaliar a necessidade do uso de algum agente ansiolítico ou de outro recurso terapêutico. A maioria dos pacientes melhorará apenas com os passos anteriores (avaliação e tranquilização).

Em relação ao encaminhamento, é importante verificar a necessidade da avaliação mais acurada de um especialista. Se necessário, pode-se encaminhar o paciente para um serviço ambulatorial. Raramente o indivíduo ansioso necessitará de internação psiquiátrica.

O paciente sem motivação para tratamento

Os pacientes da EP pobremente motivados para tratamento constituem um amplo e distinto grupo com graves doenças mentais. Eles apresentam maior intensidade dos sintomas, mais problemas com o autocuidado e com o abuso de drogas. Ainda, pacientes desmotivados são mais frequentemente diagnosticados como portadores de um transtorno psicótico ou maníaco e menos frequentemente com um transtorno depressivo ou ansioso. Perigo a outros, abuso de substância, sintomas paranoides, grandiosidade e escores baixos na *Global Assessment Function* (GAF) foram preditores independentes de falta de motivação.³¹

Técnicas de terapia cognitivo-comportamental e entrevista motivacional podem ajudar a driblar a resistência ao tratamento desses pacientes. O efeito de medicamentos antipsicóticos na motivação desses pacientes ainda não está estabelecido. Para muitos, o tratamento involuntário, com ou sem internação, pode ser o único meio de prevenir os efeitos devastadores de uma doença mental grave não tratada por falta de motivação.³¹

Avaliações não presenciais

Nos últimos anos, o médico se defronta com novos desafios por conta da crescente necessidade de avaliação do paciente por intermédio dos meios de comunicação não presenciais, como telefone, *e-mail* e mensagens de texto. É importante salientar que, nesse tipo de comunicação, a abordagem e o manejo são prejudicados em razão da distância física – a abordagem, devido à dificuldade de observação dos elementos do EEM, e o manejo, por não se ter acesso direto ao paciente que, por exemplo, precise ser contido. Nos casos de emergência, procura-se primeiramente ter o nome e a localização do paciente, além de uma breve descrição do problema atual. Em seguida, recomenda-se perguntar a ele se consideraria uma entrevista presencial. Caso recuse, deve-se investigar sintomas específicos. Em situação de maior urgência, procura-se tranquilizar o paciente e contatar o mais breve possível os familiares ou a polícia.³

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO

As situações que caracterizam as principais indicações de internação em psiquiatria são:

- risco de suicídio
- risco de agressão
- risco de homicídio
- autonegligência grave
- refratariedade e patologia de difícil controle em nível ambulatorial
- troca de esquema terapêutico que exija cuidados ou que coloque o paciente em situação de risco (piora dos sintomas ou efeitos adversos)
- paciente sem suporte familiar, necessário para tratamento ideal

Outras situações, como risco de exposição moral e risco ao patrimônio, também podem caracterizar indicações de internação, mas devem ser avaliadas com muito cuidado, visto que envolvem questões éticas e legais.

Os principais passos da avaliação de risco e da indicação de internação psiquiátrica estão resumidos na Figura 1.2.

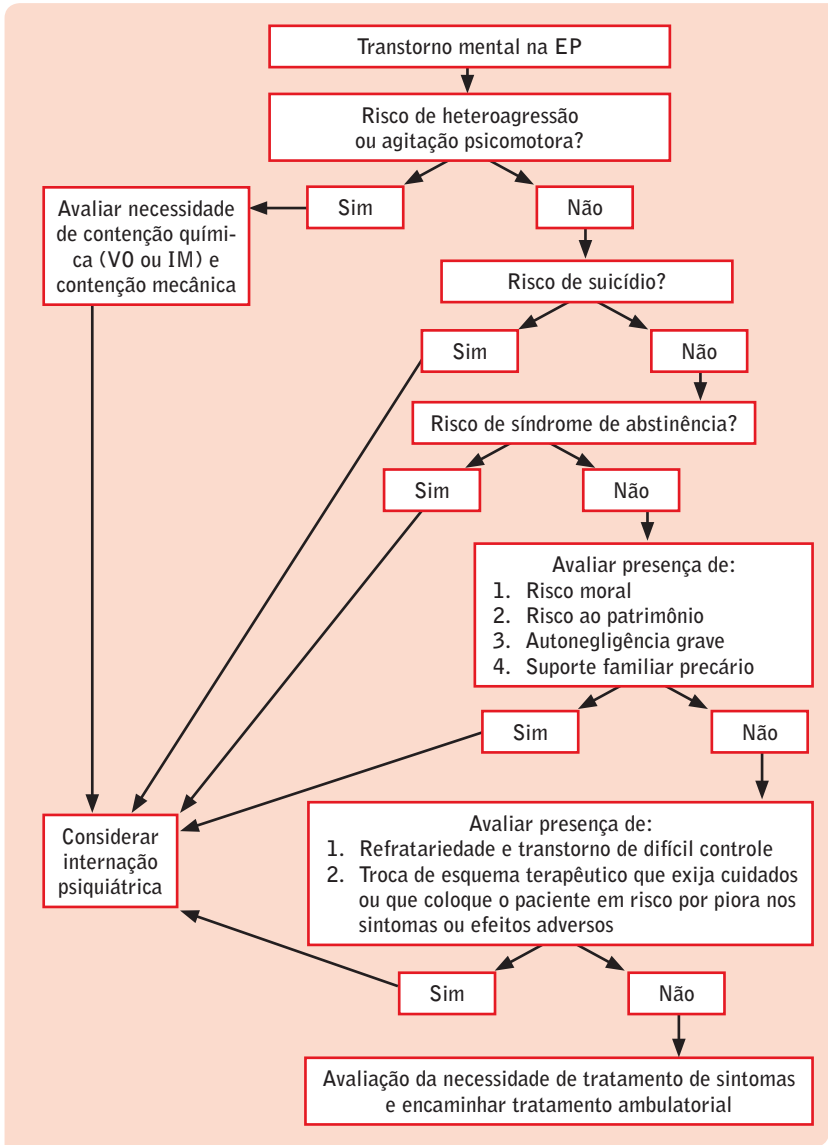


FIGURA 1.2

Avaliação de risco psiquiátrico e indicação de internação.

REFERÊNCIAS

1. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Bem CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiq.* 2010;32 Supl 2:S92-S103.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of clinical psychiatry*. 8th ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 2454-6.
3. Mackinnon RA, Michels R, Buckley P. Paciente na emergência. In: Mackinnon RA, Michels R, Buckley P. *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 407-26.
4. Huff JS. Confusion. In: Tintnalli JE, Stapczynski JS, Cline DM, Ma OJ, Cydulka RK, Meckler GD, editors. *Emergency medicine: a comprehensive study guide*. New York: McGraw-Hill; 2011. p. 1135.
5. Huff JS. Evaluation of abnormal behavior in the emergency department [Internet]. Waltham: UpToDate; 2013 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-abnormal-behavior-in-the-emergency-department>.
6. Chuang L. Mental disorders secondary to general medical conditions [Internet]. New York: WebMD; 2012 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/294131-overview>.
7. Talbot-Stern JK, Green T, Royle TJ. Psychiatric manifestations of systemic illness. *Emerg Med Clin North Am.* 2000;18(2):199-209.
8. Rice MM, Moore GP. Management of the violent patient. Therapeutic and legal considerations. *Emerg Med Clin North Am.* 1991;9(1):13-30.
9. Deans C. The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *Aust J Adv Nurs.* 2004;21(4):17-22.
10. Phillips S. Countering workplace aggression: an urban tertiary care institutional exemplar. *Nurs Adm Q.* 2007;31(3):209-18.
11. Dubin WR, Weiss KJ. Emergency psychiatry. In: Michels R, Cavener JD, Cooper AM, editors. *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 1.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
13. Kochhann R, Varela J, Lisboa CSM, Chaves ML. The Mini Mental State Examination Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol.* 2010;4:35-41.
14. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
15. Oliveira JM, Lima RP. *O exame do estado mental*. Pelotas: UFPEL; 2000.
16. Gregory RJ, Nihalani ND, Rodriguez E. Medical screening in the emergency department for psychiatric admission: a procedural analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(5):405-10.
17. Kohen I, Farahan A, Veksman A, Manu P. Medical evaluation of patients prior to a psychiatric hospitalization: A clinical pathway approach. *Cur Psychiatry Rev.* 2010;6(4):252-6.
18. Sood TR, Mcstay CM. Evaluation of the psychiatric patient. *Emerg Med Clin N Am.* 2009;27(4):669-83.

19. Goldstein JN, Greer DM. Rapid Focused neurological assessment in the emergency department and ICU. *Emerg Med Clin N Am.* 2009;27(1):1-16.
20. American College of Emergency Physicians. Clinical policy for the initial approach to patients presenting with altered mental status. *Ann Emerg Med.* 1999;33(2):251-81.
21. Parmar P, Goolsby CA, Udcompanyanan K, Matesick LD, Burgamy KP, Mower WR. Value of mandatory screening studies in emergency department patients cleared for psychiatric admission. *West J Emerg Med.* 2012;13(5):388-93.
22. Schiller MJ, Shumway M, Batki SL. Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. *Psychiatr Serv.* 2000;51(4):474-8.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS; 2006.
24. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32 Supl 2:S87-S95.
25. Lavoie FW. Consent, involuntary treatment, and the use of force in an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 1992;21(1):25-32.
26. Carabellese F, Candelli C, Martinelli D, La Tegola D, Catanesi R. Cannabis use and violent behaviour: a psychiatric patients cohort study in Southern Italy. *Riv Psichiatr.* 2013;48(1):43-50.
27. Kamphuis J, Meerlo P, Koolhaas JM, Lancel M. Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep Med.* 2012;13(4):327-34.
28. Rice MM, Moore GP. Management of the violent patient. Therapeutic and legal considerations. *Emerg Med Clin North Am.* 1991;9(1):13-30.
29. Fortes SL. Transtornos Somatoformes. In: Taborda JGV, Prado-Lima P, Busnello ED, editores. *Rotinas em psiquiatria.* São Paulo: Artes Médicas; 1995. p. 187-97.
30. Busnello ED. Transtornos dissociativos. In: Taborda JGV, Prado-Lima P, Busnello ED, editores. *Rotinas em psiquiatria.* São Paulo: Artes Médicas; 1995. p. 198-207.
31. Mulder CL, Koopmans GT, Hengeveld MW. Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(6):484-8.

2

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

Elisa Baldassar Barbosa
Vanessa De Luca Francisco
Felipe Dal Pizzol

Emergências clínicas são eventos comuns durante o tratamento de pacientes psiquiátricos, e sua identificação e tratamento precoce são de grande relevância no manejo desses pacientes. Este capítulo aborda o diagnóstico diferencial das principais emergências clínicas encontradas em pacientes psiquiátricos e aponta princípios gerais de tratamento. Mais detalhes do tratamento específico de cada afecção devem ser buscados em materiais específicos para tal fim.

DOR TORÁCICA

A dor torácica constitui sintoma comum, tanto em serviços de emergência como em consultório médico. No Brasil, estima-se um quantitativo anual de 4 milhões de atendimentos por dor torácica, sendo que a confirmação diagnóstica de síndrome isquêmica miocárdica instável ocorre em cerca de metade dos casos.

É importante, no primeiro momento, identificar patologias graves que sejam potencialmente fatais e que necessitem de intervenção imediata, como infarto agudo do miocárdio, dissecação aórtica aguda, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax ou ruptura esofágica. Durante a consulta do paciente com queixa de dor torácica, as características da dor, como início, intensidade, duração, irradiação, fatores atenuantes ou agravantes, têm sido identificadas como o conjunto de dados com o maior poder preditivo

de doença coronariana aguda. A identificação de fatores de risco, patologias prévias, o uso de medicações e a realização de exame físico também apresentam papel importante para elucidar o diagnóstico.

Causas de dor torácica

- **Síndrome coronariana aguda (SCA):** pode ser dividida em infarto agudo do miocárdio com supra de ST, sem supra de ST e angina instável. A descrição clássica da dor consiste em desconforto, queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial, que pode ter irradiação para o ombro, os membros superiores, o pescoço ou a mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia. Pode durar alguns minutos (em geral entre 10 e 20), como na angina, ou mais de 30 minutos, como nos casos de infarto agudo do miocárdio. O paciente pode apresentar uma queixa atípica, que varia entre mal-estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor. Mulheres e idosos frequentemente manifestam dispneia como queixa principal no infarto agudo do miocárdio, podendo não apresentar ou não valorizar a dor de forma importante. Na avaliação, deve-se solicitar eletrocardiograma (ECG) à procura de supradesnivelamento ou infradesnivelamento do segmento ST, inversão de onda T, bloqueio de ramo esquerdo novo, Q patológica ou arritmias. Na presença de forte suspeição, é de maior importância iniciar tratamento precoce.
- **Dissecção aórtica aguda:** ocorre com mais frequência em hipertensos, em portadores de síndrome de Marfan ou naqueles que sofreram traumatismo torácico recente. O evento inicial é a ruptura na íntima da aorta com posterior infiltração do sangue, criando uma falsa luz, separando a camada íntima da adventícia. São sintomáticos 90% dos pacientes, e a dor é de forte intensidade, “tipo rasgando o peito”, de início abrupto, iniciando-se no tórax anterior e com irradiação para o dorso, para a região interescapular ou abdominal (dependendo da localização da dissecção). Uma importante diferença da dor da síndrome coronariana em relação à dor da dissecção aórtica é que, nesta última, sua tendência é migrar do seu local inicial para outras áreas, com o avanço da dissecção através da aorta. Ao exame físico, pode-se encontrar hipotensão, diferença de pulso e de pressão entre os membros superiores, déficit neurológico e turgência jugular. No entanto, achados físicos podem ser sutis ou ausentes, mesmo com dissecção extensa. A radiografia de tórax pode mostrar alargamento de mediastino e borramento da área cardíaca, mas em geral o diagnóstico definitivo necessita de tomografia ou ressonância magnética de tórax. A mortalidade é elevada, e o tratamento tem

como objetivo o controle da pressão arterial e da frequência cardíaca até a realização de intervenção cirúrgica, quando necessário.

- **Tromboembolismo pulmonar:** representa a causa mais comum de dor torácica não diagnosticada nas unidades de emergência. Apresenta manifestações clínicas muito variáveis e, por isso, nem sempre típicas da doença. Os pacientes podem apresentar dor torácica pleurítica, dispneia, fadiga, síncope, hemoptise, taquicardia, cianose e até parada cardiorrespiratória. Detalhes dessa patologia encontram-se no tópico “Dispneia”.
- **Pneumotórax:** a dor torácica no pneumotórax espontâneo geralmente é localizada no dorso ou nos ombros e é acompanhada de dispneia. Grande pneumotórax pode produzir sinais e sintomas de insuficiência respiratória e de choque do tipo obstrutivo. Ao exame físico, pode-se encontrar dispneia, taquipneia, taquicardia e ausência de murmúrio vesicular na ausculta do pulmão afetado. Mais detalhes encontram-se no tópico “Dispneia”.
- **Pericardite aguda:** o sintoma mais comum de pericardite aguda é a dor torácica, que em geral é irradiada para o dorso, o pescoço ou os ombros, mas que, diferentemente da isquemia miocárdica, piora quando o paciente inspira, deita ou deglute e alivia na posição sentada e ao inclinar o corpo para a frente. No exame físico, pode-se encontrar febre e atrito pericárdico. Em 90% dos pacientes, a causa é desconhecida ou viral. A presença de hipotensão arterial, taquicardia, turgência jugular e pulso paradoxal (diminuição na pressão arterial sistólica de mais de 10 mmHg com a inspiração) sugere tamponamento cardíaco. A presença de supradesnivelamento de ST em múltiplas derivações e de depressão do segmento PR em pacientes com quadro clínico compatível sugere o diagnóstico, que pode ser confirmado com ecocardiograma. O tratamento objetiva tratar o fator causal, quando conhecido, e, nos pacientes com pericardite idiopática, obter o alívio da dor torácica e da inflamação.
- **Pneumonia:** o quadro clínico pode se manifestar com dor torácica ventilatório-dependente, dispneia, tosse, febre, mialgia, estertores e diminuição do murmúrio vesicular à ausculta pulmonar. O diagnóstico pode ser confirmado pela radiografia de tórax, evidenciando consolidação ou infiltrado pulmonar. Pacientes idosos podem ser oligossintomáticos e apresentar somente alteração do estado mental.
- **Doenças gastrintestinais:** diversas doenças do trato gastrintestinal, como doença do refluxo gastroesofágico, espasmo esofágico, úlcera péptica, pancreatite, cólica biliar e colangite, podem apresentar-se com dor torácica. Algumas delas serão abordadas no tópico “Dor abdominal”.

- **Distúrbios neuromusculares:** correspondem a aproximadamente 28% das causas de dor torácica de origem não cardíaca. A dor costuma piorar com a mobilização dos membros ou com inspiração profunda, e é reproduzida à palpação, podendo estar relacionada a esforço físico excessivo. Em geral, alivia com o uso de anti-inflamatórios e de relaxantes musculares.
- **Transtornos psiquiátricos:** a dor psicogênica não tem substrato orgânico, sendo gerada por mecanismos psíquicos, tendendo a ser difusa e imprecisa. Transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade e transtorno de pânico são responsáveis por até 10% das causas de dor torácica nos serviços de pronto atendimento. Geralmente, os sinais de ansiedade, como dispneia, palpitações, parestesias, tonturas e sudorese, são detectáveis, e com frequência se observa a utilização abusiva e inadequada de medicamentos analgésicos.

DISPNEIA

Dispneia é a percepção desconfortável da respiração ou um esforço aumentado para respirar, que é desagradável e tido como inapropriado. Trata-se de uma queixa comum em consultórios médicos, tendo ocorrência relatada em até 20% da população em geral. Sua presença se associa a aumento acentuado da mortalidade e grave limitação para o desenvolvimento de atividades físicas e sociais. Ao exame físico, deve-se procurar sinais de falência respiratória iminente (cianose, uso de musculatura acessória, palidez cutânea). A gasometria arterial é importante para definir o grau de hipoxemia (que pode ser avaliado com métodos não invasivos, como oximetria de pulso), mas principalmente para determinar a presença de hipercapnia, um sinal importante de gravidade em insuficiência respiratória aguda.

Diagnóstico diferencial das principais causas de dispneia

Doenças obstrutivas das vias aéreas

Grandes vias aéreas

O reconhecimento precoce da obstrução das vias aéreas é indispensável para o sucesso no tratamento. A forma aguda de obstrução pode ocorrer

pela aspiração de alimentos ou de corpo estranho e por angioedema de glote, representando uma emergência médica. A forma crônica pode ser representada por tumores ou estenose após traqueostomia ou entubação orotraqueal prolongada. O paciente pode demonstrar sinais de asfixia, agarrando o pescoço, apresentado cianose e esforço respiratório exagerado.

Pequenas e médias vias aéreas

- **Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC):** constitui-se em uma síndrome de limitação do fluxo aéreo progressivo causada pela inflamação crônica das vias aéreas. Caracteriza-se por tosse produtiva, seu sintoma mais comum, acompanhada de dispneia progressiva em paciente com exposição a fatores de risco (tabagismo acima de 40 maços/ano aumenta a probabilidade do diagnóstico em oito vezes). Ao exame físico, pode-se encontrar sibilância, roncos, estertores, diminuição do murmúrio vesicular, tórax hiperinsuflado, uso da musculatura acessória, cianose e alteração do nível de consciência. Em geral, a piora aguda dos sintomas representa exacerbação da DPOC, sendo a infecção respiratória a causa mais comum. Seu diagnóstico é feito, além da piora da dispneia e da tosse, pelo aumento da quantidade e/ou alteração no aspecto da secreção eliminada, que passa de mucoide para purulenta. Outras causas de agudização são tromboembolismo pulmonar, pneumotórax, deterioração da doença de base, alterações cardíacas e uso de sedativos ou drogas. A radiografia de tórax pode mostrar hiperinsuflação pulmonar, retificação do diafragma e espessamento brônquico, mas tem sua maior importância na exclusão de doenças concomitantes. O tratamento da exacerbação aguda tem como objetivo a reversão do fator causal da descompensação, com o uso de broncodilatadores, corticoides e, em casos específicos, oxigenoterapia.
- **Asma brônquica:** doença crônica das vias aéreas caracterizada por obstrução reversível do fluxo de ar, inflamação e aumento da reatividade das vias aéreas. Manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, principalmente à noite e pela manhã, ao despertar. Fatores desencadeantes, como exposição a alérgenos, infecções respiratórias e atividades físicas, devem ser pesquisados. O diagnóstico é feito pela história e pelo exame físico compatíveis, sendo confirmado pela espirometria. O tratamento agudo baseia-se no manejo das exacerbações e complicações, com uso de broncodilatadores e corticoides, com ou sem oxigenoterapia.

Doenças oclusivas vasculares pulmonares

- **Tromboembolismo pulmonar (TEP):** consiste na obstrução da artéria pulmonar ou de um de seus ramos por um trombo/êmbolo formado na circulação venosa que migra até se alojar na circulação pulmonar. Deve ser encarado como complicação de uma trombose venosa profunda (TVP), que, na maioria dos casos, ocorre no sistema venoso dos membros inferiores e da pelve. Cerca de 80% dos pacientes com TEP apresentam evidência de TVP nos membros inferiores. Sinais como dor, calor e inchaço na perna podem servir como pistas de TVP, apesar de serem pouco sensíveis. A ocorrência de tromboembolismo pulmonar deve ser suspeitada em todos os pacientes que apresentem dispneia nova ou agravada, dor torácica ou hipotensão sustentada sem causa conhecida. O diagnóstico pode ser confirmado com exames de imagem, como tomografia de tórax, ressonância magnética ou ecocardiograma. O tratamento é feito com anticoagulação, devendo ser iniciado em casos de suspeita elevada antes da confirmação diagnóstica pelo exame de imagem. Casos de embolia pulmonar não tratada apresentam mortalidade elevada, e a terapia com anticoagulação melhora a sobrevida dos pacientes sintomáticos.

Doenças cardíacas

- **Insuficiência cardíaca descompensada:** definida como início rápido ou mudança clínica dos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, resultando na necessidade urgente de terapia. Caracteriza-se por dispneia, edema de membros inferiores, cianose, expectoração hemoptoica, taquicardia, turgência jugular e estertores pulmonares. A radiografia de tórax pode mostrar cardiomegalia, derrame pleural e edema intersticial, com diversão cranial do fluxo. Em geral, é secundária a doença cardíaca subjacente, portanto, a pesquisa de história de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e doença coronariana pode auxiliar no diagnóstico. O tratamento do edema agudo de pulmão cardiogênico baseia-se nas medidas de suporte e tratamento do evento desencadeador (má adesão medicamentosa, doença isquêmica, crise hipertensiva), no uso de medicações que reduzem a pré-carga cardíaca e a congestão pulmonar sistêmica (vasodilatadores, diuréticos) e no controle da ansiedade (opioides), bem como no uso de ventilação mecânica não invasiva. Vasopressores e inotrópicos são utilizados em casos selecionados.
- **Dispneia psicogênica:** descrita como sensação de sufocamento associada a queixas como parestesia, dor torácica, sensação de “bola na gar-

ganta”, ansiedade e hiperventilação. A percepção da dispneia pode estar alterada em pacientes com ansiedade, transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático. A exclusão de doenças orgânicas que expliquem os sintomas deve ser realizada.

DOR ABDOMINAL

Dor abdominal é a principal queixa em 5 a 10% dos pacientes que se apresentam a um serviço de emergência e umas das 10 principais queixas entre os pacientes ambulatoriais. O diagnóstico pode ser difícil, pois a variedade de problemas possíveis associados a dor abdominal é ampla. Por esse motivo, a anamnese detalhada, o exame físico minucioso e os exames laboratoriais e radiológicos são essenciais.

Causas de dor abdominal

- **Apendicite aguda:** representa uma das razões mais frequentes de abdome agudo e a indicação mais comum de cirurgia abdominal de emergência. Estabelecido o processo inflamatório na parede do apêndice, inicia-se o quadro clínico caracterizado por dor, que pode começar em região epigástrica ou periumbilical, migrando para a fossa ilíaca direita entre 6 e 24 horas após seu início. Náuseas, vômitos, febre, anorexia, alteração no ritmo intestinal podem estar associados. Ao exame físico, pode-se encontrar dor à palpação da fossa ilíaca direita, defesa abdominal, sinal de Blumberg positivo (dor à descompressão súbita em fossa ilíaca direita, indicando irritação peritoneal). Outros sinais também podem estar presentes, como o sinal de Rosving (palpação de fossa ilíaca esquerda provocando dor referida em fossa ilíaca direita), sinal do obturador (rotação externa da coxa produz dor) e sinal do psoas (extensão da coxa produz dor). Os exames laboratoriais para o diagnóstico de apendicite aguda não têm especificidade; no máximo, podem sugerir a presença de infecção. O estudo radiológico simples de abdome pode mostrar sinais sugestivos, como níveis líquidos na fossa ilíaca direita, presença de fecalitos, borramento do peritônio parietal direito e pneumoperitônio. O ultrassom e a tomografia podem esclarecer casos duvidosos. O tratamento é cirúrgico, por via aberta ou por laparoscopia.
- **Úlcera perfurada:** as perfurações gastroduodenais constituem-se nas síndromes perfurativas mais frequentes, principalmente por úlceras pépticas crônicas. As perfurações duodenais são as mais frequentes. O

quadro clínico característico é composto por história de síndrome dis péptica, dor súbita e intensa em região epigástrica, em facada, que se irradia para todo o abdome, ingestão recente de anti-inflamatórios e abandono do tratamento específico. Outros achados que podem estar presentes são palidez cutânea, sudorese fria, taquicardia e dor à des-compressão peritoneal. A radiografia de abdome mostra pneumoperitônio em 75% dos casos. O tratamento é cirúrgico, com sutura da úlcera ou gastrectomia, dependendo do grau de comprometimento do paciente, em virtude da peritonite.

- **Pancreatite aguda:** síndrome abdominal aguda inflamatória principalmente asséptica. Sua etiopatogenia está relacionada a cálculos biliares, uso excessivo de álcool, hipertrigliceridemia, trauma e medicamentos. O quadro clínico é de dor em abdome superior de início agudo, de forte intensidade, em faixa, irradiada para dorso, acompanhada de náuseas e vômitos. A dor tende a piorar com a deambulação e a aliviar na posição sentada com inclinação do tronco para a frente. Dependendo da gravidade, acrescentam-se hipotensão arterial, taquidispneia e oligúria. O exame físico mostra abdome superior tenso e doloroso, com sinais de irritação peritoneal e ausência de ruídos hidroaéreos. Amilase e lipase (mais específica) séricas podem estar aumentadas. Os critérios de Ranson e APACHE II determinam a gravidade do quadro. O tratamento envolve jejum, hidratação, analgesia e, em casos selecionados, antibioticoterapia e cirurgia.
- **Colecistite aguda:** é uma complicação de litíase biliar em mais de 90% dos casos. Sua etiologia tem como base a irritação química e inflamação das paredes da vesícula biliar, decorrente de obstrução. Caracteriza-se por dor em hipocôndrio direito ou epigástrico, em cólica ou contínua, com irradiação para o dorso, geralmente pós-alimentar e associada a náuseas, vômitos biliosos, icterícia e febre. Os pacientes costumam apresentar história prévia de cólica biliar. Ao exame físico, pode-se encontrar o sinal de Murphy (interrupção súbita da respiração à palpação do hipocôndrio direito) e sinais de irritação peritoneal. O hemograma pode apresentar leucocitose, aumento das transaminases e das bilirrubinas. O exame para a confirmação diagnóstica é o ultrassom, que mostra a presença de cálculos em vesícula com paredes espessadas. A conduta é cirúrgica, por via laparoscópica ou convencional. Nos casos de grande risco e gravidade, pode ser considerado o tratamento clínico temporário, com manutenção do estado geral e antibioticoterapia.
- **Isquemia mesentérica:** caracteriza-se por dor abdominal em epigástrico ou periumbilical, inicialmente em caráter de cólica e, após, difusa e constante (resultado do início da interrupção do trânsito intestinal na área de sofrimento), além de febre, distensão abdominal, vômitos e

alteração dos ruídos hidroaéreos. Quando já se instalou a necrose extensa, estão presentes toxemia, hipotensão e peritonite. Os principais fatores de risco associados são idade avançada, aterosclerose, insuficiência cardíaca, vasculites, fibrilação atrial, quadro anterior sugestivo de angina abdominal e choque prolongado. A mortalidade é superior a 60%. O tratamento é realizado com laparotomia de urgência, e o cirurgião deve tentar evidenciar a causa do evento isquêmico.

- **Aneurisma de aorta abdominal:** a maioria dos aneurismas é assintomática, sendo detectada por exames de rotina. São mais frequentes no sexo masculino, e sua incidência aumenta com a idade. Os principais fatores de risco são aterosclerose (90%), tabagismo, traumatismos, infecções e aortite reumática. A localização mais frequente é a infrarrenal (90% dos casos). O risco de ruptura é proporcional ao tamanho do aneurisma, e acima de 5 cm é de 25 a 43%. Os aneurismas evoluem silenciosamente na maioria das vezes, e, quando rompem, ocorre quadro de dor abdominal intensa e súbita, irradiada para o dorso e a região lombar, associada a choque hemorrágico. O diagnóstico pode ser confirmado por ultrassom e tomografia. O tratamento cirúrgico é indicado para os aneurismas que apresentam diâmetro transverso acima de 5,5 cm ou para pacientes sintomáticos, independentemente do tamanho.
- **Obstrução intestinal:** o quadro clínico composto por dor em epigástrio, em cólica, com vômitos biliosos e distensão abdominal sugere obstrução intestinal alta (intestino delgado). As causas mais frequentes são neoplasias, bridas (aderências), doença ulcerosa péptica e hérnias. Já um quadro insidioso, com vômitos tardios e, em alguns casos, fecaloides, com distensão abdominal importante associada a interrupção total da eliminação de gases e fezes e toque retal com ampola retal vazia sugere obstrução intestinal baixa (colônica). As principais causas são neoplasias colônicas, volvo de sigmoide e diverticulite. Nos casos de obstrução intestinal com sofrimento, é evidente o mau estado geral dos pacientes, que se apresentam torporosos, hipotensos, descorados e toxêmicos. O quadro de suboclusão intestinal pode ser mascarado pela presença de diarreia paradoxal e responde ao tratamento clínico (sondagem nasogástrica, jejum, analgesia e hidratação). Nos casos de obstrução completa, o tratamento é cirúrgico.
- **Diverticulite:** a diverticulite acomete de 10 a 25% dos pacientes com diverticulose. A insuficiência de fibras na dieta e a idade avançada são os principais fatores de risco para diverticulose. O quadro clínico caracteriza-se por dor no quadrante inferior esquerdo do abdome em 93 a 100% dos casos, embora também possa se localizar à direita. Os pacientes costumam apresentar náuseas, vômitos, constipação ou diarreia como sintomas associados. Ao exame físico, pode-se encontrar dor em

QIE ou QID e sinais de irritação peritoneal. O diagnóstico é realizado com radiografia de abdome, e, em casos de dúvida, a tomografia computadorizada de abdome e pelve pode esclarecê-lo.

- **Afeções urológicas e ginecológicas:** algumas causas de dor abdominal de origem ginecológica incluem: doença inflamatória pélvica, ruptura de cisto de ovário, endometriose, gestação ectópica, dor secundária à ovulação, tumores e dismenorreia. A anamnese deve incluir o último período menstrual, história menstrual minuciosa, história sexual, incluindo a possibilidade de agressão, e história familiar. A nefrolitíase pode se manifestar como uma dor que se inicia em flancos, com cólica de forte intensidade, irradiada para o dorso ou a região genital, acompanhada de náuseas e vômitos. O exame físico pode apresentar apenas dor local de irritação peritoneal. O EQU pode apresentar hematúria e cristais, e a confirmação diagnóstica se faz com radiografia de abdome ou ecografia de abdome, na maioria dos casos.

ALTERAÇÕES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

As reduções do nível de vigília e da capacidade de responder aos estímulos são o que caracteriza as anormalidades do nível de consciência. Isso é resultado de uma lesão aguda do sistema reticular ascendente ou de ambos os hemisférios cerebrais. O mais severo grau de depressão da consciência é o coma, quando o paciente não responde e não desperta. O menos severo é o estupor, que é um grau mais leve de incapacidade de despertar, no qual o paciente pode ser acordado apenas por estímulos vigorosos, acompanhados de comportamento motor que busca evitar os estímulos desconfortáveis e vigorosos. A sonolência simula o sono superficial e caracteriza-se pelo despertar imediato e pela persistência da vigília por breves momentos. A sonolência e o estupor são acompanhados por certo grau de confusão.

Vários outros distúrbios tornam o paciente irresponsivo e simulam coma, e alguns tipos de coma devem ser considerados separadamente. O estado vegetativo consiste em um estado desperto, mas irresponsivo; o mutismo cinético ocorre quando o paciente é parcial ou totalmente desperto, capaz de formar ideias e pensar, mas permanece imóvel ou mudo, em especial quando não for estimulado; a catatonia é uma síndrome de mutismo e hipoatividade associada a psicose grave; o estado de encarceramento ocorre quando o paciente não tem meios de falar ou realizar movimentos voluntários com os membros, mantendo preservados os movimentos da face e da faringe.

A investigação rápida da causa das alterações e sua correção são fundamentais. A história clínica e o exame neurológico definem o diagnóstico

na maioria dos casos, mas os exames complementares costumam ser necessários para a confirmação diagnóstica.

Trauma craniocéfálico

O trauma craniocéfálico (TCE) pode causar estado confusional agudo ou coma. Geralmente, a história natural dos pacientes que sofrem TCE consiste em um período de perda de consciência, com subsequente período de confusão e amnésia, seguido por um período de recuperação pós-confusional. Forças de aceleração, desaceleração e deformidades físicas do crânio podem produzir ruptura da substância branca por forças de corte, contusão de contato entre a superfície interna do crânio e as regiões polares dos hemisférios cerebrais, bem como romper vasos sanguíneos e provocar mudanças vasomotoras, edema cerebral e aumento da pressão intracraniana.

A concussão é definida como uma perturbação da função cerebral fisiológica induzida por trauma; é caracterizada por perda transitória da consciência, com duração de alguns segundos ou minutos sem danos estruturais. A inconsciência é associada ao reflexo pupilar e ocular normais, à flacidez e à resposta extensora plantar. Quando a consciência retorna, o paciente permanece com uma confusão que geralmente dura de minutos a horas. Quando a inconsciência é prolongada ou há atraso do início de um intervalo lúcido, a possibilidade de hemorragia intracraniana ou de lesões cerebrais mais graves deve ser considerada.

A hemorragia intracraniana pode ser epidural, subdural e intracerebral. O hematoma epidural ocorre frequentemente com uma fratura lateral de crânio que lacera a artéria ou a veia meníngea média. Pacientes podem ou não apresentar perda imediata da consciência. Em geral, ocorre um período lúcido de várias horas até um ou dois dias, seguindo-se de deterioração de rápida evolução, cefaleia, obnubilação progressiva, hemiparesia e, por fim, dilatação ipsilateral de pupila pela herniação uncal. O hematoma subdural ocorre pós-trauma craniocéfálico agudo, subagudo ou crônico, e, em cada caso, a cefaleia e a alteração da consciência são suas principais manifestações. Diferentemente do que ocorre em casos de hematoma epidural, o tempo entre o trauma e o início dos sintomas costuma ser longo, a hemorragia tende a ser localizada nas convexidades cerebrais, e a associação com fratura craniana é incomum. A contusão intracerebral ou a hemorragia estão relacionadas a trauma craniano geralmente localizado no lobo frontal e temporal. O sangue entra em contato com o líquido cerebrospinal, resultando em sinais de irritação meníngea e, às vezes, de hidrocefalia. O diagnóstico dessas alterações depende da realização de tomografia computadorizada de crânio. Os hematomas subdural e epidural são tratados com cirurgia. A hemorragia

intracerebral depende do curso clínico, e a localização, a evacuação, a descompressão ou a correção hidrocefálica podem ser indicadas.

Convulsões

Convulsões tônico-clônicas generalizadas (grande mal) são frequentemente seguidas por estado confusional que se resolve em uma ou duas horas. Distúrbios de memória recente e de atenção são evidentes. Se ninguém observou a crise, o paciente pode subitamente se apresentar com estado confusional ou até agitação sem causa aparente. Quando o coma pós-ictal e a confusão não se resolverem de forma rápida, pensa-se em estado pós-ictal prolongado. Isso ocorre em três situações: estado de mal epilético, anormalidade de estrutura subjacente (acidente vascular cerebral [AVC], tumor, hemorragia intracraniana) e distúrbio cerebral difuso (demência, meningite, encefalite, encefalopatia metabólica). Pacientes com esse quadro devem ser avaliados com exames complementares laboratoriais, punção lombar, eletroencefalograma (EEG) e, quando indicada, tomografia computadorizada de crânio.

Ocasionalmente, a epilepsia parcial complexa produz alterações na consciência caracterizadas por confusão isolada ou sintomas psicомotores, psicossensoriais, afetivos e cognitivos. Em geral, não causam dificuldade no diagnóstico, pois o paciente se apresenta com manifestações psicомotoras breves e estereotipadas. Automatismos como representações, mastigar repetidamente, engolir e movimentar os lábios podem sugerir o diagnóstico.

Doenças vasculares

- **Encefalopatia hipertensiva:** um aumento súbito da pressão arterial sistêmica com ou sem hipertensão crônica pode resultar em encefalopatia ou cefaleia, podendo se desenvolver em um período de horas a dias. Vômitos, distúrbios visuais, déficits neurológicos focais e convulsões generalizadas podem ocorrer. Pressão arterial excedendo 250/150 mmHg precipita a síndrome em pacientes com hipertensão crônica; quando normotensos, podem ser afetados com pressão menor. A coexistência de insuficiência renal parece aumentar o risco de encefalopatia hipertensiva. Os achados físicos que em geral confirmam o diagnóstico são vistos com oftalmoscopia. O espasmo retiniano invariavelmente está presente. Papiledema, hemorragias retinianas e exsudatos são frequentes. O tratamento da hipertensão reverte o quadro, sempre se preferindo os anti-

-hipertensivos tituláveis (p. ex., nitroprussiato de sódio). É importante notar que a recomendação, na primeira hora do tratamento, é a de que a pressão arterial média não seja reduzida em mais de 20 a 25% da inicial, sendo que a diastólica não deve ficar abaixo de 100 mmHg.

- **Acidente vascular cerebral (AVC):** o termo “AVC” refere-se ao comprometimento súbito da função cerebral causado por inúmeras alterações histopatológicas que envolvem um ou vários vasos sanguíneos intracranianos ou extracranianos. Aproximadamente 80% dos AVCs são causados por baixo fluxo sanguíneo cerebral, e os outros 20%, por hemorragias tanto intraparenquimatosas como subaracnóides. O AVC deve ser considerado uma emergência médica, sendo necessários rápido reconhecimento, diagnóstico e terapia. Alterações do nível de consciência, náuseas, tonturas, convulsões, palidez e hipertensão arterial são alguns dos sintomas sistêmicos mais comuns. Paresias, paralisias e outros distúrbios neurológicos específicos variam de acordo com os vasos atingidos. Na prática clínica, o diagnóstico clínico de AVC não costuma trazer dificuldades, mas a importante diferenciação entre AVC isquêmico e hemorrágico deve ser feita. A tomografia computadorizada cerebral precoce é essencial para esse tipo de definição, sendo sempre importante notar que o quadro clínico não é confiável para afastar hemorragia intracerebral. Uma série de medidas de suporte deve ser providenciada para os pacientes com AVC, incluindo oxigenoterapia suplementar sempre que a SaO₂ for menor que 92%, proteção de via aérea quando houver risco de aspiração, manutenção da glicemia e controle da pressão arterial. Recomenda-se nenhum ou mínimo tratamento inicial da hipertensão arterial leve a moderada na fase aguda do AVC isquêmico, com a ressalva de que não existem estudos randomizados que permitam firmar definitivamente tal conduta. Em casos de hipertensão arterial grave (PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg ou PA média > 130 mmHg), sua redução deve ser feita de maneira bastante cautelosa, visto que pode ocorrer piora do quadro neurológico em consequência da resposta hipotensora excessiva. O manejo específico deve ser feito em serviço de atendimento terciário.

Drogas

Muitas drogas podem causar estado confusional agudo, especificamente quando administradas em doses excessivas ou em combinação com outras. Isso ocorre sobretudo em pacientes idosos, em indivíduos com insuficiência renal ou hepática e também naqueles com algum grau de piora cognitiva. Entre os casos mais frequentes, destacam-se os apresentados a seguir.

- **Intoxicação por etanol:** pode estar associada a nistagmo, disartria e ataxia de marcha. Em pacientes não etilistas, a gravidade e a clínica de encefalopatia relacionam-se com o nível de etanol sérico, embora manifestações clínicas declinem após algumas horas, mesmo com os níveis estáveis de etanol. Em etilistas crônicos, há o desenvolvimento de tolerância, e são necessários altos níveis para causar intoxicação. Clinicamente, o paciente pode mimetizar intoxicação por qualquer sedativo, mas em geral há diferenciação pela história, pelo odor da respiração e pelas análises sanguínea e urinária. Em geral, drogas sedativas não alteram a osmolaridade, enquanto o etanol sim.
- **Abstinência etílica:** ocorre em aproximadamente dois dias após a parada de ingestão alcoólica. Caracteriza-se por tremores, agitação, insônia, anorexia, náuseas, taquicardia e hipertensão. A confusão, se presente, é leve. Ilusões e alucinações, em geral de caráter visual, ocorrem em até um quarto dos pacientes. O *delirium tremens* é a consequência mais séria da síndrome de abstinência, iniciando geralmente entre três e cinco dias de abstinência do etanol, podendo durar por até 72 horas. É caracterizado por confusão, agitação, febre, sudorese, taquicardia, hipertensão e alucinações. A mortalidade atinge até 15% e costuma ocorrer devido a infecção concomitante, como pancreatite, colapso cardiovascular ou trauma.
- **Intoxicação por drogas sedativas:** os sinais clássicos de intoxicação por drogas sedativas são estado confusional agudo ou coma, depressão respiratória, hipotensão, hipotermia, pupilas reativas, nistagmo ou ausência de movimentos oculares, ataxia, disartria e hiporreflexia. Doses elevadas de barbitúricos podem levar a pupilas fixas. Descerebração ou decorticação podem ocorrer em intoxicação por sedativos. O diagnóstico é confirmado por análise toxicológica sérica, urinária ou aspirado gástrico.
- **Opioides:** podem produzir analgesia, mudanças de humor (euforia ou disforia), estados confusionais, coma, depressão respiratória, edema pulmonar, náuseas, vômitos, constrição pupilar, hipotensão, retenção urinária e redução da motilidade gastrointestinal. O uso crônico é associado com tolerância e dependência. O estado confusional agudo e o coma podem ocorrer por dose excessiva em adictos, iatrogenia ou tentativa de suicídio. Os achados característicos são as pupilas mióticas pouco reagentes à luz e depressão respiratória. A intoxicação pode ser revertida com naloxona, e, após a administração, ocorre a recuperação da constrição da pupila e da consciência.
- **Anticolinérgicos:** anticolinérgicos parassimpaticomiméticos bloqueiam os receptores colinérgicos muscarínicos em órgãos autonômicos e no cérebro. Essas substâncias são usadas, em geral, no tratamento de distúrbios

gastrintestinais, parkinsonismo e insônia. Drogas de abuso, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos e anti-histamínicos também apresentam ação anticolinérgica proeminente. Produzem estados confusionais agudos com características de disfunção autonômica, *delirium* com alucinações e pupilas fixas e dilatadas, visão borrada, pele e mucosas secas, febre, retenção urinária, taquicardia e rubor.

- **Substâncias simpaticomiméticas:** incluem cocaína, anfetaminas, metilfenidato, antidepressivos e inibidores da monoaminoxidase (IMAOs). Os achados clínicos são o estado confusional agudo caracterizado por alucinações, hiper-reatividade, comportamento estereotipado, estados esquizofreniformes e psicose paranoide. O exame físico mostra taquicardia, hipertensão e pupilas dilatadas. Hipertermia, tremores e convulsões podem ocorrer, e arritmias cardíacas constituem grave morbidade. O abuso de cocaína e de anfetaminas está associado a trombos, êmbolos e AVC hemorrágico.

DISTÚRBIOS ENDÓCRINOS

- **Hipotireoidismo:** mixedema pode produzir estados confusionais agudos, coma ou demência em conjunto com os efeitos sistêmicos. O mecanismo responsável é desconhecido, mas envolve um distúrbio no metabolismo neural e nas funções autonômicas. A disfunção autonômica é manifestada por planificação do afeto e retardo psicomotor, bem como por agitação e psicoses. O exame neurológico pode mostrar disartria, surdez ou sinais cerebelares. O sinal mais característico é o atraso dos reflexos tendíneos. Achados laboratoriais incluem baixos níveis séricos de T3 e T4 e níveis elevados de TSH e de colesterol sérico. Hipoglicemia e hiponatremia podem ocorrer, bem como acidose metabólica.
- **Hipertireoidismo:** a crise tireotóxica pode estar associada com estados confusionais que podem progredir para coma ou morte. Fatores precipitantes incluem infecções, trauma e distúrbios metabólicos. Em pacientes jovens, o estado confusional tireotóxico pode se caracterizar por *delirium*, acompanhado de alucinações ou psicose (crise ativa). Pacientes com mais de 50 anos tendem a ser apatéticos e deprimidos (crise apática), sendo típica a presença de doença cardiovascular. Convulsões podem ocorrer, especialmente em pacientes com epilepsia já existente. O exame neurológico revela um exagero fisiológico com tremor e hiper-reflexia. O diagnóstico é confirmado com T3 e T4 elevados e TSH reduzido.
- **Hipoglicemia:** é uma urgência, pois a hipoglicemia pode rapidamente progredir de um estado de reversibilidade para um estado de irreversi-

bilidade. Em geral, a hipoglicemia é causada por administração exógena de insulina em pacientes diabéticos. Outras causas são uso de substâncias hipoglicemiantes orais, alcoolismo, desnutrição, insuficiência hepática, insulinoma e tumores não secretores de insulina (tumores retroperitoneais, torácicos, fibromas pélvicos, sarcomas e fibrossarcomas). Os sinais iniciais de hipoglicemia incluem manifestações simpaticomiméticas, com hiperatividade (sudorese, taquicardia e dilatação pupilar), seguidas por estado confusional caracterizado por sonolência ou *delirium*. Os sintomas autonômicos de fome, sudorese e taquicardia podem estar ausentes nos pacientes em uso de betabloqueadores ou com neuropatias autonômicas. Coma com espasticidade, resposta plantar e postura de descerebração ou decorticação podem ocorrer. Sinais de disfunção do tronco aparecem subsequentemente, incluindo movimentos oculares anormais e perda do reflexo pupilar. Depressão respiratória, bradicardia, hipotonia e hiporreflexia são o último estágio, no qual o dano irreversível é iminente.

- **Hiperglicemia:** cetoacidose diabética e hiperglicemia hiperosmolar não cetótica são associadas à encefalopatia progressiva e ao coma. Diferenciadas por exames laboratoriais, elas são manifestações de diabetes. Os achados incluem visão borrada, pele seca, anorexia, poliúria e polidipsia. O exame físico revela hipotensão e outros sinais de desidratação, especialmente em hiperglicemia hiperosmolar não cetótica. Respiração profunda e rápida (respiração de Kussmaul) caracteriza cetoacidose diabética. A piora da consciência pode variar de confusão leve a coma. Sinais neurológicos focais e generalizados não respondem a



ATENTAR PARA TRÊS POSSÍVEIS ERROS

1. Não considerar o quadro em pacientes não diabéticos: até 15% dos pacientes diabéticos tipo 1 apresentam-se com cetoacidose diabética, e 40% dos diabéticos tipo 2 apresentam-se com hiperglicemia hiperosmolar não cetótica.
2. Erro em diferenciar hipoglicemia e hiperglicemia em pacientes em coma ou com encefalopatia com diagnóstico de diabetes conhecido. A determinação definitiva do nível glicêmico é aquela feita em laboratório.
3. Assumir que os sinais neurológicos são devidos a lesão estrutural cerebral: pacientes com hipoglicemia ou hiperglicemia hiperosmolar não cetótica podem apresentar-se com síndrome semelhante a AVC e, assim, receber tratamento para doença vascular. Todos os pacientes com AVC ou convulsões generalizadas ou focais devem ter sua glicemia verificada.

substâncias anticonvulsivantes e são comuns em hiperglicemia hiperosmolar não cetótica, mas não em cetoacidose diabética.

DISTÚRBIOS HIDRELETROLÍTICOS

- **Hiponatremia:** se de início agudo, segue-se a disfunção cerebral, principalmente por edema das células do tronco cerebral, que resulta da hip-osmolaridade do líquido extracelular. Os sintomas incluem cefaleia, letargia, confusão, astenia, câibras musculares, náuseas e vômitos. O exame geral pode sugerir desidratação e edema ou não sugerir perda líquida. Sinais neurológicos incluem estado confusional, coma, papiledema, tremores, *asterix*, rigidez, resposta plantar extensora e convulsões focais ou generalizadas. Está associada a níveis séricos menores de 120 mEq/L, mas as anormalidades podem ser vistas com uma queda rápida para 130 mEq/L, embora a hiponatremia crônica possa ser assintomática no nível de 110 mEq/L. A complicação mais importante é a mielinólise pontina central, um dos distúrbios mais comuns da substância branca em etilistas e desnutridos, a qual pode ocorrer também devido a correção muito rápida da hiponatremia. Padrões clínicos incluem estado confusional, paraparesias ou quadriparesias, disartria, disfagia, hiper ou hiporreflexia e resposta plantar extensora. Casos graves podem resultar em síndrome do encarceramento, coma e morte.
- **Hipercalcemia:** resulta de um aumento do padrão da despolarização dos nervos e músculos, com conseqüente hipoeexcitação. Os sintomas incluem sede, poliúria, constipação, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia e dor em flanco por nefrolitíase. Sintomas neurológicos estão presentes com níveis séricos acima de 8,5 mEq/L e incluem cefaleia, astenia e letargia. O exame físico pode demonstrar desidratação, distensão abdominal, sinais neurológicos focais, astenia miopática e estado confusional, os quais podem evoluir para o coma. Convulsões raramente ocorrem. O diagnóstico é confirmado pelo nível sérico de cálcio. O eletrocardiograma pode mostrar encurtamento do intervalo QT.
- **Hipocalcemia:** produz hiperexcitabilidade neuronal. Os sintomas incluem irritabilidade, *delirium*, psicose com alucinações, depressão, náuseas, vômitos, dor abdominal e parestesias de região circunscrita à extremidade. Hiperexcitabilidade neuronal é demonstrada pela contração dos músculos faciais em resposta à percussão do nervo facial em seu ramo anterior próximo ao pavilhão auricular (sinal de Chovostek). Espasmo carpopedal pode ocorrer espontaneamente ou após a indução de isquemia em um membro com esfígmomanômetro (sinal de Trousseau). Cataratas

e papiledema às vezes estão presentes, e a coreia pode se desenvolver. Convulsões e laringospasmo podem ser uma emergência.

FALÊNCIA DE ÓRGÃOS

- **Encefalopatia hepática:** ocorre como complicação da cirrose, *shunt* portossistêmico, hepatite crônica ou necrose hepática fulminante seguida de hepatite viral. Os sintomas relacionados com o sistema nervoso central podem preceder os sintomas de insuficiência hepática, como náuseas, anorexia e perda de peso. O exame físico revela distúrbios da cognição, como sonolência e *delirium*, o qual flutua e pode progredir para o coma. Os reflexos oculares ficam exacerbados; nistagmo, desvio do olhar conjugado para baixo e movimentos oculares desconjugados podem aparecer. O sinal mais útil é o *asterix*. Podem, ainda, aparecer mioclonia, tremores, rigidez paratônica, espasticidade, postura de descerebração e decorticação e resposta plantar extensora. Sinais neurológicos e convulsões generalizadas ou focais podem ocorrer. Laboratorialmente, podem ocorrer elevações dos níveis de bilirrubinas, transaminases, amônia, TP e KTTp.
- **Uremia:** a insuficiência renal, em particular quando no início rapidamente progressivo, está comumente associada a encefalopatia. As alterações bioquímicas correlacionam-se pobremente com os sintomas. A encefalopatia urêmica é caracterizada por um estado de quietude ou delírio confusional que pode progredir para o coma. Os sinais motores incluem tremor, *asterix*, mioclonia e tetania. Achados laboratoriais incluem elevação do nível de ureia e creatinina, além de acidose metabólica.

LEITURAS RECOMENDADAS

I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Arq Bras Cardiol. 2002;79 Suppl 2:1-22.

IV Diretrizes brasileiras para o manejo da asma. J Bras Pneumol. 2006;32 Suppl 7:S447-74.

Agnelli G, Becattini C. Acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2010;363(3):266-74.

Diretrizes para a cirurgia das doenças da aorta. Arq Bras Cardiol. 2004;82 Suppl 5:35-50

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 1209-17.

- Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(1):321-40.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview of DSM-IV axis/disorders: clinician version. Washington: American Psychiatry; 1997.
- Gray J, Wardrope J, Fothergill DJ. 7 Abdominal pain, abdominal pain in women, complications of pregnancy and labour. *Emerg Med J*. 2004;21(5):606-13.
- Green GB, Harris, Lin G. Manual de terapêutica clínica. 31. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 4-12.
- Ho K. Noncardiac chest and abdominal pain. *Ann Emerg Med*. 1996;27(4):457-60.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Manual de psiquiatria clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci AS. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
- Katz DI, Polyak M, Coughlan D, Nichols M, Roche A. Natural history of recovery from brain injury after prolonged disorders of consciousness: outcome of patients admitted to inpatient rehabilitation with 1-4 years follow-up. *Prog Brain Res*. 2009;177:73-88.
- Knobel E. Terapia intensiva-neurologia. São Paulo: Atheneu; 2002.
- Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. *N Engl J Med*. 2000;342(16):1187-95.
- Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician*. 2006;74(9):1537-44.
- Martins HS, Neto AS, Velasco IT, organizadores. Emergências clínicas. 2. ed. Barueri: Manole; 2006. p.115-30.
- Montera MW, Almeida DR, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LAZ, Réa-Neto A, et al. II diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(3 Supl 3):1-65.
- Morishita K, Gushimiyagi M, Hashiguchi M, Stein GH, Tokuda Y. Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. *Am J Emerg Med*. 2007;25(2):152-7.
- Mueller C, Scholer A, Laule-Kilian K, Martina B, Schindler C, Buser P, et al. Use of B-type natriuretic peptide in the evaluation and management of acute dyspnea. *N Engl J Med*. 2004;350(7):647-54.
- Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Ringstrom E, Freedman J. Approach to undifferentiated chest pain in the emergency department. *Mt Sinai J Med*. 2006;73(2):499-505.
- Simon RP, Aminoff M, Greenberg DA. Clinical neurology. 4th ed. Stanford: Appleton and Lange; 1999.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II consenso brasileiro sobre doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Pneumol*. 2004;30 Supl 5:1-52.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999;282(18):1737-44.

- Stein PD, Woodard PK, Weg JG, Wakefield TW, Tapson VF, Sostman HD, et al. Diagnostic pathways in acute pulmonary embolism: recommendations of the PIOPED II investigators. *Am J Med.* 2006;119(12):1048-55.
- Strasberg SM. Acute calculous cholecystitis. *N Engl J Med.* 2008;358(26):2804-11.
- Sutherland ER, Cherniack RM. Management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2004;350(26):2689-97.
- Tapson VF. Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 2008;358(10):1037-52.
- Thomas P. "I can't breathe": assessment and emergency management of acute dyspnea. *Aust Fam Physician.* 2005;34(7):523-9.
- Tierney LM Jr, McPhee SJ, Papadakis M, editors. *Current medical diagnosis and treatment.* 45th ed. New York: McGraw-Hill; 2006.
- Weintraub NL. Understanding abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med.* 2009;361(11):1114-6.
- Wells JM, Washko GR, Han MK, Abbas N, Nath H, Mamary AJ, et al. Pulmonary arterial enlargement and acute exacerbations of COPD. *N Engl J Med.* 2012;367(10):913-21.
- Whitcomb DC. Acute pancreatitis. *N Engl J Med.* 2006;354(20):2142-50.
- Wulsin L, Liu T, Storrow A, Evans S, Dewan N, Hamilton C. A randomized, controlled trial of panic disorder treatment initiation in an emergency department chest pain center. *Ann Emerg Med.* 2002;39(2):139-43.
- Zuckerman SL, Lee YM, Odom MJ, Solomon GS, Forbes JA, Sills AK. Recovery from sports-related concussion: days to return to neurocognitive baseline in adolescents versus young adults. *Surg Neurol Int.* 2012;3:130.

3

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS NAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

José G. V. Taborda
Ana Lúcia Duarte Baron
Luigi Pessetto Neto

Emergência psiquiátrica (EP) é qualquer situação clínica em que ocorram alterações do estado mental que resultem em risco real e significativo para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção imediata. Diante disso, são consideradas situações de emergência, em psiquiatria, diversas condições, tais como risco de suicídio ou de homicídio, tentativas de suicídio, abuso de crianças, adolescentes, mulheres ou idosos, abuso de substâncias psicoativas, risco de exposição social ou moral grave, atos autotumultuatórios, déficit do juízo crítico, negligência pessoal e incapacidade de autocuidados.¹ A complexidade de tais quadros exige do psiquiatra que trabalha em serviços de emergência permanente atualização, tanto com as questões clínicas quanto com os problemas éticos e legais que deverá enfrentar em sua prática diária.

A ideia deste capítulo é abordar alguns dos dilemas morais mais comuns nessa atividade e, sempre que possível, correlacioná-los à regulamentação legal pertinente. Pode-se dizer que os grandes desafios bioéticos da EP manifestam-se por tensões entre a observância dos Princípios da Autonomia e da Beneficência, uma vez que os pacientes, muitas vezes, em função de sua condição psíquica, desejam realizar atos claramente prejudiciais a si próprios ou a terceiros. Em alguns desses casos, restrições da autonomia

pessoal em nome da beneficência são eticamente permissíveis. A resolução desse conflito básico, entretanto, frequentemente requer que se preste a devida consideração a outros princípios bioéticos, como a Não Maleficência – uma vez que todo cerceamento da autonomia do paciente deve ser feito de forma a causar-lhe o menor prejuízo possível – e a Confidencialidade – já que o imperativo moral e legal de resolução da emergência clínica muitas vezes torna necessária a quebra de sigilo médico.

SIGILO MÉDICO

A possibilidade de quebra da confidencialidade, do ponto de vista cronológico, costuma ser o primeiro dilema moral com que se defronta o psiquiatra nos atendimentos em EP. Entende-se perfeitamente essa peculiaridade pela natureza da própria situação, como se depreende da simples definição do que seja EP: condição clínica na qual uma pessoa, em função de transtorno mental, representa um risco atual para si ou terceiros. Muitas vezes, os pacientes não conseguem avaliar e dimensionar corretamente o quadro ou, se o fazem, devido a sua psicopatologia, não estão de acordo com as possíveis medidas terapêuticas propostas. Assim, é comum que o psiquiatra tenha de recorrer à ajuda de terceiros – na maior parte dos casos, familiares ou acompanhantes do paciente – para que o planejamento terapêutico seja implementado. Para isso, a violação do sigilo médico pode ser inevitável.

O Código de Ética Médica (CEM),² em seu artigo 73, estabelece a regra da confidencialidade e indica suas exceções da seguinte forma: é vedado ao médico “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente”.

O consentimento, por escrito, do paciente não enseja nenhum dilema moral, uma vez que existe um acordo de vontades entre médico e paciente, e aquele não estará fraudando a confiança que lhe foi depositada. Também as dúvidas suscitadas por eventual dever legal de quebra de sigilo médico, por sua vez, são de fácil resolução: basta o conhecimento da norma positiva que determina a violação do segredo. Nas EPs, por exemplo, não raro, o médico se defronta com casos de abuso de crianças e adolescentes ou de idosos. Em ambas as hipóteses, por determinação expressa das leis que protegem essas populações especiais (Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Idoso), deve haver a comunicação das suspeitas de maus-tratos às autoridades competentes, independentemente do fato de o paciente ser a vítima ou o perpetrador do abuso.

Assim, as maiores dificuldades com as quais o psiquiatra irá se deparar dizem respeito aos casos de motivo justo para quebra da confidencialidade. Como os próprios termos do artigo 73 do CEM² indicam, é necessário que se realize um juízo de valor prévio para que se possa aquilatar se determinado motivo é “justo”, ou seja, se moralmente suficiente para respaldar a inobservância de um preceito ético fundamental para a profissão médica, o da manutenção do sigilo das informações prestadas pelo paciente.

Tal juízo de valor, a depender de quem tome a decisão, é suscetível de ser influenciado pelas crenças e princípios filosóficos, políticos e religiosos do indivíduo, o que pode levar a um elevado grau de incerteza e às mais diversas opções. Como nas situações de EP geralmente é impraticável a busca a tempo da segura orientação do Conselho Regional de Medicina (CRM), alguns parâmetros devem ser estabelecidos para que o profissional tenha um relativo grau de segurança ao realizar sua opção.

Na busca desse norte, o caso Tarasoff, ocorrido na Califórnia, na década de 1970, traz alguns ensinamentos úteis. Essa disputa judicial envolveu, de um lado, os pais de Tatiana Tarasoff e, de outro, a Universidade da Califórnia, e dizia respeito ao seguinte: Prosenjit Poddar, aluno da Universidade da Califórnia, encontrava-se em psicoterapia com um psicólogo em um serviço da Universidade. No decorrer do tratamento, manifestou sua decisão de assassinar Tatiana Tarasoff quando a encontrasse, pois sentia-se rejeitado amorosamente pela vítima potencial. O psicólogo, após supervisão do caso, foi orientado a informar à polícia o que se passara. Em função disso, Poddar foi preso, mas permaneceu detido por pouco tempo, pois negou seu intento mortal e o debitou a um mal-entendido. Além disso, firmou um compromisso com a polícia de não se aproximar de Tatiana, que, à época, estava passando férias no Brasil. Ao retornar, dois meses após, Poddar dirigiu-se a sua casa, tentou falar-lhe e, em face da negativa, esfaqueou-a à morte. Durante o julgamento de Poddar, esses fatos vieram à tona, o que causou surpresa e indignação à família de Tatiana, levando-a a processar a Universidade da Califórnia por não os haver alertado sobre o risco que corriam e, dessa forma, terem sido impossibilitados de tomar as medidas defensivas cabíveis.

A decisão proferida causou impacto nas normas que regulamentam o sigilo das informações transmitidas pelos pacientes e estabeleceu para o profissional o *duty to warn* (dever de avisar) a vítima potencial. Embora no Brasil a questão do aviso direto à vítima potencial não esteja claramente definida, exceto nos casos dos parceiros de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis e graves (p. ex., HIV) e no compartilhamento de seringas por usuários de drogas, os requisitos estabelecidos no País foram adotados pela doutrina bioética e servem perfeitamente para a avaliação de qualquer caso de quebra de sigilo médico.

Assim, ao se deparar com uma situação na qual esteja em dúvida sobre se deve, ou não, quebrar a confidencialidade, o psiquiatra precisa considerar os seguintes elementos:

1. **Grave dano com alta probabilidade de ocorrer.** É necessário que o risco a que o paciente esteja exposto, tanto em relação a si próprio quanto em relação a terceiros, seja grave o suficiente para autorizar a não observância do Princípio da Confidencialidade. Danos ou prejuízos menores ou facilmente reparáveis não autorizam eticamente a quebra do sigilo médico. Além disso, o risco ou a ameaça proferida não deve ser de algo remoto e pouco provável em face da realidade do paciente.
2. **Pessoa específica e determinada.** A pessoa em risco deve estar plenamente identificada, seja o próprio paciente, seja terceiro (como quer a disposição original do caso Tarasoff). Atualmente, discute-se a questão do paciente que possa colocar em risco pessoas indeterminadas e desconhecidas, ou seja, que coloque em risco a saúde ou a segurança pública. A opinião dos autores é a de que, nesses casos, também se justificaria a quebra do segredo médico, embora seja prudente que, havendo tempo, busque-se a consultoria do CRM.
3. **Benefício real.** A quebra da confidencialidade deve ter um objetivo bem específico: impedir que o dano se consuma. Não deve ser um ato inócuo movido apenas pela ansiedade de fazer alguma coisa para prevenir o risco.
4. **Último recurso.** A quebra do sigilo não deve ser medida tomada *ex abrupto*, tão logo se tome conhecimento dos riscos que o paciente apresenta. Antes, pelo contrário, deve ser o recurso final, após esgotadas todas as medidas persuasórias disponíveis e ampla discussão com o paciente. Com isso, busca-se estimular ao máximo a sua autonomia e valorizar sua capacidade de raciocinar e decidir, ao mesmo tempo que se preserva um dos princípios basilares da profissão. O conceito de “último recurso”, entretanto, não é imutável, sendo claramente mais flexível nas situações em que o psiquiatra tenha pleno domínio da situação e haja indicativos de que algum tempo pode ser gasto. Nas EP, em função da rapidez com que tudo se processa, deve ser observado de forma mais estrita.
5. **Generalização.** A solução adotada no caso concreto – quer de quebra de sigilo, quer de observância da confidencialidade – deve ser generalizável. Ou seja, a mesma decisão seria tomada

independentemente de quem fossem os protagonistas do caso (agressor e vítima) e de suas condições pessoais e sociais.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Como visto no conceito de EP, a avaliação de risco se faz presente por meio do binômio “alteração do estado mental” e “presença de risco”. A primeira qualifica a natureza psiquiátrica do quadro; a segunda, a condição de urgência ou de emergência. Assim, é imprescindível que se tenha uma noção clara do que seja risco, pois sua caracterização é que autorizará a eventual quebra de sigilo e a tomada de decisões terapêuticas contrárias à vontade do paciente e as consequências legais supervenientes (como será abordado adiante, no tópico referente à internação involuntária).

Segundo o Dicionário Aurélio,³ risco é “perigo ou possibilidade de perigo”. O Houaiss⁴ define-o como a “probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem ou para o meio ambiente”. O último está mais de acordo com o conceito estatístico, segundo o qual risco é a probabilidade de um evento indesejado ocorrer, podendo ser expresso numericamente. A epidemiologia médica, por sua vez, identifica “fatores de risco”, variáveis que, se presentes, aumentam a probabilidade de um evento ou desfecho ocorrer.

As normas legais brasileiras mais recentes^{5,6} e as diversas leis estaduais sobre reforma da atenção psiquiátrica) não especificam quais riscos devem ser considerados pelo médico ao determinar uma internação involuntária. Por analogia, esses riscos poderiam servir de balizadores para qualquer decisão clínica que envolvesse um dilema ético subjacente (como a quebra de sigilo, já referida). Assim, deve-se recorrer ao antigo Decreto Federal nº 24.559, de 1934,⁷ para a busca dessa orientação. Segundo o disposto nos artigos 10, 14, 19 e 21 daquele diploma legal, embora não explicitamente referidos, pode-se deduzir que os seguintes riscos devem ser considerados:

1. **Risco de autoagressão.** Engloba o risco direto de suicídio, bem como o de envolver-se em acidentes ou de vir a ser ferido por terceiros.
2. **Risco de heteroagressão.** Difusa ou a pessoa determinada.
3. **Risco de agressão à ordem pública.** Expressão ampla que deve ser interpretada de modo restritivo, abrangendo apenas atos que efetivamente possam se constituir em motivo de alarme social.

4. **Risco de exposição social.** Principalmente de natureza moral, financeira e sexual.
5. **Incapacidade grave de autocuidados.** Com probabilidade elevada de graves prejuízos à saúde física e/ou mental do paciente.

Na avaliação de risco no contexto da EP, é claro que se torna impossível qualquer quantificação numérica definitiva, uma vez que isso exige uma base populacional, e o profissional está se defrontando com um caso concreto. De qualquer forma, ele deverá estar ciente dos diversos fatores (de risco ou de proteção) presentes, pois isso o levará a uma melhor avaliação do quadro clínico. Assim, o psiquiatra que trabalha em serviços de EP tem o dever moral de estar atualizado com a literatura sobre violência/agressividade e com as possíveis consequências dos quadros psicopatológicos mais graves, tanto em relação ao paciente quanto a terceiros.

Presente o risco em paciente com transtorno mental, um dos instrumentos terapêuticos necessários pode vir a ser a internação psiquiátrica, que será abordada a seguir.

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Segundo a Lei Federal nº 10.216/01,⁵ as internações hospitalares psiquiátricas podem ser de três tipos: *voluntária*, *involuntária* e *compulsória*. A Portaria MS/GM nº 2.391/02,⁶ ao disciplinar o controle das internações psiquiátricas pelo Ministério Público dos estados, prevê, acertadamente, uma quarta espécie de internação: a voluntária que se torna involuntária. No Rio Grande do Sul, cuja lei estadual foi pioneira no Brasil, utiliza-se equivocadamente a expressão “internação compulsória” ao se referir às internações involuntárias, o que não é ocorrência incomum. A seguir, serão examinadas cada uma dessas alternativas.

Internação psiquiátrica voluntária

Como regra, os tratamentos médicos devem ser conduzidos com a plena concordância do paciente, valendo esse princípio para qualquer especialidade. Dessa forma, fortalece-se a aliança de trabalho e valoriza-se a autonomia do paciente, o que, no caso dos doentes mentais, é um ponto crucial no planejamento terapêutico. Assim, toda vez que uma internação psiquiá-

trica se fizer necessária, é preferível que ocorra sob a modalidade de internação psiquiátrica voluntária (IPV).

A Lei Federal nº 10.216/01⁵ define em seu artigo 6º, parágrafo único, inciso I, IPV como “aquela que se dá com o consentimento do usuário”. E, mais adiante (artigo 7º), estabelece que a pessoa, ao solicitar voluntariamente sua internação ou com ela consentir, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Nessa hipótese, o término da internação acontecerá por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Para que se caracterize a voluntariedade, entretanto, não basta a assinatura de um documento no qual conste que o paciente concorda livremente em ser hospitalizado. É necessário que, previamente, seja informado da necessidade daquela espécie de tratamento, que haja compreendido o que lhe foi transmitido e que esteja em condições psíquicas de manifestar sua vontade. Se esse pré-requisito não se fizer presente, a internação deverá ser considerada forçosamente como involuntária, uma vez que a concordância do paciente seria desprovida de validade. A propósito, no Rio Grande do Sul, a Lei Estadual nº 9.716/92⁸ requer expressamente que o “internando [esteja em condições de] formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão”. Essa exigência se faz presente em todo o território nacional, mesmo que a Lei nº 10.216/01 a ela não faça menção, pois é consentânea com os princípios gerais de validade das manifestações de vontade.

Internação psiquiátrica involuntária

Entende-se por internação psiquiátrica involuntária (IPI) “aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro” (artigo 6º, parágrafo único, inciso II, da Lei Federal nº 10.216/01).⁵ A Portaria MS/GM nº 2.391/02,⁶ por sua vez, define-a como “aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente”, conceito mais preciso e enxuto, pois muitas vezes inexistente a figura do terceiro.

As normas legais atuais, apesar de indicarem os procedimentos a serem observados no momento da realização de uma IPI, silenciam sobre os critérios para sua indicação. Assim, deve-se recorrer ao prescrito no Decreto Federal nº 24.559/34,⁷ mencionado no item 3 supra (A Questão do Risco), e ao disposto na Resolução CFM nº 1.407/94,⁹ que adota e torna obrigatória a observância dos “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”,

aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1991 (doravante, Princípios da ONU).

De acordo com o Princípio 16-1:⁹

uma pessoa pode ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental, ou, tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar: a) que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros; b) que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

Do exposto, pode-se deduzir que, para a realização de uma IPI, devem estar preenchidos, então, os seguintes critérios (Quadro 3.1):

1. presença de transtorno mental (em sentido lato, englobando doenças e síndromes descritas nos Eixos I e II do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* [DSM-5],¹⁰ exceto Transtorno da Personalidade Antissocial) e
2. presença de risco (de autoagressão, de heteroagressão, de agressão à ordem pública, de exposição social ou de incapacidade grave de autocuidados).

Constituindo-se a IPI em uma privação da liberdade de alguém, é natural que um procedimento dessa natureza esteja submetido a escrutínio legal a fim de se prevenir abusos. Em nosso sistema, essa fiscalização está a cargo do Ministério Público estadual, o qual deverá ser comunicado de todas as IPIs no prazo de 72 horas (artigo 8º, § 1º, da Lei Federal nº 10.216/01)⁵ pelo responsável técnico do estabelecimento. Apesar de a lei atribuir ao “responsável técnico” (geralmente o diretor médico) esse dever, é de todo conveniente que o médico que realizou a internação confira se a comunicação foi feita no prazo de lei, para evitar futuras responsabilizações.

A IPI terminará quando estabelecido pelo médico assistente ou por solicitação escrita de familiar ou responsável legal do paciente. Em qual-

QUADRO 3.1

Critérios para internação involuntária

Devem ser preenchidos os critérios A e B

Critério A: doença mental, exceto transtorno da personalidade antissocial

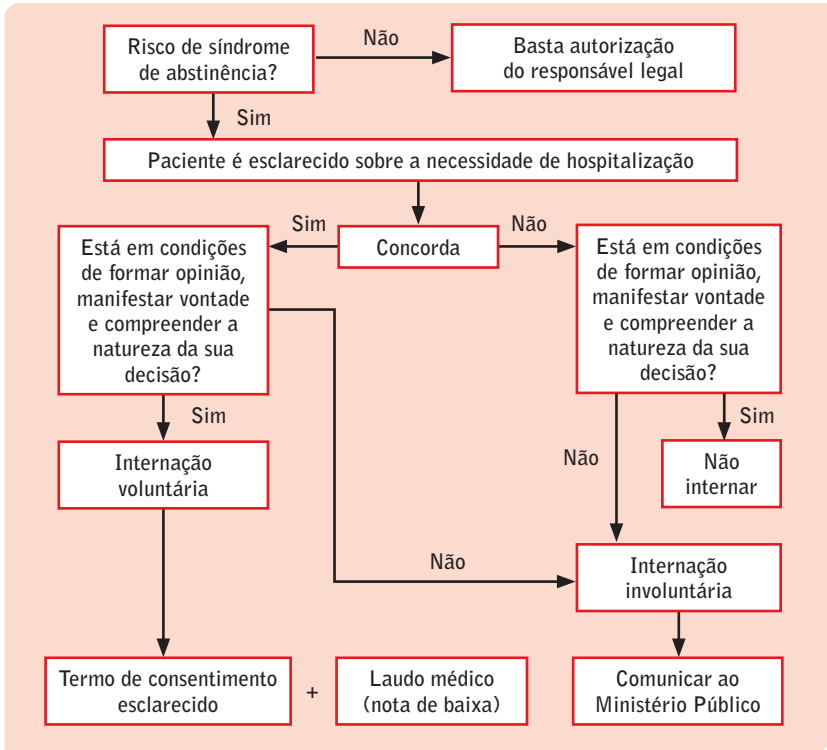
Critério B: no mínimo, um dos seguintes:
risco de autoagressão
risco de heteroagressão
risco de agressão à ordem pública
risco de exposição social
incapacidade grave de autocuidados

quer caso, finda a hospitalização, deverá ser feita nova comunicação ao Ministério Público estadual. Para melhor visualização das diversas questões que devem ser atendidas pelo psiquiatra para corretamente definir se se trata de IPV ou de IPI, sugere-se o exame do algoritmo de decisão sobre internações psiquiátricas, ilustrado na Figura 3.1.

É importante registrar, também, que a Portaria MS/GM nº 2.391/02⁶ dispõe sobre o controle das IPIs de forma um tanto diferente, pois cria uma certa Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, de natureza multiprofissional, e composta, no mínimo, por “um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em psiquiatria e um profissional de nível superior da área de Saúde Mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público estadual”. Na opinião dos autores, esse dispositivo é bastante discutível, pois se opõe frontalmente à Lei Federal e coloca o Ministério Público em plano secundário em relação à Comissão Revisora.

Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária

A internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI), apesar de se constituir em fato relativamente comum, é modalidade prevista apenas pela Portaria MS/GM nº 2.391/02.⁶ Ocorre quando o paciente hospitalizado voluntariamente – e, portanto, com o direito de receber alta no momento em que a solicitasse – se opõe a continuar hospitalizado. Entretanto, em face da presença dos riscos que autorizariam uma IPI, será mantido hospitalizado contra sua vontade.

**FIGURA 3.1**

Internação psiquiátrica: algoritmo de decisão.

A comunicação de IPVI deverá ser feita ao Ministério Público em até 72 horas após se caracterizar a involuntariedade da permanência do paciente no hospital.

Internação psiquiátrica compulsória

Entende-se por internação psiquiátrica compulsória (IPC) “aquela determinada pela Justiça” (artigo 6º, parágrafo único, inciso III, da Lei nº 10.216/01).⁵ Existem dois tipos de IPC, uma de natureza criminal, e ou-

tra de natureza cível. A primeira é típica dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (antigos manicômios judiciários) e destina-se a pacientes que cometeram delitos e receberam uma medida de segurança em decorrência da qual são hospitalizados e tratados compulsoriamente. As IPCs criminais não têm qualquer repercussão nos serviços psiquiátricos gerais, inclusive nas EP. O contrário se dá com as IPCs cíveis, que costumam causar grandes dificuldades para os psiquiatras que recebem ordens judiciais de internação de um dado paciente.

As IPCs cíveis constituem-se em mais uma das consequências do des-caso com que a saúde pública é tratada no Brasil, pois geralmente essas determinações judiciais ocorrem por solicitação de familiares de pacientes que não conseguem receber o atendimento de que necessitam por meio dos recursos normalmente disponíveis. Alguns juízes, em vez de enviar sua decisão ao gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), fazem-no diretamente a um hospital, o que é uma fonte potencial de problemas, pois, em princípio (havendo necessidade clínica da hospitalização e vaga disponível), o médico plantonista e o hospital estão obrigados a obedecer às ordens judiciais. A seguir, serão examinadas três situações nas quais os fatos se passam de forma distinta:

- a) **O paciente não tem indicação médica para internação:** as determinações de IPCs geralmente têm por fundamento atestado ou laudo médico que foi apresentado ao magistrado que ordenou a medida. Mesmo assim, o médico plantonista, ao receber o mandado, deverá fazer sua própria avaliação do caso, sendo que poderá vir a concluir que, a seu juízo clínico, não há indicação de internação psiquiátrica daquele paciente naquele momento. Assim, se simplesmente cumprir a ordem, estará abdicando de sua autonomia profissional e incorrendo em falta ética grave. Apenas para tornar mais claro, veja-se a hipótese de um serviço não psiquiátrico que receba um paciente com determinação judicial de internamento para realização de laparotomia exploradora por quadro de abdome agudo. Se o médico, ao examinar o paciente, concluir que se trata de quadro clínico diverso, que necessita exclusivamente de tratamento não cirúrgico, não estará autorizado eticamente a realizar o procedimento ordenado, pouco importando que provenha de uma ordem judicial.

Em resumo, o paciente deve ser cuidadosamente examinado, e os achados da avaliação, devidamente registrados. Além disso, deve receber, também, a indicação terapêutica mais indicada a seu caso. O médico deverá registrar no prontuário o porquê de não haver considerado pertinente a hospitalização.

- b) **O paciente tem indicação médica para internação, porém, não existem vagas:** uma situação mais delicada é a do paciente encaminhado para IPC que necessita de tratamento em regime de internação hospitalar, e, no momento, inexistem vagas disponíveis. Nesse caso, a internação deve ser recusada, e o paciente, reencaminhado de volta. Como o médico pode ser preso pelo não cumprimento de uma ordem judicial, deve fazer o possível para atendê-la e, se for o caso, solicitar o auxílio da assessoria jurídica da instituição. Assim, é de todo aconselhável que primeiramente se busque leito em outra instituição por intermédio de contato com o gestor do SUS da região, pois assim se estaria conseguindo um final que satisfaria a todas as partes envolvidas (exceto as dezenas de outros pacientes que estavam aguardando sua vez e vão sofrer as consequências do “furo” de fila).

Infelizmente, muitos magistrados recebem esse tipo de recusa quase como uma afronta pessoal e chegam a determinar aos oficiais de justiça que ingressem na unidade de internação para verificar se não existem mesmo vagas. Ora, a grande maioria das enfermarias possui mais camas (ente físico) do que leitos (capacidade operacional), pois, muitas vezes, é recomendável que alguns pacientes fiquem em quartos individuais, ao passo que outros devem permanecer em contato mais próximo com os demais. O importante é que a capacidade operacional de uma unidade é uma determinação de natureza estritamente técnica e não deve ser superada em qualquer hipótese, pois a partir desse limite presume-se que todos os pacientes passem a ser atendidos insatisfatoriamente. Como são pacientes de risco, as consequências poderão ser graves e recairão inevitavelmente sobre o hospital e a equipe médica, e não sobre o magistrado que desencadeou o processo de mau atendimento.

- c) **O paciente tem indicação médica para internação, porém, só existem vagas privadas:** havendo indicação médica de internação psiquiátrica e vagas apenas em leitos privados, a internação deverá ser realizada sem qualquer vacilação. Nesse caso, o ressarcimento dos custos com a hospitalização deverá ser buscado pela administração do hospital com o gestor do SUS, o grande responsável pela falha no atendimento ao paciente, ou com o Poder Judiciário.

Atualmente, no Brasil, ocorre uma situação polêmica em alguns estados no que diz respeito a IPCs e/ou IPIs para dependentes químicos, mais especificamente usuários de *crack*. A medida vem sendo sugerida como política pública de saúde, e existe um projeto de lei a respeito do assunto, nada tendo sido decidido até o presente. Assim, os critérios legais mencionados neste capítulo continuam válidos e devem ser observados.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Nas EPs, podem ocorrer também outras situações potencialmente causadoras de dúvidas de natureza ética ou legal. A seguir, algumas dessas situações serão examinadas.

Paciente e familiares não aceitam a indicação de internação

Essa é uma situação bastante comum e para a qual não há alternativas boas. A conduta mais frequente na prática diária é solicitar que o paciente e seu familiar assinem um Termo de Responsabilidade, o qual será anexado ao prontuário médico, devendo conter uma clara descrição do exame realizado, diagnóstico positivo ou sindrômico, os riscos e as razões por que a internação foi indicada. Essa medida, porém, não livra o médico de vir a ser responsabilizado por qualquer ato que o paciente venha a praticar em seguida, da mesma forma que estará exposto a um processo por cárcere privado se reter o paciente contra a sua vontade e de seu familiar. Assim, se os riscos forem consideráveis, o ideal seria que se mantivesse contato imediato com o Ministério Público, expondo a situação e solicitando sua intervenção. Em Porto Alegre, tal atribuição é da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos. Deverão constar no registro médico o contato realizado, o nome do Promotor de Justiça com quem se falou e a orientação recebida.

Entretanto, se o paciente estiver em “risco iminente de morte”, e, por qualquer razão, não for possível a comunicação com o Ministério Público, a hospitalização deverá ser realizada, pois o médico estará ao abrigo do artigo 22 do CEM,² que veda ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

Paciente desacompanhado

Nos casos em que o paciente chegar desacompanhado ao serviço de EP, e, após avaliação, seja constatada a necessidade de internação, o médico deverá proceder a hospitalização e, a seguir, acionar o Serviço Social da instituição a fim de localizar algum familiar ou responsável pelo paciente. Porém, se ele recusar a internação e apresentar riscos ponderáveis, deverá, como no caso anterior, ser realizado contato imediato com o Ministério

Público, em busca de orientação. Deverão ser observadas as mesmas cautelas de minucioso registro no prontuário médico das providências adotadas.

Contenção mecânica e isolamento

Contenção mecânica (CM) é o emprego de meios físicos externos que interfiram na liberdade de movimentos corporais do paciente com a finalidade de impedir que pratique ato violento de hétero ou autoagressão. Costuma ser utilizada em pacientes que estejam em quadro de agitação psicomotora (APM) e deve ter como objetivo primordial sua proteção, a de outros pacientes e a da equipe médica.

Isolamento é a colocação e retenção de um paciente em uma sala especial com a finalidade de tratar, conter e controlar condições clínicas próprias de um estado de emergência. Pode ser necessário nas APMs com o objetivo de não disseminar quadros de agitação entre os demais pacientes, bem como para servir de medida de proteção. Pode ser utilizado, também, em pacientes dependentes químicos durante período de desintoxicação. A sala de isolamento deve localizar-se de preferência junto ao posto de enfermagem e ser concebida de forma que haja permanente monitoramento visual do paciente que aí se encontra.

Sobre a CM, a Resolução CFM nº 1598/00¹¹ determina, em seu artigo 11, que “um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido”. Essa norma se alinha com os “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em dezembro de 1991, que, no Princípio 11-11,⁹ assim dispõe:

Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros

qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

Em resumo, os seguintes pontos devem ser observados ao serem determinadas medidas de CM ou de isolamento:

- a) ambas devem ser realizadas sempre no melhor interesse do paciente, constituindo-se em falta ética grave seu uso como medida punitiva ou disciplinar;
- b) o paciente deve permanecer sob vigilância constante enquanto durar a CM ou o isolamento;
- c) a aplicação dessas medidas, incluindo os horários de início e término, deve constar no prontuário médico do paciente; e
- d) o responsável legal pelo paciente deve ser informado dessas intercorrências terapêuticas.

Alta a pedido

Os pedidos de alta não podem ser considerados propriamente como EPs, mas serão aqui incluídos por causarem, muitas vezes, dúvidas de natureza legal e ética à equipe médica. Muitas dessas situações já foram examinadas nos itens anteriores. Assim, paciente voluntário, sem risco, pode solicitar sua alta no momento em que bem entender, e esta deverá ser concedida. Entretanto, se apresentar os riscos que autorizariam uma internação involuntária e houver concordância de seu representante legal, a internação será transformada em involuntária e seguirá os trâmites das IPVIs.

Todavia, quando paciente e familiares desejarem a alta, e houver a presença de riscos, máxime de “risco iminente de morte”, a alta não deverá ser concedida, e recomenda-se o imediato contato com o representante do Ministério Público da localidade, tudo à semelhança do descrito no item “Paciente e familiares não aceitam a indicação de internação”.

Fuga

Curiosamente, a fuga de pacientes de hospitais psiquiátricos, um fato relativamente comum, visto que a grande maioria das instituições funciona de forma aberta e, por óbvio, sem normas de segurança rígidas, não tem sido objeto de análise da literatura nacional e internacional. Em princípio, se algum paciente internado involuntariamente fugir de um estabelecimento

e vier a sofrer – ou causar – algum dano, é possível que o estabelecimento seja compelido a ressarcir-lo civilmente, uma vez que a responsabilidade do hospital é de natureza objetiva. Em relação ao médico, cuja responsabilidade deve ser aferida subjetivamente, seria importante demonstrar que não agiu com negligência. Assim, deverá ter bem documentada a apreciação sobre possível risco de fuga e as recomendações à enfermagem de vigilância contínua. Se a fuga se der durante passeio ou visita domiciliar, deve haver o adequado balanço dos riscos e benefícios da liberação.

A Lei nº 10.216/02⁵ determina, em seu artigo 10, que

evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Apesar do prazo legal de 24 horas, é recomendável que a comunicação de fuga seja feita imediatamente aos familiares do paciente, pois é muito provável que tenham ideia do local para onde ele tenha ido e consigam localizá-lo o mais breve possível. No entanto, não há norma legal sobre o tempo em que o leito será liberado para ocupação por outro paciente, mas seria recomendável que se aguardasse pelo menos 24 horas após a comunicação da fuga.

A comunicação de fuga de paciente internado involuntariamente ao Ministério Público deverá ser realizada apenas ao término do prazo de 24 horas e no momento da liberação do leito para ocupação por terceiro.

COMENTÁRIOS FINAIS

A correta tomada de decisão nas situações de EP depende tanto de conhecimentos técnicos quanto de informações sobre o marco legal que regula a atividade profissional, os direitos dos pacientes e os direitos e deveres do médico.

Sendo comum em situações de emergência a tomada de decisões em curto período de tempo, com o propósito de evitar ou minimizar possíveis danos ao paciente, é importante que o médico se mantenha atualizado com as questões médico-legais que guiam o exercício da medicina. Com isso, estará mais apto a proteger seu paciente e a proteger-se também de escolhas equivocadas. Neste capítulo, por meio do exame de situações comuns na prática em emergência, buscou-se apontar situações potencialmente críticas e fornecer elementos que conduzam a condutas mais adequadas possíveis.

REFERÊNCIAS

1. Tabora JGV, Baron ALD, Pesseto Neto L. Aspectos ético-legais nas emergências psiquiátricas. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczynski F, organizadores. Emergências psiquiátricas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009. Aprova o código de ética médica [Internet]. Brasília: CFM; 2009 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm.
3. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio de língua portuguesa. 5. ed. Rio de Janeiro: Positivo; 2010.
4. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei Federal nº 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: Casa Civil; 2001 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.391 de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS [Internet]. Brasília: MS; 2002 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/legislacoes/gm/7357-2391>.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Federal nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 1934.
8. Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Porto Alegre: MPRS; 1992.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.407/1994. Adota os “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência a saúde mental”, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91 [Internet]. Brasília: CFM; 1994 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1407_1994.htm.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington: APA; 2013. No prelo.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.598/2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental [Internet]. Brasília: CFM; 2000 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm.

LEITURAS COMPLEMENTARES

Appelbaum PS, Gutheil TG. Legal issues in emergency psychiatry. In: Appelbaum PS, Gutheil TG. *Clinical handbook of psychiatry and the law*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2002 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.952/2010. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952_2010.htm.

Simon RI. Clinical-legal issues in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of clinical psychiatry*. 8th ed. Vol. 1. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3969-88.

Taborda JGV. *Psiquiatria legal*. In: Taborda JGV, Prado-Lima P, Busnello ED, editores. *Rotinas em psiquiatria*. São Paulo: Artes Médicas; 1995. p. 280-96.

United Nations. General Assembly. A/Res/46/119, 17 december 1991. The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care [Internet]. New York: UNGA; 1991 [capturado em 30 jun 2013]. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>.

4

DELIRIUM

Renato Daltro-Oliveira
Dimitri Gusmão Flôres
Lucas C. Quarantini

D*elirium* é uma disfunção orgânica frequente na rotina médica e talvez uma das condições psiquiátricas mais antigas já descritas. Contudo, ainda é considerado por muitos profissionais da saúde uma doença obscura, desconhecida, que faz parte da evolução natural do adoecimento de pacientes idosos^{1,2} e que não costuma ser tratada como uma condição de urgência ou emergência. Apesar de as evidências atuais demonstrarem o significativo impacto dessa síndrome, o *delirium* ainda é bastante negligenciado, e estima-se que 33 a 72% dos casos não sejam corretamente diagnosticados nas unidades de emergência.³

O *delirium* é uma entidade clínica reconhecida desde a Antiguidade. Há diversas condições descritas na medicina grega e na romana que se assemelham ao *delirium*, e o termo, embora com significado diferente, já é utilizado há cerca de 2.000 anos. No século XVIII, o francês Peter Chaslin utilizou pela primeira vez um único termo, *confusion mentale primitive*, para descrever diversas doenças somáticas que cursavam com transtorno mental agudo. No século seguinte, o psiquiatra alemão Karl Bonhoeffer introduziu o conceito de não especificidade das reações e causou uma pequena revolução na psiquiatria, postulando que o cérebro reage a diferentes estímulos externos (infecção, intoxicação exógena, síndromes de abstinência, etc.) com apresentações sindrômicas semelhantes, mais relacionadas com características constitucionais do indivíduo, como idade e comorbidades. Foi em

1980 que todo o conhecimento acumulado sobre o *delirium* foi agrupado pelo americano Zbigniew J. Lipowski, que apresentou o conceito moderno de *delirium* e sugeriu que esse termo não fosse somente utilizado para o transtorno de abstinência, mas também para todas as outras condições somáticas que cursavam com estado confusional agudo.²

Muitos profissionais ainda acreditam que o *delirium* é um quadro reversível, sem futuras sequelas ou repercussões no prognóstico.¹ Contudo, já foi demonstrado que a doença está associada a maior mortalidade, déficit funcional persistente e necessidade de internação em casas de repouso.^{4,5} Estima-se que, nos Estados Unidos, o *delirium* seja responsável por um acréscimo de cerca de 60 mil dólares ao ano por paciente, o que resulta em um acréscimo estimado de sobrecarga econômica de 38 a 152 bilhões de dólares anualmente.⁶ A prevenção e o tratamento correto do *delirium* não só trazem impacto para o prognóstico do paciente, mas também representam a base das estratégias de redução de custos para os sistemas de saúde.

O objetivo deste capítulo é apresentar de forma prática e concisa as abordagens diagnósticas e terapêuticas disponíveis na literatura médica recente sobre o *delirium* e que possam ser utilizadas para essa urgência/emergência psiquiátrica.

CONCEITOS

Delirium pode ser definido como uma síndrome neurocognitiva marcada pela alteração da consciência (obnubilação, redução da clareza quanto ao ambiente) e da atenção (redução da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção) acompanhada de déficit cognitivo (como déficit de memória, desorientação, perturbação da linguagem) que não pode ser explicado por um quadro demencial preexistente. A síndrome se desenvolve em curto período de tempo, e a intensidade de sintomas tende a flutuar durante o dia.⁷⁻⁹

As diretrizes diagnósticas atuais concordam quanto à definição geral da síndrome, entretanto, há alguns pontos controversos. Não é consenso, por exemplo, a inclusão nos critérios diagnósticos de outros sintomas frequentes, como alterações do ciclo sono-vigília, perturbações psicomotoras, alterações do humor e ansiedade. Além disso que devem existir evidências de que a síndrome é causada por consequências fisiológicas diretas de uma condição médica geral, e a alteração na cognição não pode ser mais bem explicada por demência preexistente, estabelecida ou em evolução.^{8,9}

O *delirium* é dividido, de acordo com o comportamento psicomotor, em três subtipos básicos:¹⁰

- **Delirium hiperativo:** caracterizado por agitação, inquietação, aumento excessivo ou inadequação da atividade motora ao contexto.
- **Delirium hipoativo:** caracterizado por diminuição da atividade psicomotora e do discurso e apatia; o paciente parece ausente ou distante do ambiente.
- **Delirium misto:** apresenta características dos subtipos hiper e hipoativo.

Considerando o tempo de surgimento da síndrome, é dito *delirium* prevalente aquele diagnosticado na admissão; *delirium* incidente, aquele que se desenvolve após a admissão hospitalar; e *delirium* persistente, aquele cujos sintomas persistem ao longo do tempo.⁷

EPIDEMIOLOGIA

Estima-se que a frequência de *delirium* esteja entre 11 e 25% em pacientes idosos, e uma incidência de *delirium* entre 29 e 31% em idosos internados em unidades hospitalares.¹¹

Os fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* podem ser classificados em fatores de vulnerabilidade e fatores precipitantes. Entre os fatores de vulnerabilidade, destaca-se a demência, cuja gravidade está associada a um acréscimo significativo de risco. Uma revisão sistemática evidenciou que a prevalência de *delirium* sobreposto a demência em idosos, tanto no cenário hospitalar quanto na comunidade, varia entre 22 e 89%.¹² Outros fatores de vulnerabilidade são baixo nível de escolaridade, idade avançada, presença de muitas comorbidades, deficiência visual, história de abuso de álcool, depressão, desnutrição e uso abusivo de opioides ou benzodiazepínicos.¹¹

Entre os fatores precipitantes, destacam-se as infecções, especialmente infecção urinária e respiratória. O *delirium* pode ser desencadeado por iatrogenia, como imobilização, uso de cateter vesical e polifarmácia. Muitas classes de medicamentos costumam ser associadas ao *delirium*, mas ainda não há fortes evidências para algumas dessas associações.^{11,13} Uma revisão sistemática evidenciou que benzodiazepínicos, opioides, em especial meperidina, di-hidropiridinas e anti-histamínicos, podem aumentar o risco da doença.¹⁴ Apesar da presença de diversos relatos de caso e estudos associando uso de anticolinérgicos com maior risco em pacientes hospitalizados e maior gravidade de *delirium*,¹³ essas substâncias não apresentaram associação com desenvolvimento da doença em pacientes idosos portadores de déficit cognitivo, de acordo com recente estudo prospectivo.¹⁵ Diante dessas controvérsias, a maior parte dos geriatras e psiquiatras prefere não utilizar esses medicamentos quando há outras opções possíveis. Outros fa-

tores que podem desencadear o *delirium* são apresentados no Quadro 4.1. Alguns pacientes podem apresentar múltiplos fatores precipitantes, e, algumas vezes, nenhum fator precipitante pode ser encontrado.¹¹

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

A avaliação do paciente com *delirium* baseia-se inicialmente no reconhecimento da síndrome, seguido da busca pelo evento subjacente que pode tê-la desencadeado.

Diagnóstico do *delirium*

Apesar de o *delirium* não apresentar características patognomônicas ou exclusivas, alguns aspectos da síndrome, somados ao padrão de evolução do quadro e a aspectos próprios do paciente, como fatores de risco, tornam o diagnóstico mais fácil. O início agudo do quadro e a flutuação da intensidade dos sinais e sintomas são bastante específicos do *delirium*. O transtorno pode iniciar em horas ou dias, e os sintomas podem variar em mi-

QUADRO 4.1

Fatores precipitantes de *delirium*

Sistêmicos: infecção/seps, trauma, controle inadequado da dor, desidratação, hipo ou hipertermia.

Sistema nervoso central: meningite/encefalite, acidente vascular cerebral, hemorragia intraparenquimatosa, hemorragia subaracnoide, hematoma subdural/epidural.

Medicamentos e drogas: mudança de medicação, drogas de uso recreativo, abstinência.

Metabólicos: encefalopatia de Wernicke, insuficiência hepática ou renal, hipo ou hipernatremia, hipo ou hipercalcemia, hipo ou hiperglicemia, disfunção tireoidiana.

Cardiopulmonares: infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, hipoxemia, hipercarbia, encefalopatia hipertensiva, choque.

Iatrogênicos: imobilização, cirurgia, cateter urinário.

Fonte: Han e Wilber.¹³

nutos ou horas. A variação dos sintomas pode não ser perceptível em uma única avaliação pontual do paciente, sendo fundamental entrevistar outros informantes ou consultar dados de prontuário. O paciente em *delirium* geralmente se apresenta distraído ou desconectado do ambiente durante a avaliação. Esse comportamento é consequência do comprometimento da atenção, o qual pode ser testado de diversas formas, por exemplo, solicitando que o paciente conte de 20 a 1 ou recite os dias da semana de trás para a frente. É importante lembrar que a atenção está sempre comprometida no paciente com *delirium*. Portanto, paciente atento é paciente sem *delirium*. Além disso, a cognição pode estar prejudicada, culminando em dificuldade de abstração, de compreensão e em pensamento ilógico. O nível de consciência é variável, em geral acima do coma. A agitação ou a sonolência podem dificultar a conversação com o paciente, e alguns autores consideram que ausência de flutuação deve indicar a possibilidade de outro diagnóstico. Distúrbios de sono e vigília são muito frequentes, podendo variar desde fragmentação do sono a inversão do ciclo.¹⁶

Alterações psicomotoras são muitos comuns no *delirium* e são fundamentais para a classificação nos subtipos. Os sintomas psicomotores da doença são bastante heterogêneos e repercutem na sua identificação assim como no seu diagnóstico diferencial. Em geral, o *delirium* pode ser classificado a partir da avaliação da quantidade e velocidade das atividades motoras. Enquanto o *delirium* hiperativo chama a atenção dos profissionais e é reconhecido com facilidade, o *delirium* hipoativo pode não ser identificado ou erroneamente diagnosticado como depressão.

A associação ente *delirium* e demência merece destaque, não só por ser um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*, mas também pela elevada frequência de sobreposição entre as duas condições. A diferenciação entre as duas síndromes deve considerar principalmente o tempo e a evolução dos sintomas, uma vez que o *delirium* costuma apresentar início agudo e flutuação dos sintomas.^{16,17} Com frequência, o *delirium* pode representar o prenúncio de um quadro demencial, evoluindo para déficit cognitivo persistente.¹⁷

Hoje, há vários instrumentos específicos, como escalas e modelos de entrevista semiestruturada, disponíveis para o diagnóstico de *delirium*. Infelizmente, muitos deles ainda não apresentam versão validada para o português, e outros foram desenhados para utilização específica por alguns profissionais, em especial a equipe de enfermagem, fugindo do objetivo deste livro.

O *Confusion Assessment Method* (CAM), desenvolvido por Inouye e colaboradores em 1990,¹⁸ é um instrumento para o diagnóstico de *delirium* baseado nos critérios da terceira edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III). Ele já foi validado em 10 idiomas e sub-

metido a diferentes adaptações, como o CAM-ICU, para a utilização em unidades de terapia intensiva, e CAM-ED, para uso em unidades de emergência. Estima-se que o CAM apresente sensibilidade de 94% e especificidade de 89%. Em resumo, trata-se de um instrumento que avalia nove aspectos do *delirium*: início abrupto, alteração da atenção, pensamento desorganizado, alteração do nível de consciência, desorientação, prejuízo da memória, distúrbio da percepção, agitação ou retardo psicomotor e alteração do ciclo sono-vigília. O diagnóstico de *delirium* pelo CAM exige a presença de início agudo e distúrbio da atenção associados a alteração do nível de consciência ou pensamento desorganizado. Para a aplicação do instrumento, é necessário treinamento prévio, e o manual para treinamento em inglês pode ser encontrado na internet.¹⁹ No momento, estão disponíveis as versões validadas do CAM²⁰ e CAM-ICU²¹ para o português. O Quadro 4.2 apresenta a versão em português do instrumento.

Investigação etiológica

Muitas condições médicas podem desencadear o *delirium*, especialmente em pacientes suscetíveis, e o reconhecimento das condições médicas associadas é fundamental para o manejo adequado.

Com frequência, pode ser difícil obter informações sobre a história clínica do paciente. Nessas situações, a entrevista de familiares e cuidadores é fundamental para a elucidação diagnóstica. A realização do interrogatório sintomatológico pode trazer pistas essenciais para o esclarecimento diagnóstico, como febre e convulsões. Destaca-se a importância de se realizar um inventário dos medicamentos utilizados, com doses e tempos de uso, como também modificação recente na prescrição ou possibilidade de *overdose* acidental ou intencional. O uso de outras substâncias, como álcool, também deve ser investigado.¹³

O exame físico pode trazer dados fundamentais para a identificação do fator causal do *delirium*. O exame segmentar completo pode ser difícil no paciente muito agitado ou não colaborativo, mas informações importantes, como dados vitais, lesões de pele ou grau de hidratação, podem ser avaliadas, mesmo sem a colaboração do paciente. O Quadro 4.3 resume os achados do exame segmentar que podem auxiliar na investigação.

Exames laboratoriais costumam auxiliar no diagnóstico da doença de base. Alguns exames simples e de baixo custo, como hemograma, ureia, creatinina, glicemia e eletrólitos séricos, podem ser solicitados rotineiramente, pois podem também ser necessários para o manejo adequado. Os sintomas e sinais presentes podem orientar a realização de outros exames complementares mais específicos. É prudente, por exemplo, realizar hemo-

QUADRO 4.2

Versão em português do *Confusion Assessment Method (CAM)*

1. Início agudo
Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente?
2. Distúrbio da atenção*
- 2.A O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção? Por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?
 - Ausente em todo o momento da entrevista
 - Presente em algum momento da entrevista, porém de forma leve
 - Presente em algum momento da entrevista, de forma marcante
 - Incerto
- 2.B Se presente ou anormal, esse comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou a aumentar e diminuir de gravidade?
 - Sim
 - Não
 - Incerto
 - Não aplicável
- 2.C Se presente ou anormal, descreva o comportamento
3. Pensamento desorganizado
O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico ou mudança imprevisível de assunto?
4. Alteração do nível de consciência
Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente?
 - Alerta (normal)
 - Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente)
 - Letárgico (sonolento, facilmente acordável)
 - Estupor (dificuldade para despertar)
 - Coma
 - Incerto
5. Desorientação
O paciente ficou desorientado durante a entrevista, pensando, por exemplo, que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia?

(*Continua*)

QUADRO 4.2

Versão em português do *Confusion Assessment Method (CAM)* (*continuação*)

6. Distúrbio (prejuízo) da memória
O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital ou dificuldade para se lembrar de instruções?
7. Distúrbios de percepção
O paciente apresentou sinais de distúrbios de percepção, como alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava)?
8. Agitação psicomotora
Parte 1 – Durante a entrevista, o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, como agitação e tamborilar com os dedos, ou mudança súbita e frequente de posição?
Retardo psicomotor
Parte 2 – Durante a entrevista, o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo ou lentidão exagerada de movimentos?
9. Alteração do ciclo sono-vigília
O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?

Fonte: Fabbri e colaboradores.²⁰

QUADRO 4.3

Achados do exame segmentar que podem auxiliar na investigação etiológica do *delirium*

Cabeça: sinais de trauma podem indicar lesão parenquimatosa.

Neurológico: déficit neurológico focal ou lateralização podem indicar insulto do sistema nervoso central. Marcha atáxica pode estar presente na encefalopatia de Wernicke ou na *overdose* de medicamentos.

Pupilas: pupilas fixas ou dilatadas podem representar lesão intracraniana ou hipertensão intracraniana. Miose pode indicar toxicidade por opioides, e midríase pode indicar toxicidade por anticolinérgicos.

(*Continua*)

QUADRO 4.3

Achados do exame segmentar que podem auxiliar na investigação etiológica do *delirium* (continuação)

Fundoscopia: papiledema pode indicar hipertensão intracraniana. Hemorragia sub-hialóidea é sugestiva de hemorragia subaracnoide.

Movimentação extraocular: oftalmoplegia pode ser encontrada na encefalopatia de Wernicke e na hipertensão intracraniana. Nistagmo pode estar presente em intoxicação por álcool ou drogas.

Pescoço: aumento da tireoide pode estar relacionado com hiper ou hipotireoidismo. Rigidez nucal aumenta a possibilidade de meningite ou hemorragia subaracnoide.

Pulmões: a ausculta de estertores pode indicar pneumonia ou edema pulmonar.

Coração: novos sopros podem indicar endocardite infecciosa, especialmente no paciente febril.

Abdome: dor à palpação pode indicar uma emergência cirúrgica, como apendicite ou diverticulite.

Pele: pode haver sinais de infecção, úlceras de decúbito, petéquias ou estigmas de insuficiência hepática.

Reto e ânus: pode haver abscesso perirretal ou perianal. O toque retal pode evidenciar sangramentos, especialmente em pacientes com insuficiência hepática.

Fonte: Han e Wilber.¹³

gasometria arterial, em pacientes com dispneia, bem como punção lombar, no paciente febril com rigidez nucal e sem déficits neurológicos focais. A história clínica e os fatores de risco também podem indicar a solicitação de exames mais específicos. A radiografia de tórax e o exame de elementos anormais do sedimento (EAS), da mesma forma, podem contribuir muito com o diagnóstico, uma vez que pneumonia e infecção do trato urinário são importantes causas de *delirium* em pacientes idosos. Não há estudos que evidenciem o benefício da realização rotineira de tomografia de crânio, mas o exame traz proveito nos casos em que há déficit neurológico focal ou sinais de trauma do crânio.¹³

MANEJO

Em geral, a principal medida para o manejo adequado do *delirium* é a resolução do fator precipitante da síndrome, de modo que a resolução do qua-

dro dependerá fundamentalmente da investigação etiológica. Apesar disso, é possível que uma doença de base seja o fator precipitante, e, mesmo após sua remoção, o paciente continue apresentando *delirium*.

Enquanto não é possível identificar o fator precipitante, ou quando o tratamento adequado não oferece melhora imediata do quadro, algumas medidas farmacológicas e não farmacológicas podem ser aplicadas. O ideal é sempre recorrer inicialmente às medidas não farmacológicas, que têm caráter mais preventivo, mas podem ser eficazes no manejo ou reduzir a gravidade. Quando estas forem esgotadas, deve-se recorrer ao tratamento medicamentoso. Contudo, ao adicionar mais uma substância, deve-se ponderar se haverá benefícios, em especial nos pacientes em uso de múltiplos medicamentos, nos quais a probabilidade de feitos colaterais é maior.

O maior desafio para a equipe que assiste esses pacientes são aqueles portadores de *delirium* hiperativo. Nesses casos, a imobilização ou contenção mecânica parece um mecanismo eficaz para garantir a segurança do paciente, contudo, recomenda-se que seja utilizada como último recurso, uma vez que a imobilização está associada ao desenvolvimento e ao aumento da gravidade do *delirium*.²² Esse certamente é um dos pontos mais difíceis do manejo não farmacológico desses pacientes, em especial para a equipe de enfermagem, que realiza um cuidado longitudinal. Algumas unidades já adotam protocolos nos quais a imobilização do paciente nunca deve ser realizada. Flaherty e Little²³ utilizaram uma abordagem denominada T-A-DA (*Tolerate, Anticipate, Don't Agitated*), que consiste nas seguintes condutas:

- **Tolerate:** uma conduta mais tolerante da equipe com o paciente diante de situações como retirada de acessos venosos ou tentativa de levantar, por exemplo. Os autores argumentam que, diante dessas situações, a primeira resposta dos profissionais é inibir essas ações com o objetivo de prevenir algum dano ao paciente. Nesses casos, os profissionais podem permitir que ele responda de forma natural à situação, sob vigilância contínua, de modo a garantir ao paciente a sensação de controle. Essa conduta pode, ainda, oferecer pistas à equipe sobre o que incomoda o paciente no momento. Evidentemente, é preciso ponderar quais comportamentos são tolerados, e cada situação deve ser individualizada.
- **Anticipate:** é possível antecipar o comportamento desses pacientes diante de algumas situações, e, desse modo, a equipe pode evitar tais situações ou se preparar para elas.
- **Don't agitate:** há diversos eventos que podem funcionar como “agitadores” desses pacientes, sendo prudente evitá-los.

Ainda não há estudos que avaliem a eficácia e a efetividade dessas estratégias. Por esse motivo, sua aplicação deve se basear principalmente na experiência da equipe.

Recomenda-se que o tratamento farmacológico seja utilizado nos pacientes agitados que representam risco para si ou para outros, após tentativa do uso de medidas não farmacológicas, sempre tentando utilizar a menor dose possível.²⁴ Uma revisão sistemática que avaliou 13 estudos sobre diferentes intervenções farmacológicas para o tratamento do *delirium* concluiu que não há indicativos da eficácia de inibidores da acetilcolinesterase ou de procolinérgicos, assim como não há diferença de eficácia entre os antipsicóticos de primeira e segunda geração no tratamento do *delirium*.²⁵ Outra revisão sistemática, mais recente, avaliou três estudos e demonstrou que não há distinção entre a eficácia do haloperidol em baixas doses (< 3 mg/dia) e da risperidona ou olanzapina.²⁶ Além disso, o haloperidol em baixas doses não apresentou maior incidência de efeitos adversos quando comparado com a olanzapina.²⁶ Os benzodiazepínicos devem ser evitados

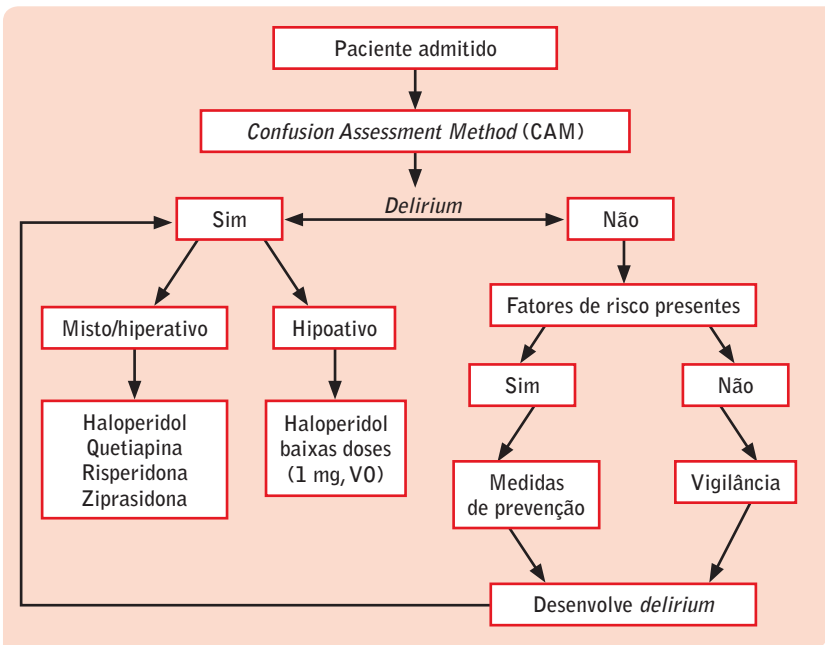


FIGURA 4.1

Algoritmo para definição e manejo de quadro de *delirium*.

no tratamento de *delirium*, pois apresentam efeitos colaterais que podem piorar o quadro confusional.²⁴ É importante frisar, ainda, que há poucos estudos avaliando o tratamento da agitação ou do comportamento combativo presentes no *delirium* hiperativo, e muitos dos inclusos nessas revisões testaram a eficácia dessas substâncias em situações específicas, como *delirium* pós-operatório, e em populações especiais, como idosos ou pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Portanto, é preciso cuidado na generalização desses resultados.

Apesar dos resultados conflitantes e da limitada evidência disponível na literatura, o haloperidol em baixas doses (0,25 a 1 mg) parece ser a melhor opção, uma vez que pode ser utilizado por via oral, intramuscular ou endovenosa (EV) e não apresenta efeito anticolinérgico. É preciso cautela ao utilizá-lo, especialmente na forma EV, devido ao risco de *torsades de pointes* e prolongamento do intervalo QT, sendo recomendada a realização de eletrocardiograma antes de seu uso, além de evitar o haloperidol caso o QTc seja maior que 500 milissegundos. Os antipsicóticos devem ser evitados em pacientes com demência por corpos de Lewy e doença de Parkinson devido ao maior risco de sintomas extrapiramidais provocado por esses medicamentos.¹³

REFERÊNCIAS

1. Leslie DL, Inouye SK. The importance of delirium: economic and societal costs. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59 Suppl 2:S241-3.
2. Deksnyte A, Aranauskas R, Budrys V, Kasiulevicius V, Sapoka V. Delirium: its historical evolution and current interpretation. *Eur J Intern Med.* 2012;23(6):483-6.
3. Collins N, Blanchard MR, Tookman A, Sampson EL. Detection of delirium in the acute hospital. *Age Ageing.* 2010;39(1):131-5.
4. Leslie DL, Zhang Y, Holford TR, Bogardus ST, Leo-Summers LS, Inouye SK. Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. *Arch Intern Med.* 2005;165(14):1657-62.
5. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med.* 1998;13(4):234-42.
6. Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med.* 2008;168(1):27-32.
7. Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, Rozzini R, Mistraretti G, Trompeo AC, et al. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Med.* 2008;34(10):1907-15.
8. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
10. Meagher D. Motor subtypes of delirium: past, present and future. *Int Rev Psychiatry*. 2009;21(1):59-73.
11. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26(3):277-87.
12. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(10):1723-32.
13. Han JH, Wilber ST. Altered mental status in older patients in the emergency department. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(1):101-36.
14. Clegg A, Young JB. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age Ageing*. 2011;40(1):23-9.
15. Campbell N, Perkins A, Hui S, Khan B, Boustani M. Association between prescribing of anticholinergic medications and incident delirium: a cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59 Suppl 2:S277-81.
16. Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AM. Delirium detection and monitoring outside the ICU. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26(3):367-83.
17. Davis DH, Muniz Terrera G, Keage H, Rahkonen T, Oinas M, Matthews FE, et al. Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain*. 2012;135(Pt 9):2809-16.
18. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-8.
19. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(5):823-30.
20. Fabbri RM, Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(2-A):175-9.
21. Gusmao-Flores D, Salluh JI, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MA, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(11):1917-22.
22. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996;275(11):852-7.
23. Flaherty JH, Little MO. Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room, a restraint-free environment for older hospitalized adults with delirium. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59 Suppl 2:S295-300.
24. National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention, and management [Internet]. London: NICE; 2010 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://publications.nice.org.uk/delirium-cg103>.
25. Campbell N, Boustani MA, Ayub A, Fox GC, Munger SL, Ott C, et al. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults: a systematic evidence review. *J Gen Intern Med*. 2009;24(7):848-53.
26. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(2):CD005594.

5

AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Joel Porfirio Pinto
Danielle Macêdo
Márcio Gerhardt Soeiro-de-Souza
André F. Carvalho

Um dos desafios da prática psiquiátrica é realizar, o mais rapidamente possível, a avaliação e o manejo de quadros de agitação e agressividade.^{1,2} Estudos epidemiológicos demonstram que, quando comparadas à população em geral, pessoas com transtornos mentais têm risco elevado de apresentar esses comportamentos.³ Tais quadros comportamentais constituem emergências médicas e com frequência se apresentam no hospital geral e em serviços psiquiátricos.⁴

O comportamento agressivo/agitado pode ocorrer no curso de diversos transtornos mentais, notavelmente na esquizofrenia, no transtorno bipolar e nos transtornos da personalidade.⁵ A agitação também pode estar associada a doenças neuropsiquiátricas, incluindo acidentes vasculares cerebrais (AVCs), epilepsia, traumatismos cranianos, doença de Parkinson, doença de Alzheimer e outras demências. Também a intoxicação e/ou abstinência de substâncias psicoativas, como, por exemplo, álcool, cocaína e anfetaminas, são causas frequentes de comportamento agressivo.¹ O comportamento agressivo pode decorrer, ainda, de diversas condições médicas gerais, como tireoidopatias, encefalites, meningites e hipoglicemia.

Tais quadros podem acarretar risco à integridade física do paciente, da equipe de saúde e de pessoas próximas. Esses comportamentos podem gerar concepções e atitudes equivocadas a respeito da periculosidade dos pacientes psiquiátricos por parte dos profissionais da saúde e da população em geral. Esse estigma pode ser especialmente direcionado a indivíduos

com transtornos mentais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar. No entanto, pacientes psiquiátricos tratados adequadamente são pouco propensos a cometer atos violentos.

Este capítulo objetiva prover uma síntese prática da literatura médica recente acerca da abordagem e do tratamento do paciente agressivo/agitado.

CONCEITOS

Existem diversas definições de agitação psicomotora e agressividade na literatura médica. Há também um conjunto de termos correlatos que deve ser conceitualizado.

- **Agitação** pode ser definida como a elevação da atividade motora e cognitiva com a presença de comportamentos verbais e/ou motores exacerbados e em larga escala improdutivos, muitas vezes decorrentes de tensões internas. A agitação psicomotora é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada a estímulos, irritabilidade, atividade motora e/ou verbal aumentada, inadequada e repetitiva. O quadro pode cursar com agressividade.
- **Agressividade**, por sua vez, é um termo que se refere a um ato intencional que causa dano físico ou mental em outra pessoa. Em algumas circunstâncias, ela pode se direcionar a um objeto. O quadro pode se manifestar em forma de agressão verbal e/ou física.
- **Violência** é definida como um ato agressivo que causa dano físico a outra pessoa. Ela pode estar associada a agressividade verbal e/ou física. Refere-se ao uso de força física, abuso, forma de constrangimento direcionado a uma pessoa no intuito de coagi-la a realizar ou deixar de realizar um ato qualquer.

Comumente, o paciente apresenta juízo crítico comprometido acerca de seu estado mental. A intervenção precoce é uma prioridade, pois pode prevenir a progressão de um quadro de agitação para agressividade e/ou violência.

EPIDEMIOLOGIA

Há relativa escassez de estudos epidemiológicos de larga escala que avaliaram a prevalência, os fatores associados e os custos da agitação, da agressividade e da violência. A intensificação de transtornos psicóticos crônicos, episódios maníacos, depressão maior, transtorno bipolar, trans-

tornos da personalidade e quadros decorrentes do uso de substâncias psicoativas, associados a agitação psicomotora, é responsável por uma proporção importante de visitas a serviços de emergência. Estima-se que até 1,7 milhão de visitas a departamentos de emergência nos Estados Unidos ocorra anualmente devido a quadros de agitação.⁴ Um amplo estudo norte-americano, realizado pelos U.S. Emergency Departments, revelou que 27% dos profissionais da saúde dos serviços de emergência avaliados sentiam pelo menos algum grau de insegurança física no trabalho.⁴ Cerca de 20 a 50% das visitas a serviços de emergência psiquiátricos podem envolver pacientes com risco de agitação.⁵ Aproximadamente 10% dos pacientes atendidos em emergências psiquiátricas podem tornar-se agitados e/ou violentos durante o processo de avaliação.⁵

Em torno de 21% de todas as visitas a serviços psiquiátricos de emergência decorrem de casos de agitação associados a esquizofrenia.⁵ Tem sido estimado que aproximadamente 20% dos indivíduos com esquizofrenia terão episódios de agitação ao longo da vida.⁵ Embora os pacientes psiquiátricos não sejam autores da maioria dos crimes violentos, eles têm risco relativo aumentado em relação à população em geral de cometê-los. Um amplo estudo baseado em um registro nacional sueco sugeriu que abuso de substâncias pode ser um importante fator mediador do risco de indivíduos com esquizofrenia virem a cometer crimes violentos.⁶

A agitação/agressividade ocorre em aproximadamente 36% dos idosos com demência institucionalizados e em 13 a 24% dos idosos em amostras comunitárias.^{7,8}

A agitação é observada com frequência em unidades de terapia intensiva, ocorrendo em cerca de 70% dos pacientes hospitalizados com traumatismo craniencefálico.⁹ Está associada a pior prognóstico, incluindo internação prolongada, infecções nosocomiais e extubações não planejadas.¹⁰ Nesse contexto, a presença de agitação associada a *delirium* está associada a menor sobrevida.^{1,10}

Na avaliação de um paciente potencialmente agressivo, quanto mais jovem o indivíduo, maior o risco de agressividade e violência. Entre as mulheres, é observada menor proporção de agitação psicomotora com agressividade. Entretanto, naquelas que apresentam transtornos mentais graves, a prevalência é semelhante à observada entre homens.¹

AValiação DO PACIENTE

A avaliação de um paciente agitado e/ou violento pode ser difícil em virtude de uma eventual escassez de informações acerca da história psiquiátrica e

médica pregressa, bem como da falta de cooperação por parte do paciente. A avaliação do paciente agitado inclui algumas prioridades:



PRIORIDADES NO ATENDIMENTO DO PACIENTE AGITADO

1. Observar o paciente e coletar informações dele próprio e de fontes colaterais (p. ex., profissionais da saúde e familiares) que permitam uma impressão diagnóstica inicial.
2. Revisar os tratamentos utilizados previamente.
3. Excluir a possibilidade de o comportamento ser devido a uma condição médica geral.
4. Avaliar e tratar quadros que exijam intervenção imediata.
5. Determinar se o paciente se encontra intoxicado ou em abstinência de uma substância psicoativa.

Dois aspectos ganham relevo no processo de avaliação de um paciente agitado: a avaliação diagnóstica e a estimativa do risco de violência.

Diagnóstico diferencial

Indivíduos com comportamento agitado e/ou violento constituem um grupo extremamente heterogêneo. Deve-se enfatizar que nem todos esses indivíduos têm um transtorno mental. Diversos aspectos podem ser importantes no processo de avaliação. A própria ectoscopia pode fornecer ao médico pistas diagnósticas. Por exemplo, alterações no septo nasal, lesões cutâneas indicadoras de uso de seringas injetáveis ou hálito etílico podem sugerir abuso de substâncias psicoativas. Deve-se determinar se os episódios de agressividade são recorrentes.

O completo exame do estado mental deve ser realizado. Alguns elementos-chave são notáveis, como o conteúdo do pensamento, a orientação, a determinação do nível de consciência e a sensopercepção. A presença de vozes alucinatórias que comentam o comportamento do paciente pode sugerir um quadro de esquizofrenia. A presença de alucinações visuais pode ser indicativa de uma síndrome cerebral orgânica, e a de alucinações táteis

pode indicar um quadro de *delirium tremens*. O rebaixamento do nível de consciência pode indicar um quadro de *delirium* associado a uma condição médica geral. Recomenda-se que os sinais vitais sejam verificados, além de um exame físico sumário. Ocasionalmente, podem ser solicitados exames laboratoriais de rotina, além de *screening* toxicológico.

Vários transtornos mentais podem estar associados a quadros de agitação ao longo da vida (Quadro 5.1). De modo especial, sempre se deve considerar as seguintes possibilidades:

- **Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas** (incluindo *delirium*) – deve-se sempre considerar a possibilidade de intoxicação (mais comuns por álcool e/ou estimulantes) ou abstinência (álcool, benzodiazepínicos ou estimulantes). Tal distinção pode indicar o tipo de tratamento farmacológico a ser inicialmente empregado.
- **Transtornos relacionados a uma condição médica geral ou doença neuropsiquiátrica** (incluindo *delirium*, demência, trauma craniocéfálico e lesões parenquimatosas cerebrais).

Deve-se ter em mente que as diversas possíveis causas de comportamento agitado e/ou violento não são excludentes.

Estimativa do risco de violência

Conforme mencionado, além do diagnóstico correto, um passo importante da avaliação de pacientes agitados consiste na estimativa do risco de violência. Uma história pregressa de violência é notavelmente um fator de risco. Homens têm risco maior para atos violentos.^{11,12} Abuso de álcool e/ou drogas é um fator consistentemente de risco encontrado na literatura. Fatores de risco genéticos também têm sido descritos; duas metanálises recentes, por exemplo, implicam o polimorfismo Val158Met do gene da catecol-O-metiltransferase (COMT) no comportamento violento em indivíduos com esquizofrenia.^{13,14} O Quadro 5.2 traz uma lista dos fatores de risco associados a comportamento violento.

MANEJO

O manejo de pacientes com quadros de agitação aguda tem alguns objetivos principais.

QUADRO 5.1

Diagnóstico diferencial do comportamento agitado

Transtornos mentais

Distúrbios neuropsiquiátricos

Condições médicas gerais

Esquizofrenia	Demências (Alzheimer, Pick, hidrocefalia de pressão normal)	Distúrbios metabólicos (p. ex., hipoglicemia, distúrbios hidreletrolíticos)
Episódios maníacos/mistos	Acidentes vasculares cerebrais	Endocrinopatias (p. ex., Cushing, tireoidopatias)
Transtornos da personalidade	Infecções do sistema nervoso central (herpes, sífilis, HIV, meningites e encefalites)	Doenças infecciosas
Abuso de substâncias psicoativas	Tumores (lobos frontal e temporal)	Doenças inflamatórias (p. ex., lúpus eritematoso sistêmico)
Transtornos da conduta e desafiador de oposição	Doença de Huntington	Deficiências vitamínicas (p. ex., B12, folato, tiamina)
Retardo mental	Traumatismo craneoencefálico	Encefalopatias hepática e urêmica
<i>Delirium</i>	Estados ictais, interictais, pós-ictais	Exposição ambiental (p. ex., inseticidas organofosforados, metais pesados)



PRINCIPAIS OBJETIVOS DO MANEJO DE PACIENTES COM AGITAÇÃO AGUDA

- Reduzir o sofrimento do paciente: psicológico ou físico (p. ex., por autoagressão ou acidentes).
- Reduzir o risco de dano a terceiros (incluindo o médico e a equipe de saúde) por meio da manutenção de um ambiente seguro.
- Ajudar o paciente a manejar suas emoções e seu comportamento, bem como a readquirir controle sobre seu comportamento.
- Evitar danos ao paciente (prescrever medicamentos seguros e monitorar a saúde física).

Há relativa escassez de evidências sistemáticas que informem a eficácia e a efetividade das diversas medidas para o tratamento de pacientes

QUADRO 5.2

Fatores de risco para comportamento violento

Sociodemográficos – Sexo masculino, idade entre 15 e 24 anos, baixo nível social e educacional, pobre rede de apoio social

História prévia – Comportamento violento, história de internação psiquiátrica, encarceramento prévio, abuso de substâncias, pobre modelo parental, história de abuso

Genéticos – Alelo Met 158 da COMT

Diagnósticos – Síndrome cerebral orgânica, transtorno da personalidade antissocial, esquizofrenia, comorbidade com transtornos por uso de substâncias

Manifestações clínicas – Alucinações auditivas de comando, déficit no controle de impulsos, traços psicopáticos, juízo crítico pobre, baixo escore de quociente de inteligência (QI), baixa adesão terapêutica

Psicológicos – Baixa tolerância a frustração, desinibição, impulsividade e raiva, buscadores impulsivos de sensações, déficit de função executiva

agitados. As atuais diretrizes são baseadas em consensos de especialistas, mas é observada notável variação nas condutas adotadas nos diferentes serviços de emergência.¹⁵

O manejo de pacientes agitados inclui estratégias terapêuticas coercivas e medidas não coercivas. A administração involuntária de medicamentos e contenção/reclusão são exemplos de medidas coercivas.¹⁶ Os pacientes consideram tais medidas traumáticas, tanto do ponto de vista físico como do psicológico.¹⁷ Notavelmente, a contenção física apresenta implicações médico-legais claras em alguns países, como, por exemplo, nos Estados Unidos.¹⁶ Além disso, tais medidas podem comprometer a integridade da relação médico-paciente. Dessa forma, o manejo ambiental e comportamental, bem como técnicas de desescalamento verbal devem ser priorizados no manejo da agitação aguda.² Atualmente, medidas de contenção são reservadas para casos em que estratégias não coercivas se mostrem ineficazes ou quando a prevenção imediata da integridade do paciente ou de terceiros se faça necessária. A manutenção de uma boa relação médico-paciente, fundamentada na empatia, é uma das prioridades no manejo da agitação aguda.

Medidas não coercivas

O tratamento não coercivo da agitação aguda baseia-se em intervenções precoces e orientadas que objetivam desescalonar o quadro comportamental. O clínico deve estabelecer uma boa e empática relação médico-paciente. Sempre que possível, o paciente deve ser informado e consentir com as diversas intervenções. O ambiente deve ser tranquilo e seguro para todos os presentes. Uma revisão da literatura identificou 10 domínios que devem ser considerados para um adequado desescalamento verbal.³ As diversas intervenções comportamentais e ambientais, bem como as técnicas de desescalamento verbal, estão resumidas no Quadro 5.3.

Medidas coercivas

As medidas de contenção consistem na utilização de meios físicos ou farmacoterápicos para o controle comportamental do paciente agitado com reassseguramento da segurança e da integridade do paciente e de terceiros. Tais medidas devem ser utilizadas apenas quando técnicas não coercivas se

QUADRO 5.3

Medidas não coercivas de tratamento do paciente agitado

Intervenções comportamentais e ambientais

- Implementação de protocolos e rotinas para o manejo de pacientes agitados e/ou violentos.
- Treinamento constante e reciclagem dos membros da equipe que presta cuidados.
- Disponibilidade de uma equipe de segurança.
- Remoção de objetos que possam ser utilizados como armas.
- O paciente e o clínico devem estar em posição que permita a ambos alcançar a porta, que deve estar aberta.
- Remoção ao máximo de estímulos externos.
- Redução do tempo de espera para consulta.

Desescalamento verbal

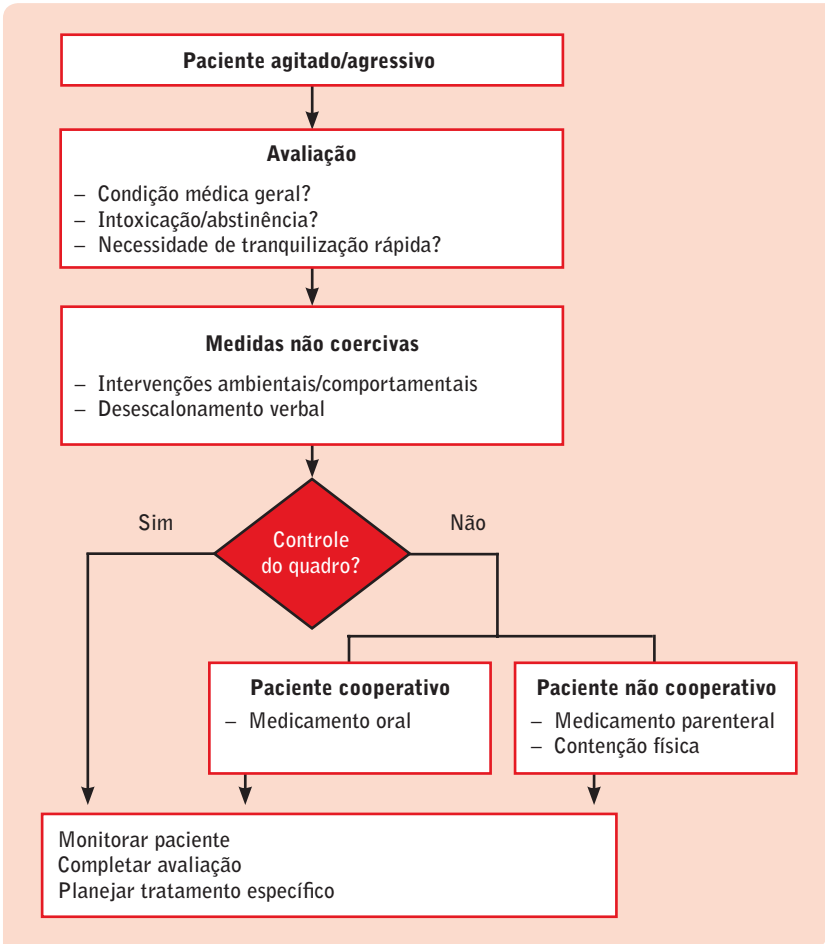
- Respeito ao espaço pessoal do paciente.
- Não ser provocativo.
- Estabelecimento de contato verbal.
- Concisão.
- Identificação de desejos e sentimentos do paciente.
- Escuta cuidadosa.
- Concordar ou "concordar para discordar"
- Estabelecimento de limites claros.
- Oferta de escolhas e demonstração de otimismo.
- Diálogo de modo coeso com o paciente e a equipe.

mostrarem ineficazes ou na eventualidade de risco imediato à integridade do paciente ou da equipe de saúde (Fig. 5.1).

Contenção física

Existem duas modalidades de contenção física: a contenção mecânica e a reclusão.¹⁵ A reclusão consiste em isolar o paciente em um ambiente calmo e seguro, geralmente uma sala com proteção nas paredes e no solo. A contenção mecânica é uma medida de uso corriqueiro e eficaz quando bem utilizada e indicada.

Alguns aspectos devem ser levados em consideração para que de fato a contenção física seja eficaz em controlar a agressividade do paciente.

**FIGURA 5.1**

Algoritmo para manejo do paciente agitado e/ou agressivo.

Farmacoterapia

O tratamento farmacológico da agitação aguda objetiva o controle comportamental do quadro, comumente referido na literatura científica como



ASPECTOS A CONSIDERAR PARA UMA CONTENÇÃO FÍSICA EFICAZ NO CONTROLE DA AGRESSIVIDADE DO PACIENTE

- A contenção mecânica deve ser realizada por uma equipe de cinco membros treinados. Apenas o médico assistente conversa com o paciente. Algumas vezes é necessária a colocação de uma faixa torácica após a imobilização dos membros.
- As faixas de contenção devem ser de material resistente.
- O diálogo com o paciente deve ser claro, e este deve ser informado do procedimento em curso.
- O paciente deve ser contido em decúbito dorsal com a cabeça levemente elevada. Deve-se assegurar que a posição dos membros superiores permita acesso venoso.
- O paciente deve sempre ser revistado em busca de armas ou drogas.
- Deve-se monitorar o nível de consciência e os parâmetros vitais.
- Após adequado controle comportamental, as faixas devem ser retiradas.
- Pode ser necessária rápida tranquilização farmacológica do paciente, mesmo após a contenção mecânica.

“tranquilização rápida”.^{1,18} Os fármacos mais utilizados no manejo da agitação/agressividade são os antipsicóticos típicos, os benzodiazepínicos e os antipsicóticos atípicos.¹ Deve-se dar preferência ao uso de medicamentos orais, pois essa opção pode facilitar a relação do paciente com a equipe durante a continuidade dos cuidados, além de aumentar o número de opções terapêuticas.^{1,16} O uso inalatório de antipsicóticos para o tratamento da agitação aguda pode ser uma boa perspectiva.¹⁹

Deve-se ter em mente que o processo de avaliação inicial pode influenciar o tipo de fármaco a ser utilizado.¹ Por exemplo, em casos de *delirium tremens*, pode-se inicialmente prescrever um benzodiazepínico. Em casos de intoxicação por estimulantes, pode-se considerar o uso de um benzodiazepínico, pois é possível que antipsicóticos diminuam o limiar convulsivo. Já em um paciente intoxicado pelo álcool, deve-se dar preferência a um antipsicótico.

Antipsicóticos típicos

Os antipsicóticos são os medicamentos mais utilizados para tratar quadros agudos de agressividade, devido a sua ação rápida para acalmar o pacien-

te, o que costuma ocorrer antes da diminuição dos sintomas psicóticos. Pelo fácil acesso e pela grande experiência acumulada, os antipsicóticos de primeira geração costumam ser as primeiras opções farmacológicas, com destaque para o haloperidol, que pode ser associado à prometazina injetável, como é comumente utilizado no Brasil e na Índia.^{20,21} Devido ao fato de o haloperidol ser um antipsicótico de alta potência, o bloqueio dopaminérgico D2 por ele realizado é proporcionalmente maior que o dos antipsicóticos de baixa potência, interferindo menos nos demais neurorreceptores e acarretando menos efeitos sedativos e anticolinérgicos. Huf e colaboradores²² argumentam que a associação com prometazina apresenta vantagens em relação à sedação e à redução da frequência de distonia aguda, efeito colateral que ocorre em até 5% dos pacientes que utilizam haloperidol IM (para manejo dos sintomas extrapiramidais, ver Cap. 10).^{22,23} Em recente revisão, Powney e colaboradores²⁴ reafirmaram a eficácia do haloperidol e as vantagens já citadas da associação com prometazina. Esses autores demonstraram haver poucas evidências sobre a associação com benzodiazepínicos e sobre possíveis vantagens dos antipsicóticos atípicos, quanto ao tratamento da agitação, em relação ao haloperidol. Há risco de aumento do intervalo QT com o uso EV do haloperidol. Especificamente, o aumento médio do intervalo QTc após 10 mg, IM, de haloperidol é da ordem de 15 ms, mas a variação é ampla.²⁵ Quatro amplos estudos randomizados e controlados, os ensaios TREC (da sigla em inglês para “tranquilização rápida para pacientes agitados/agressivos em emergências psiquiátricas”), pesquisaram a efetividade do haloperidol IM em pacientes agudamente agitados na “vida real” e concluíram que:

- o midazolam IM, 7,5-15 mg, foi mais rapidamente sedativo que a combinação de haloperidol 5-10 mg e prometazina 50 mg (TREC 1);¹⁸
- a combinação de haloperidol 10 mg e prometazina 25-50 mg teve a mesma efetividade aguda que olanzapina 10 mg, mas o efeito da combinação foi mais duradouro (TREC 4);²¹
- a combinação de haloperidol 5-10 mg e prometazina 50 mg foi mais efetiva e mais bem tolerada que o uso isolado de haloperidol 5-10 mg (TREC 3);²⁰
- a combinação de haloperidol 10 mg e prometazina 25-50 mg foi mais efetiva que lorazepam 4 mg IM (TREC 2).²⁶

A clorpromazina, antipsicótico típico de baixa potência, é outra opção para acalmar rapidamente pacientes agitados, sobretudo por seu perfil mais sedativo. Uma revisão sistemática recente identificou um único ensaio clínico randomizado comparando a clorpromazina com o haloperidol e evi-

denciou eficácia semelhante.²⁷ Entretanto, o uso de clorpromazina IM está associado a hipotensão súbita, além de a importantes efeitos anticolinérgicos, o que pode ser especialmente problemático para pacientes idosos e/ou com *delirium*.²⁷

Antipsicóticos atípicos

Os antipsicóticos atípicos podem ser uma alternativa ao uso do haloperidol. Esses compostos têm a vantagem de acarretar menor risco de efeitos adversos extrapiramidais, entretanto têm maior custo e são indisponíveis em alguns serviços.²³

Conforme mencionado, o uso oral desses fármacos deve ser priorizado inicialmente. A Tabela 5.1 apresenta alguns dos fármacos mais utilizados no tratamento da agitação aguda. No Brasil, estão disponíveis formulações IM de olanzapina e ziprasidona para tratamento da agitação aguda. De modo similar ao haloperidol, essas substâncias, mais notadamente a ziprasidona, podem aumentar o intervalo QTc. Os sinais vitais dos pacientes devem ser monitorados cuidadosamente após o uso parenteral desses fármacos. Os antipsicóticos atípicos podem ter eficácia similar à do haloperidol.²⁸

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são úteis no manejo da agitação aguda. Entre eles, o lorazepam é a escolha mais frequente. A literatura norte-americana faz constante menção ao uso de lorazepam IM.¹ Esse fármaco tem rápida e completa absorção após administração IM, apresentando meia-vida de eliminação de 12 a 15 horas e tempo de ação de 8 a 10 horas. O lorazepam não é metabolizado por enzimas do sistema citocromo P450 e tem, portanto, baixo potencial para interação medicamentosa.

O uso intramuscular de midazolam é efetivo para o tratamento da agitação aguda. Entretanto, a duração de seu efeito é curta (1 a 2 horas). Já o diazepam tem absorção errática pela via IM e apresenta metabólitos ativos de meia-vida longa. Em casos refratários, o uso endovenoso (EV) de diazepam pode ser necessário. Entretanto, deve-se monitorar os sinais vitais do paciente, pois há risco potencial para depressão respiratória. Especificamente, se a frequência respiratória estiver $< 10/\text{min}$, o uso de flumazenil é indicado.

TABELA 5.1

Medicamentos recomendados para o tratamento da agitação aguda

	Dose inicial (mg)	T _{máx} *	Repetir	Dose máxima, 24 h (mg)
Medicamentos orais				
Risperidona	2	1h	2h	6
Olanzapina	10	6h	2h	20
Haloperidol [§]	5	30-60min	15min	20
Lorazepam	2	20-30min	2h	12
Medicamentos IM				
Ziprasidona	10-20	15min	10mg a cada 2 h ou 20mg a cada 4h	40
Olanzapina	10	15-45min	20min	30
Aripiprazol	9,75	1h	2h	30
Haloperidol [§]	5	30-60min	15min	20
Lorazepam	2	20-30min	2h	12
Medicamentos EV				
Diazepam [#]	10	Imediato	5-10min	30
Haloperidol [‡]	2-5	Imediato	4h	10

* Tempo para o pico plasmático.

§ Apresenta maior risco de efeitos extrapiramidais que os outros fármacos. Considerar uso concomitante de prometazina 25 mg via oral ou prometazina 25-50 mg IM.

Ter disponível flumazenil EV para a reversão de possível depressão respiratória induzida por benzodiazepínico.

‡ Uso de haloperidol EV está associado a prolongamento de intervalo QTc no eletrocardiograma. Se possível, evitar. Utilizar menor dose e considerar monitoramento cardíaco. IM, intramuscular; EV, endovenoso.

Continuação dos cuidados

Após a tranquilização do paciente, o médico deve aprimorar a coleta de informações deste e de familiares no intuito de estabelecer uma hipótese diagnóstica mais provável, que deve ser alvo de um tratamento mais específico. Deve-se orientar o paciente para que se afaste de fatores ambientais que possam ter precipitado o quadro. Pode-se encaminhá-lo para tratamento em um *setting* mais específico (p. ex., um serviço de reabilitação para dependentes químicos). O monitoramento terapêutico e a continuidade dos

cuidados são essenciais para a saúde do paciente e para a prevenção de novos episódios de agitação e/ou agressividade.

REFERÊNCIAS

1. Newman WJ. Psychopharmacologic management of aggression. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35(4):957-72.
2. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):17-25.
3. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Management agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32 Suppl 2:S96-103.
4. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, Gordon JA, Magid DJ, Kaushal R, et al. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2008;15(12):1268-74.
5. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther.* 2010;32(3):403-25.
6. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA.* 2009;301(19):2016-23.
7. Selbæk GG, Engedal K, Bergh S. The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(3):161-9.
8. Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC, et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(2):170-7.
9. McNett M, Sarver W, Wilczewski P. The prevalence, treatment and outcomes of agitation among patients with brain injury admitted to acute care units. *Brain Inj.* 2012;26(9):1155-62.
10. Jaber S, Chanques G, Altairac C, Sebbane M, Vergne C, Perrigault PF, et al. A prospective study of agitation in a medical-surgical ICU: incidence, risk factors, and outcomes. *Chest.* 2005;128(4):2749-57.
11. Singh JP, Grann M, Lichtenstein P, Långström N, Fazel S. A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: developing a stepped strategy in 13,806 discharged patients. *PLoS ONE.* 2012;7(2):e31727.
12. Yu R, Geddes JR, Fazel S. Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *J Pers Disord.* 2012;26(5):775-92.
13. Singh JP, Volavka J, Czobor P, Van Dorn RA. A meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia. *PLoS ONE.* 2012;7(8):e43423.
14. Bhakta SG, Zhang JP, Malhotra AK. The COMT Met158 allele and violence in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2012;140(1-3):192-7.

15. Chan EW, Taylor DM, Knott JC, Kong DC. Variation in the management of hypothetical cases of acute agitation in Australasian emergency departments. *Emerg Med Australas*. 2011;23(1):23-32.
16. Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):35-40.
17. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1123-33.
18. TREC Collaborative Group. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2003;327(7417):708-13.
19. Citrome L. Inhaled loxapine for agitation revisited: focus on effect sizes from 2 Phase III randomised controlled trials in persons with schizophrenia or bipolar disorder. *Int J Clin Prac*. 2012;66(3):318-25.
20. Huf G, Coutinho ES, Adams CE. Rapid tranquilization in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomized controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2007;335(7625):869.
21. Raveendran NS, Tharyan P, Alexander J, Adams CE. Rapid tranquilization in psychiatric emergency settings in India: pragmatic randomized controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2007;335(7625):865.
22. Huf G, Coutinho ES, Adams CE. Haloperidol plus promethazine for agitated patients: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(3):265-70.
23. Satterthwaite TD, Wolf DH, Rosenheck RA, Gur RE, Caroff SN. A meta-analysis of the risk of acute extrapyramidal symptoms with intramuscular antipsychotics for the treatment of agitation. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(12):1869-79.
24. Powney MJ, Adams CE, Jones H. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquilization). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11):CD009377.
25. Miceli JJ, Tensfeldt TG, Shiovitz T, Anziano RJ, O'Gorman C, Harrigan RH. Effects of high-dose ziprasidone and haloperidol on the QTc interval after intramuscular administration: a randomized, single-blind, parallel-group study in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Clin Ther*. 2010;32(3):472-91.
26. Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquilization of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomized trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry*. 2004;185:63-9.
27. Ahmed U, Jones H, Adams CE. Chlorpromazine for psychosis induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(4):CD007445.
28. Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(1):30-9.

6

INTOXICAÇÃO E EFEITOS ADVERSOS GRAVES DOS PSICOFÁRMACOS

Debora M. Miranda
Antônio Alvim-Soares
Alexandre Guimarães de Almeida Barros
Marco A. Romano-Silva

As duas formas mais comuns de emergência psiquiátrica são a agitação psicomotora e o comportamento autodestrutivo ou, em casos extremos, tentativa de suicídio. Esses dois últimos respondem por até 15% das emergências. Uma forma comum de tentativa de suicídio é o uso intencional e excessivo de medicamentos. O risco de suicídio e a agitação psicomotora são tratados em capítulo específico no livro, porém, neste capítulo, são medidas de urgência e emergência realizadas em caso de uso excessivo de medicamentos e também medidas adotadas em situações nas quais há efeitos colaterais graves durante o uso de medicamentos utilizados na clínica psiquiátrica.

REAÇÕES CUTÂNEAS INDUZIDAS POR FÁRMACOS

Reações adversas com apresentação cutânea afetam 2 a 3% dos pacientes hospitalizados, e as apresentações são muito variáveis quanto a forma e gravidade. Entre as formas de apresentação estão o eritema multiforme

(EM), a síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a necrólise epidérmica tóxica (NET). O EM é uma doença mucocutânea na qual pode haver ou não comprometimento de mucosa, podendo se manifestar de forma autolimitada e com envolvimento mínimo até de forma progressiva e grave cursando com extensa necrose mucocutânea. Caracteriza-se por lesões-alvo com distribuição acral limitada, envolvimento discreto de mucosa e pouca febre.

Tanto a SSJ quanto a NET são entidades raras, na maior parte das vezes associadas com uso de medicamentos e que cursam com alta taxa de mortalidade. A SSJ é caracterizada de início por febre, mal-estar e mialgia, os quais precedem o aparecimento de erupções maculares e manchas, eritematosas ou purpúricas, que podem progredir para descamação da epiderme, de até 10% da superfície corporal, incluindo, na maior parte das vezes, duas ou mais superfícies mucosas.¹ Os fármacos são os agentes causadores na maioria dos casos.^{1,2} Os medicamentos considerados de alto risco são sulfonamidas, alopurinol, certos antiepiléticos, nevirapina e medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) do tipo oxicam. Entre os fármacos de uso psiquiátrico, merecem destaque carbamazepina, valproato, fenitoína, fenobarbital e lamotrigina. A incidência relatada tem sido entre 1 e 7 casos por milhão de pessoas por ano.³ O diagnóstico da SSJ é essencialmente clínico, e a confirmação é feita pela biópsia de pele.^{2,4}

A NET caracteriza-se por febre elevada, sinais de toxicidade sistêmica e esfoliação mucocutânea intensa. A lesão é muito dolorosa e extremamente variável de paciente para paciente, mas acomete conjuntivas, orofaringe e uretra. Tanto na SSJ quanto na NET a complicação mais grave, porque é frequentemente fatal, é a infecção devido à ruptura da barreira de proteção. O tratamento baseia-se na contenção do processo, sendo dois os princípios básicos: remoção do agente agressor e administração de cuidados de suporte, de preferência em uma unidade de queimados. Não há tratamento universalmente aceito.^{3,5} Apesar da falta de dados definitivos e de estudos controlados, uma revisão recente⁵ sugere que corticosteroides e imunoglobulinas endovenosas (EV) têm tendência a apresentar resultados positivos na SSJ.

ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS

Inúmeras alterações hematológicas podem ser encontradas na prática psiquiátrica, como leucopenia, neutropenia, agranulocitose, trombocitopenia, anemia, além de leucocitose, trombocitose, eosinofilia e alterações na agregação plaquetária.

Ainda que diversos fármacos possam causar discrasias sanguíneas (Quadro 6.1), os efeitos colaterais hematológicos graves constituem even-

QUADRO 6.1

Principais efeitos hematológicos dos fármacos psiquiátricos

Classe	Fármaco	Efeito
APG	Clorpromazina	Agranulocitose, anemia (aplásica, hemolítica), eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia
	Flufenazina	Agranulocitose, eosinofilia, pancitopenia, leucocitose, neutropenia, trombocitopenia
	Haloperidol	Agranulocitose, leucocitose, neutropenia, linfomonocitose, alterações nos índices hematimétricos
	Tioridazina	Agranulocitose, neutropenia, trombocitopenia
ASG	Clozapina	Agranulocitose, anemia, eosinofilia, leucocitose, neutropenia, linfopenia, trombocitopenia, trombocitose
	Olanzapina	Agranulocitose, neutropenia, leucocitose, trombocitopenia
	Quetiapina	Agranulocitose, púrpura trombocitopênica trombótica
	Risperidona	Agranulocitose, anemia, leucocitose, neutropenia, trombocitopenia
	Ziprasidona	Agranulocitose, neutropenia
ADT	Amitriptilina	Agranulocitose, eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia
	Nortriptilina	Agranulocitose, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia
	Imipramina	Depressão da medula óssea, incluindo agranulocitose, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia
	Clomipramina	Agranulocitose, neutropenia, pancitopenia, trombocitopenia
IMAO	Tranilcipromina	Agranulocitose, anemia, neutropenia, trombocitopenia
ISRS	Citalopram	Anemia, alterações na agregação plaquetária, leucocitose, neutropenia

(*Continua*)

QUADRO 6.1

Principais efeitos hematológicos dos fármacos psiquiátricos (*continuação*)

Classe	Fármaco	Efeito
ISRS	Fluoxetina	CIVD, alterações na agregação plaquetária
	Fluvoxamina	Alterações na agregação plaquetária
	Paroxetina	Casos raros de púrpura, alterações na agregação plaquetária
	Sertralina	Anemia, alterações na agregação plaquetária, trombocitopenia
BZD	Clonazepam	Anemia, eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia
	Diazepam	Agranulocitose, anemia, pancitopenia, alterações na agregação plaquetária
	Lorazepam	Neutropenia
DAE	Carbamazepina	Agranulocitose, anemia, eosinofilia, leucocitose, leucopenia, aplasia da série eritrocítica, trombocitopenia
	Lamotrigina	Anemia, pancitopenia, trombocitopenia, aplasia da série eritrocítica
	Valproato	Anemia, neutropenia, trombocitopenia, aplasia da série eritrocítica
Outros	Lítio	Leucocitose, leucemia, trombocitose
	Mirtazapina	Agranulocitose, anemia, neutropenia, pancitopenia, trombocitopenia
	Trazodona	Anemia, leucocitose, neutropenia
	Venlafaxina	Anemia, leucocitose, neutropenia

APG, antipsicóticos de primeira geração; ASG, antipsicóticos de segunda geração; ADT, antidepressivos tricíclicos; IMAO, inibidor da monoaminoxidase; ISRS, inibidores seletivos da recaptação de serotonina; CIVD, coagulação intravascular disseminada; BZD, benzodiazepínicos; DAE, drogas antiepiléticas.

tos adversos relativamente raros, com cerca de 1 a 2 casos por ano, por 100 mil pacientes.⁶ Os mecanismos incluem efeitos tóxicos diretos sobre a medula óssea, formação de anticorpos contra precursores hematopoiéticos ou mesmo a destruição periférica das células.

Entre os medicamentos utilizados em psiquiatria, os antipsicóticos, incluindo a clozapina (com risco de agranulocitose em torno de 0,8%, predominantemente no primeiro ano de tratamento) e fenotiazinas (clorpromazina, com risco de agranulocitose de 0,13%), assim como substâncias antiepiléticas (carbamazepina, com risco de neutropenia de cerca de 0,5%), são os agentes mais comumente relacionados a neutropenia e agranulocitose.⁷

A agranulocitose é a discrasia sanguínea induzida por fármacos mais importante, com mortalidade estimada em 5 a 10%. Dessa forma, a presença de febre ou de qualquer outro sinal de infecção em um paciente em uso de medicações psiquiátricas exige atenção especial.^{6,7} O tratamento agressivo com agentes antimicrobianos de largo espectro e fatores estimuladores de medula óssea pode ser necessário.

INTOXICAÇÃO POR CARBAMAZEPINA E ÁCIDO VALPROICO

A intoxicação por carbamazepina deve ser considerada sempre que um paciente apresentar sintomas cerebelares, depressão do sistema nervoso central (SNC), sinais de síndrome anticolinérgica e história de uso de carbamazepina. Número de comprimidos, tempo de ingestão, dose e formulação disponível são informações importantes na definição de conduta e prognóstico. Farmacologicamente, a carbamazepina interage com múltiplos receptores e canais iônicos; seu efeito terapêutico resulta da sua ligação aos canais de sódio em sua forma inativada. O bloqueio desses canais pode gerar toxicidade cardiovascular, como prolongamento do intervalo QRS, arritmias ventriculares e hipotensão. A carbamazepina tem um efeito paradoxal em receptores de adenosina; em doses terapêuticas, inibe a recaptação de adenosina, modulando a transmissão glutamatérgica, enquanto em *overdose* resulta em um efeito pró-convulsivante, não sendo incomum a ocorrência de crises convulsivas. A absorção da carbamazepina é errática e pode ser prolongada, com possibilidade de picos em até 96 horas após a ingestão. O metabolismo é hepático e realizado pelo CYP450.

Clinicamente, hipoglicemia, meningite e encefalite, *status epilepticus*, encefalopatia hepática, hemorragia subaracnóidea e acidente vascular cerebral (AVC) podem ser causados por *overdose* de carbamazepina. Acompanhamento laboratorial de glicemia, teste de gravidez, testes de função hepática e creatinofosfoquinase (CPK) devem ser solicitados à admissão e acompanhados de acordo com a gravidade do paciente. Exames de imagem para exclusão de diagnósticos diferenciais e complicações de

vem ser realizados. Múltiplas doses de carvão ativado podem ser úteis no tratamento, tanto para minimizar a absorção quanto para aumentar a eliminação, desde que haja trânsito intestinal regular, condição exigida para instituição desse tratamento. O restante do tratamento é suportivo, com manutenção de vias aéreas e infusão de líquidos isotônicos, em casos de rebaixamento do nível de consciência e hipotensão, respectivamente.

A intoxicação por ácido valproico, em geral, provoca depressão do SNC, variando de torpor leve a edema cerebral, que pode ser causa de morte. O surgimento e a progressão da depressão do SNC são rápidos, mas podem ser tardios caso tenha sido feita ingestão de formas de liberação lentas. O paciente deve ser monitorado continuamente quanto à possibilidade de curso de hipotensão, taquicardia, hipertermia e depressão do SNC. Hiperamonemia, acidose metabólica, hiperosmolaridade, hipernatremia e hipocalcemia podem acontecer. Entre as manifestações clínicas gastrintestinais, são encontrados: náusea, vômito, diarreia e hepatite medicamentosa. No SNC, podem ser verificados, além de flutuação no nível de consciência, miose, agitação, tremores e mioclonia. E, apesar de raros, ainda podem acontecer: febre, alucinação, bloqueio cardiovascular, pancreatite, alopecia, trombocitopenia, anemia, edema cerebral, convulsões, atrofia do nervo óptico e insuficiência respiratória aguda. Diferentemente da intoxicação por fenitoína e carbamazepina, nistagmo, disartria e ataxia não costumam ser encontrados. Os níveis séricos de ácido valproico devem ser obtidos de forma seriada até apresentar curso decrescente do nível sérico. Entre os exames laboratoriais, são necessários: glicemia, nível sérico de acetaminofeno e salicilato, eletrocardiograma (ECG), teste de gravidez, ionograma (sódio, cálcio, bicarbonato e cloro), prova de função hepática, concentração de amônia sérica e plaquetas. O tratamento é baseado em suporte; naloxona e carnitina podem ser úteis para reversão dos quadros mais graves. O carvão ativado deve ser indicado em doses seriadas por reduzir a absorção gastrintestinal, assim como a hemodiálise pode ser necessária em alguns casos.

INTOXICAÇÃO POR TRICÍCLICOS E TETRACÍCLICOS

A farmacodinâmica dos antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos (ADTs) envolve inibição dos transportadores de serotonina e noradrenalina, antagonismo de receptores muscarínicos centrais e periféricos, antagonismo dos receptores alfa-1 adrenérgicos periféricos, antagonismo dos receptores histaminérgicos tipo 1 e GABA_A, assim como o bloqueio dos canais de sódio no coração. Os ADTs são prontamente absorvidos no trato gastrintestinal (TGI), atingindo pico de concentração plasmática entre 2 e 8 horas.

Entretanto, em *overdose*, o antagonismo muscarínico reduz a motilidade do TGI, prolongando o tempo de pico plasmático. São fármacos lipofílicos, com grande volume de distribuição e extensa ligação a proteínas plasmáticas, o que limita as tentativas de diurese forçada e diálise. Os ADTs são metabolizados no fígado pelo sistema microsomal. A meia-vida dos fármacos é variável (7 a 58 horas), e grande parte é excretada como metabólito inativo pelos rins. Parte é eliminada pelo sistema biliar; a circulação entero-hepática pode prolongar a eliminação de parte dos fármacos.

A intoxicação por ADTs é potencialmente fatal. O quadro clínico inclui sintomas centrais, como sedação, confusão mental, *delirium*, convulsões, coma e alucinações. Observam-se, ainda, 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. Os pacientes intoxicados por ADTs devem ser monitorados com ECGs sequenciais para avaliação de comprometimento cardíaco. Os achados eletrocardiográficos indicativos de cardiotoxicidade incluem: alargamento do QRS (principal; > 100 msec), prolongamento do intervalo PR e QT, bloqueio atrioventricular e intraventricular (especialmente do ramo direito). A patogênese dessas alterações está no bloqueio dos canais de sódio do sistema de condução His-Purkinje e dos miócitos pelos ADTs. A taquicardia sinusal é reflexo dos efeitos anticolinérgicos e da irregularidade hemodinâmica presente no quadro.

Aproximadamente 4% dos pacientes com casos de intoxicação irão desenvolver taquiarritmias ventriculares (taquicardia ventricular e fibrilação ventricular). A principal causa de mortalidade na intoxicação por ADTs é a hipotensão refratária; entre os mecanismos responsáveis pela hipotensão estão a redução da contratilidade miocárdica e o bloqueio alfa-1 adrenérgico periférico (vasodilatação). Alterações do estado mental são comuns durante a intoxicação (sedação, obnubilação, coma, *delirium*). Observam-se, também, crises convulsivas, provavelmente por bloqueio dos receptores GABA_A.

Os exames laboratoriais objetivam o estabelecimento do diagnóstico e da gravidade da intoxicação. Sugerem-se ECG, revisão eletrolítica, ácido-básica, e glicemia capilar. A medição da concentração plasmática dos ADTs tem valor terapêutico e prognóstico limitado.

O tratamento envolve avaliações repetidas e suporte avançado à vida. Estabilização das vias aéreas e administração de oxigênio suplementar, se necessário, são uma constante entre pacientes intoxicados. A hipotensão deve ser tratada com infusão de cristaloides e, se refratária, com terapia vasopressora com adrenalina. As anormalidades de condução cardíaca devem ser prontamente abordadas; bicarbonato de sódio (dose inicial de 1

a 2 mEq/kg, EV, rápido) para QRS > 100 msec ou arritmia ventricular é o antiarrítmico de escolha. Procedese a descontaminação gastrointestinal somente após 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 contraindicado nessa situação.

INTOXICAÇÃO POR LÍLIO

Costuma-se classificar as intoxicações por lítio em aguda, aguda em tratamento crônico e crônica. A primeira ocorre em indivíduos que não estão em tratamento com sais de lítio (nos casos de ingestão acidental ou tentativas de suicídio). A segunda ocorre após a administração de dose elevada de lítio em paciente que já o utilizava. Já a intoxicação crônica se dá naqueles pacientes em uso de lítio e que apresentam aumentos graduais na litemia, seja por insuficiência renal, desidratação, incrementos de doses e uso de medicações, como diuréticos e anti-inflamatórios.⁸ Pacientes idosos são especialmente vulneráveis à toxicidade do lítio, em virtude de uma menor taxa de filtração glomerular e menor volume de distribuição (secundário à redução da massa corporal magra e da água corporal total).

Após a administração oral, o lítio é rápida e completamente absorvido pelo TGI. O pico plasmático é atingido em cerca de 1 a 2 horas após ingestão terapêutica de produtos de liberação imediata, e de 4 a 6 horas no caso das formulações de liberação sustentada. Na fase inicial do tratamento, tremor, sede excessiva, náuseas, diarreia, dor epigástrica, fraqueza muscular e fadiga são sintomas comuns e responsáveis por baixa adesão ao tratamento. Os sintomas associados à intoxicação leve por lítio incluem, além dos citados, letargia e vertigem. A intoxicação moderada, por sua vez, inclui sintomas como confusão mental, nistagmo, disartria, ataxia, mioclonias e alterações no ECG, ao passo que a intoxicação grave caracteriza-se por estupor, convulsões e hiper-reflexia, podendo levar ao óbito (Quadro 6.2).^{9,10}

É importante ressaltar que, muitas vezes, a litemia não se correlaciona com a gravidade dos sinais clínicos de toxicidade, sobretudo devido à lenta penetração do lítio no SNC. Dessa forma, o tratamento deverá se basear nas manifestações clínicas, e não somente nos níveis séricos do fármaco.

O tratamento da intoxicação por lítio consiste na administração de fluidos endovenosos, para manutenção da taxa de filtração glomerular; e reposição da perda hídrica, descontaminação gastrointestinal e hemodiálise, nos casos de toxicidade grave.

QUADRO 6.2

Toxicidade por lítio

Órgãos e sistemas	Toxicidade			
	Aguda			Crônica
	Leve	Moderada	Grave	
Neurológico	Tremor fino Apatia Fadiga Fraqueza muscular Hiper-reflexia	Tremor grosseiro Disartria Zumbido Ataxia Hipertonia Mioclonia	Estupor Convulsões Coma Fasciculações Espasticidade Rigidez Coreoatetose Paresia Paralisia	SILENT Déficits cognitivos Parkinsonismo Psicose Alterações cerebelares
Gastrintestinal	Náuseas Vômitos Diarreia	Náuseas Vômitos Diarreia	Náuseas Vômitos Diarreia	Raros
Cardiovascular	Alterações em onda T e segmento ST Defeitos na condução interventricular	Alterações em onda T e segmento ST Defeitos na condução interventricular	Choque cardiogênico	Miocardite
Renal			Insuficiência renal aguda	Nefrite túbulo-intersticial, diabetes insipido nefrogênico, IRC
Tireoide				Bócio Hipotireoidismo

IRC, insuficiência renal crônica; SILENT, *Syndrome of Irreversible Lithium-Effectuated Neurotoxicity*.

O emprego de solução de polietilenoglicol (PEG) para irrigação intestinal pode ser eficaz em pacientes assintomáticos após ingestão aguda

elevada ou em casos de ingestão de preparações de liberação lenta. As doses empregadas variam de 500 mL a 2 L por hora, administradas até que o efluente retal esteja claro. As contraindicações para o emprego da irrigação intestinal incluem obstrução mecânica, íleo paralítico, perfuração e sangramento gastrointestinal, além de sintomas neurológicos proeminentes. O uso de carvão ativado não é recomendado.

Em virtude de seu baixo peso molecular, baixo volume de distribuição e pouca ligação às proteínas plasmáticas, o lítio é facilmente dialisável, o que torna a hemodiálise o tratamento de escolha para casos graves de toxicidade por lítio. Deve-se atentar para o fato de que as concentrações de lítio nos líquidos intra e extracelulares equilibram-se de forma lenta, o que pode levar a uma elevação compensatória dos níveis séricos de lítio após o término da hemodiálise. Dessa forma, recomenda-se que a litemia seja novamente mensurada cerca de 6 horas após a hemodiálise, para confirmação (Quadro 6.3).¹¹

HIPONATREMIA

A hiponatremia é definida como a concentração sérica de sódio abaixo de 135 mEq/L (valor de referência 135-145 mEq/L). Na maioria dos pacien-

QUADRO 6.3

Manejo da intoxicação aguda por lítio

- Avaliar e estabilizar vias aéreas, respiração e circulação (ABC)
- Iniciar hidratação endovenosa com uma solução salina isotônica, dependendo da função cardíaca do paciente
- Monitorar rigorosamente o sódio sérico em pacientes com diabetes insípido nefrogênico
- Proceder irrigação intestinal com solução de polietilenoglicol (PEG)*
- Realizar hemodiálise se:
 - Litemia ≥ 4 mEq/L, independentemente do estado clínico do paciente
 - Litemia $\geq 2,5$ mEq/L e o paciente apresentar sintomas de toxicidade por lítio (i.e., convulsões, rebaixamento de consciência), insuficiência renal ou se sofrer de uma doença que seria agravada por administração agressiva de fluidos endovenosos (i.e., insuficiência cardíaca)

* Contraindicado em pacientes letárgicos ou com rebaixamento do nível de consciência.

Fonte: Perrone e Chatterjee.⁹

tes, a queda no sódio sérico está associada à redução da osmolalidade plasmática (< 275 mosmol/kg). Entre as causas de hiponatremia relevantes em psiquiatria, estão a polidipsia primária e o uso terapêutico de medicamentos psicotrópicos, sendo este o mais relevante. Algumas características da hiponatremia induzida por medicamentos incluem: frequentemente ser normovolêmica (síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético – SSIADH); risco maior no início do tratamento (primeiras semanas); ocorrer independentemente da dose; a normalização do sódio acontecer em algumas semanas após a suspensão do medicamento. Fatores de risco são: idade avançada, sexo feminino, insuficiência renal; presença de comorbidades e polifarmácia.

Os principais fármacos psicotrópicos associados à hiponatremia são antipsicóticos (de primeira e segunda geração), antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e atípicos, inibidores da recaptação de serotonina (ISRSs), estabilizadores do humor e anticonvulsivantes (lítio, carbamazepina, ácido valproico, gabapentina e lamotrigina), benzodiazepínicos (lorazepam, alprazolam, clonazepam, etc.) e opioides.

O quadro clínico e laboratorial reflete a SSIADH. As características incluem: hiponatremia hipotônica euvolêmica, ureia e creatinina normais, concentração sérica de ácido úrico baixa e urina concentrada (sódio urinário > 20 mEq/L). A história clínica deve explorar as medicações em uso pelo paciente, o estado volêmico, metabólico, a presença de transtornos psiquiátricos, de hipotireoidismo, insuficiência suprarrenal, infecções, etc. As manifestações clínicas da hiponatremia ocorrem principalmente quando a queda na concentração do sódio sérico é aguda. O gradiente osmótico formado favorece o deslocamento de água para dentro das células, causando edema cerebral. O quadro clínico apresenta-se com fraqueza, adinamia, fadiga, náusea e vômitos, mal-estar, sonolência, cefaleia, obnubilação e confusão mental, coma e convulsões. A gravidade do quadro está relacionada à intensidade da hiponatremia. Caso a adaptação cerebral, por meio da redução da osmolaridade do meio intracelular, seja eficaz, é possível o desenvolvimento de quadro de hiponatremia crônica assintomática, embora sintomas inespecíficos possam ocorrer (fadiga, náusea, vertigem, distúrbios de marcha, letargia). Os exames laboratoriais incluem o sódio sérico e urinário, glicemia (descartar pseudo-hiponatremia) e ureia (cálculo da tonicidade). O encontro de hiponatremia com urina diluída aponta para polidipsia primária como etiologia do quadro.

O tratamento da hiponatremia inclui suporte clínico, tratamento da causa, suspensão de medicação causadora e correção do sódio sérico. A correção da natremia é feita de forma lenta, para evitar o desenvolvimento da síndrome de desmielinização osmótica (mielinólise pontina central), condição extremamente grave. A variação máxima do sódio sérico deve

ser de 0,5 a 1 mEq/L/hora ou 12 mEq em 24 horas. Deve-se usar soluções hipertônicas na correção apenas quando houver sinais e sintomas neurológicos proeminentes, caso contrário, apenas o tratamento da causa corrigirá a natremia. No tratamento da SSIADH, pode ser necessária a associação de diurético de alça para evitar a excreção do sódio infundido e retenção de água, o que piora o quadro.

Fórmula para cálculo da variação estimada do sódio sérico após infusão de 1 litro de solução parenteral: variação estimada do sódio = (sódio na infusão – sódio do paciente)/água corporal total + 1. Água corporal total = peso (kg) x 0,6 (homem jovem) x 0,5 (homem idoso e mulher jovem) x 0,45 (mulher idosa).

ARRITMIAS CARDÍACAS

Bradiarritmias

As bradiarritmias são arritmias cardíacas com frequência cardíaca (FC) absoluta baixa (FC < 60 batimentos por minuto [bpm]) ou inadequadamente baixa (condições em que se esperam frequências aumentadas). A patogênese relaciona-se a alterações eletrofisiológicas causadas pelos psicotrópicos (p. ex., bloqueio de canais iônicos), as quais resultam em atrasos no sistema de condução cardíaco. As bradiarritmias estão associadas, sobretudo, ao uso de antidepressivos tricíclicos (bloqueio dos canais rápidos de sódio).

O quadro clínico é composto por tonturas, síncope, confusão mental, atividades motoras espontâneas, dor torácica e dispneia. Pode ocorrer morte súbita. Ressalta-se que a bradiarritmia pode estar presente, mas os sintomas clínicos serem decorrentes de outro aspecto da intoxicação. No exame, são importantes a mensuração da pressão arterial, dos pulsos, a ausculta cardíaca e pulmonar, o exame neurológico, a história de uso de medicações, de morbidades e de sinais periféricos de baixo fluxo. Eletrocardiograma de 12 derivações deve ser obtido nos pacientes estáveis. Se houver sinais ou sintomas de instabilidade, o paciente deve ser monitorado (FC, pressão arterial [PA], ECG contínuo, oximetria), com início imediato da abordagem terapêutica. A análise do ECG e a classificação da arritmia envolvem a análise da presença de onda P, do intervalo PR, da relação entre ondas P e QRS e da presença de bloqueios de ramo ou suas divisões.

- **Bradicardia sinusal:** ritmo cardíaco normal, com ondas P sinusais, sempre acompanhadas de QRS.

- **Bloqueio atrioventricular (BAV) de 1º grau:** uma onda P para cada QRS, intervalo PR alargado (> 200 msec).
- **Bloqueio atrioventricular de 2º grau:** algumas ondas P seguidas de QRS, e outras, não. BAV de 2º grau Mobitz I (Wenckebach): aumento progressivo do intervalo PR até que ocorre uma falha de condução (QRS não precedido de onda P). BAV de 2º grau Mobitz II: as ondas P podem ou não ser conduzidas (QRS precedido ou não de onda P), e o intervalo PR, se presente, é constante.
- **Bloqueio atrioventricular de 3º grau ou total:** dissociação entre a despolarização atrial e ventricular; não há correlação entre ondas P (despolarização atrial) e QRS (despolarização ventricular).

As formas graves de bradiarritmia são representadas pelo BAV de 2º grau Mobitz II e BAV total. A alteração da condução cardíaca pelos antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, nortriptilina) é dose-dependente, ocorrendo tanto em doses terapêuticas como nas intoxicações. Na maioria dos pacientes, os atrasos na condução cardíaca pelos antidepressivos tricíclicos não são graves (bradicardia sinusal, BAV de 1º grau, etc.) e não repercutem no quadro clínico. Entretanto, bloqueios mais graves podem ocorrer, principalmente em pacientes com alterações prévias no sistema de condução (bloqueio de ramo [QRS > 12 msec], lesão do sistema de condução, etc.). Ainda, marca-passos ventriculares emergentes (ECG: ritmo idioventricular) podem ser suprimidos, causando assistolia e parada cardiorrespiratória.

Nos pacientes estáveis, não há necessidade de elevação da frequência cardíaca imediatamente, devendo-se monitorar o paciente e avaliá-lo para possível troca da medicação causadora do quadro. Nas bradiarritmias instáveis (choque, hipotensão, má perfusão periférica, alteração do nível de consciência, angina, dispneia), deve-se monitorar o paciente, estabelecer acesso venoso e disponibilizar oxigênio. Inicia-se a terapêutica na seguinte ordem: atropina 0,5 mg, EV, a cada 3 a 5 minutos (máx. de 3 mg), marca-passo transcutâneo ou dopamina (2 a 10 microg/min) ou adrenalina (2 a 10 microg/min). Estabilizada a frequência cardíaca, avalia-se continuamente o ECG. Se um BAV avançado (Mobitz II ou BAV total) aparecer, programar a passagem do marca-passo transvenoso pela menor probabilidade de reversão do quadro. Na ausência de um BAV de grau avançado, manter a medida que controlou o quadro clínico e abordar a intoxicação medicamentosa.

Taquiarritmias

As taquiarritmias são alterações do ritmo cardíaco caracterizadas por frequência cardíaca alta (FC > 100 bpm). Ocorrem pelo aumento do automa-

tismo de determinado grupo de células cardíacas que assumem o controle da despolarização cardíaca ou por mecanismo de reentrada. Estão associadas ao uso de antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos e lítio.

Os pacientes podem apresentar tonturas, mal-estar, angústia, síncope, dispneia, dor torácica, palpitação e hipotensão. A história clínica deve avaliar a presença de comorbidades, uso de medicações, drogas ilícitas, e o exame físico deve envolver medição da pressão arterial, do pulso, avaliação neurológica e ausculta cardíaca e pulmonar. O paciente instável (apresentando choque, hipotensão, alteração do nível de consciência, angina, dispneia) deve ser estabilizado imediatamente, e a história e o exame físico, realizados ao mesmo tempo ou logo que possível. No paciente sem critérios de instabilidade, obtém-se um ECG de 12 derivações para classificação da arritmia e terapêutica. Outros exames dependerão do quadro clínico do paciente. As taquicardias de complexo largo, definidas como QRS > 12 msec, potencialmente fatais, com probabilidade de degenerar para fibrilação ventricular, são a taquicardia ventricular (TV) monomórfica e a TV polimórfica. A TV polimórfica irregular pode estar associada a *torsades de pointes* (TdP) se existe aumento do intervalo QT. As taquiarritmias englobam vários padrões de ritmo, sendo primordial estabelecer se a arritmia é estável ou instável. No quadro instável, inicia-se imediatamente o tratamento com cardioversão sincronizada. No paciente estável, se o QRS é estreito (< 12 msec), utilizam-se manobras vagais, adenosina, betabloqueador ou bloqueador de canal de cálcio para tentar reduzir a frequência. Se o QRS é largo (> 12 msec), pode ser usado antiarrítmico (amiodarona).

Eletrcardiograma em padrão de Brugada

A síndrome de Brugada consiste em características clínicas (história familiar de morte súbita, síncope, fibrilação ventricular, TV polimórfica) e eletrocardiográficas específicas (padrão no ECG de bloqueio de ramo direito com elevações do segmento ST de V1 a V3). Em pacientes sem as características clínicas, a presença das alterações eletrocardiográficas é chamada de ECG em padrão de Brugada, e os pacientes podem apresentar morte súbita. Aqueles em uso de antidepressivos tricíclicos, fluoxetina e neurolépticos podem apresentar as alterações de Brugada no ECG.

Prolongamento do intervalo QT/*Torsades de pointes*

O intervalo QT vai do início do complexo QRS ao fim da onda T e representa fenômenos elétricos ventriculares (QTc: intervalo QT corrigido pela fre-

quência cardíaca/VN: < 430-450 msec). Um intervalo QT prolongado (> 450-470 msec) está associado ao desenvolvimento de taquicardias ventriculares e *torsades de pointes*. Ressalta-se que isso é mais frequente caso existam anormalidades eletrolíticas, cardíacas congênitas, no sexo feminino, em idade > 65 anos e caso existam bradiarritmias. Vários fármacos estão associados ao prolongamento do intervalo QT, entre eles antidepressivos (tricíclicos, fluoxetina, citalopram) e antipsicóticos (tioridazina, ziprasidona, clozapina). A patogênese envolve o bloqueio de canais de potássio repolarizantes, o qual altera a eletrofisiologia dos miócitos. Para pacientes com o QTc > 500 msec, deve-se considerar substituição da medicação e consulta com cardiologista. Caso TdP ou outra taquicardia ventricular ocorra, deve-se suspender o uso da medicação e fazer o suporte clínico adequado.

SÍNDROMES TARDIAS – DISCINESIA TARDIA

As síndromes tardias (STs) 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 orobucolinguais, associados a movimentos dos dedos.¹²

Por definição, os sintomas estão presentes por um período mínimo de quatro semanas e se desenvolvem 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, história de uso de medicamentos neurolépticos por pelo menos três meses (ou um mês, em indivíduos com mais de 60 anos).¹³

A fisiopatologia ainda não foi completamente elucidada. As teorias mais aceitas sugerem que a exposição crônica a neurolépticos resulta em uma combinação de hipersensibilidade dos receptores de dopamina pós-sinápticos, anormalidades em neurônios GABAérgicos estriatais e degeneração de interneurônios colinérgicos estriatais. Além disso, o bloqueio crônico com neurolépticos pode resultar em aumento da expressão dos receptores D2 e aumento da sensibilidade dos receptores dopaminérgicos (Quadro 6.4).

Além de outras condições médicas, a DT deve ser distinguida das estereotipias e dos maneirismos psicóticos associados a esquizofrenia, autismo e retardo mental grave (Quadro 6.5).

QUADRO 6.4

Fatores de risco para o desenvolvimento das síndromes tardias

Idade avançada*
Sexo feminino
População afrodescendente
Uso de APG
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 SEP

* Para distonia tardia, quanto mais jovem o indivíduo, maior o risco.
APG, antipsicóticos de primeira geração; HIV, vírus da imunodeficiência humana; SEP, sintomas extrapiramidais.

QUADRO 6.5

Diagnóstico diferencial das síndromes tardias

1. Discinesia tardia
 - a) Doença de Huntington
 - b) Degeneração hepatolenticular
 - c) Edentulismo
 - d) Sequela de AVC
 - e) Quadros coreiformes
 - f) Discinesia induzida por fármacos
 - i. Levodopa
 - ii. ADTs
 - iii. ISRSs
 - iv. ISRSNs
 - v. Lítio
 - vi. Fenitoína

(Continua)

QUADRO 6.5

Diagnóstico diferencial das síndromes tardias (*continuação*)

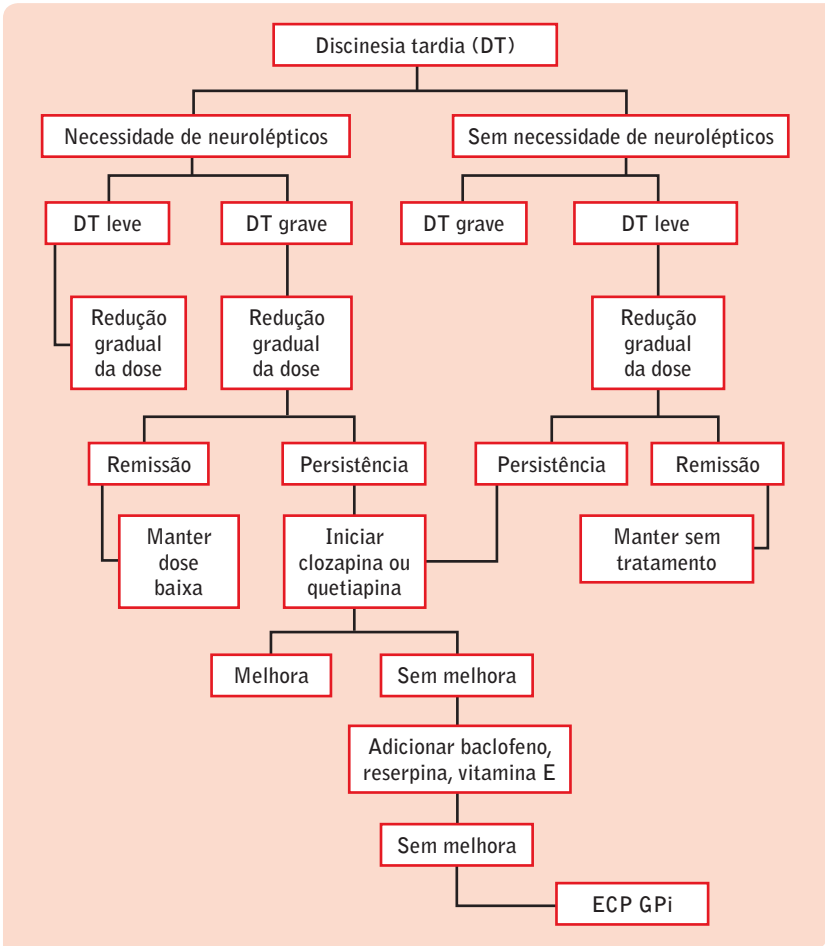
2. Distonias tardias
 - a) Distonia primária
 - b) Distonias degenerativas – i.e., Doença de Wilson
 - c) Distonia secundária
3. Tremor
 - a) Tremor essencial
 - b) Tremor cerebelar
 - c) Tremor idiopático
 - d) Parkinsonismo

AVC, acidente vascular cerebral; ADT, antidepressivos tricíclicos; ISRS, inibidores seletivos da recaptação de serotonina; ISRSN, inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina.

Sendo, por definição, a DT um quadro iatrogênico, o melhor tratamento é a prevenção. Uma vez diagnosticada, a suspensão ou redução da dose do fármaco causador deve ser considerada seriamente. A Figura 6.1 propõe um algoritmo para o tratamento da DT. Sabe-se que a exposição crônica a neurolépticos associa-se a aumento do *turn-over* de dopamina no cérebro, levando à produção de radicais livres citotóxicos. Apesar disso, o uso de vitamina E (1.600 mg/dia) e de outros antioxidantes, como a melatonina, a vitamina B6 ou o ácido eicosapentaenoico, não teve eficácia comprovada no tratamento das ST.

CRISE HIPERTENSIVA

A crise hipertensiva é uma condição clínica potencialmente fatal, definida como uma elevação grave na pressão arterial, com níveis de PA diastólica maiores que 120 a 130 mmHg. Entretanto, determinados grupos podem desenvolver lesões agudas em órgãos-alvo com níveis pressóricos mais baixos (gestantes, indivíduos com glomerulopatias agudas), enquanto outros toleram níveis mais altos (hipertensos crônicos). Assim, o valor absoluto isolado da PA assume papel secundário no raciocínio clínico. A crise hipertensiva é classificada em emergência ou urgência hipertensiva com base na presença ou ausência de lesão aguda em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins e retina).

**FIGURA 6.1**

Algoritmo para tratamento da discinesia tardia.

ECP = Estimulação cerebral profunda, GPI = Globo pálido interno

A emergência hipertensiva consiste na elevação da PA associada a lesão aguda, em evolução, de órgãos-alvo, com risco iminente de perda irreversível do órgão e/ou morte. Em geral, é necessário internação para monitoração e administração de agentes anti-hipertensivos parenterais. Apresenta-se clinicamente como encefalopatia hipertensiva, dissecação agu-

da de aorta, edema agudo de pulmão, hemorragias intracranianas (subaracnóidea, intraparenquimatosa), síndromes coronarianas agudas, eclâmpsia, insuficiência renal aguda (hipertensão acelerada-maligna).

O uso de inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) em conjunto a dieta rica em tiramina (vinhos, queijos, chocolate, cerveja, etc.) ou fármacos simpaticomiméticos pode desencadear crise adrenérgica grave com emergência hipertensiva. Crises adrenérgicas graves também são possíveis com o uso de cocaína, anfetaminas, metoclopramida, bem como durante a retirada da clonidina.

As urgências hipertensivas consistem em elevação da PA em pacientes com grande risco de evoluir para – mas ainda sem – lesão aguda de órgãos-alvo. São pacientes que evoluirão para lesão aguda e progressiva dos órgãos-alvo se a PA não for controlada.

Deve-se colher história e exame físico sucintos, objetivando a distinção entre os dois tipos de crise hipertensiva, porque a emergência hipertensiva é abordada imediatamente. Pesquisam-se história de hipertensão, gestação e pré-eclâmpsia, existência de lesão prévia em órgão-alvo (insuficiência cardíaca, doença coronariana, insuficiência renal crônica, etc.), uso de medicações ou substâncias (atenção especial nesse item no paciente psiquiátrico). A PA deve ser aferida nos dois braços. Observa-se a presença de sinais e sintomas aludindo o comprometimento de órgãos-alvo. Exemplos incluem dor torácica (isquemia miocárdica, dissecação de aorta), dor lombar, pulsos assimétricos, medidas de PA expressivamente diferentes nos dois braços, massas pulsáteis, sopros cardíacos e abdominais (dissecação aguda de aorta), dispneia, taquipneia, crepitações pulmonares, terceira bulha (insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão), alterações no nível de consciência, sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões, distúrbios visuais, fundoscopia alterada, náuseas e vômitos (encefalopatia hipertensiva, hemorragia intracraniana, eclâmpsia), etc. Os exames complementares serão ditados pelo quadro clínico, lembrando sempre que nos pacientes com quadro emergencial claro deve-se dar prioridade a intervenção terapêutica imediata.

Nos diagnósticos diferenciais, a pseudocrise hipertensiva tem especial relevância em psiquiatria. Caracteriza-se pela elevação da PA associada a descarga adrenérgica (transtornos de ansiedade, medo, cefaleia, dor, etc.), mas sem comprometimento agudo ou crônico de órgãos-alvo. A terapêutica envolve o tratamento da condição principal (ansiolíticos, analgésicos), não se prescrevendo medicação anti-hipertensiva. O tratamento do quadro hipertensivo depende da avaliação e do diagnóstico inicial. Pacientes com quadros menos intensos, com queixas como cefaleia, ansiedade, tontura e/ou dores inespecíficas, devem ser cuidadosamente avaliados para exclusão de lesão aguda em órgãos-alvo ou de risco aumentado de desenvolvê-las.

Aqueles com esse risco devem ser manejados com anti-hipertensivos orais e redução da PA em 24 a 48 horas.

A terapêutica na emergência hipertensiva envolve redução da PA e controle dos distúrbios clínicos presentes. Os pacientes são internados, e, se possível, pode ser utilizada monitoração invasiva. Reduz-se a PA em 20 a 25% da PA média inicial, não diminuindo a diastólica para menos de 100 a 110 mmHg, na primeira hora. Os medicamentos utilizados são os anti-hipertensivos parenterais: nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, hidralazina, emolol, metoprolol ou propranolol.

SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA

A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma emergência médica, potencialmente fatal, com incidência de 0,02 a 2,44%, associada ao uso de agentes neurolépticos. Trata-se de uma síndrome clínica caracterizada por rigidez muscular, hipertermia, disautonomia e alterações no estado mental, não sendo específica de qualquer diagnóstico neuropsiquiátrico.

Embora os mecanismos fisiopatológicos precisos da SNM não sejam conhecidos, o bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2, com depleção aguda de dopamina, provavelmente desempenha um papel crucial. A atividade noradrenérgica central também parece relacionar-se à doença, já que sintomas de hiperatividade simpática estão presentes na fase ativa da SNM (Tab. 6.1).

A SNM é associada com mais frequência a fármacos antipsicóticos de primeira geração (APG) de alta potência. No entanto, APG de baixa potência e os de segunda geração (ASG), assim como as substâncias antieméticas (i.e., metoclopramida, prometazina), os antidepressivos e o lítio, também podem levar a quadros de SNM. Os sintomas geralmente se desenvolvem durante as duas primeiras semanas após o início ou o aumento da terapia com antipsicóticos. Ainda que não seja um quadro dose-dependente, doses mais elevadas constituem um fator de risco, assim como aumento recente ou rápido das doses, troca de agentes, sexo masculino e administração parenteral.

Em geral, os pacientes recuperam-se em 7 a 11 dias. Constituem fatores de risco para um curso prolongado uso de antipsicóticos de depósito e doença cerebral estrutural concomitante.¹⁴ A maioria dos pacientes recupera-se sem sequelas neurológicas, exceto nos casos em que há hipoxia grave ou hipertermia por período prolongado. Como diagnóstico diferencial, devem ser excluídas meningite, encefalite, infecções sistêmicas, insolação e disautonomias induzidas por drogas (Tab. 6.2 e Quadro 6.6).

TABELA 6.1*International Consensus Study of Neuroleptic Malignant Syndrome*

Critério diagnóstico	Pontuação
Exposição a antagonista de dopamina ou retirada de agonista dopaminérgico, nas últimas 72 horas	20
Hipertermia (> 38° C em pelo menos duas medidas, por via oral)	18
Rigidez	17
Alteração do estado mental (rebaixamento do nível ou flutuações de consciência)	13
Elevação de CPK (ao menos 4 vezes o valor de referência)	10
Labilidade do sistema nervoso simpático, definida como pelo menos dois dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ■ Elevação da pressão arterial (sistólica ou diastólica ≥ 25% acima dos valores basais) ■ Flutuação da pressão arterial (variação ≥ 20 mmHg na pressão diastólica ou ≥ 25 mmHg na pressão sistólica, no prazo de 24 horas) ■ Diaforese ■ Incontinência urinária 	10
Hipermetabolismo (aumento da frequência cardíaca ≥ 25% acima dos valores basais) e aumento da frequência respiratória (≥ 50% acima dos valores basais)	5
Exclusão de causas infecciosas, tóxicas, metabólicas ou neurológicas	7
Total	100

Cada item recebe uma pontuação para sua importância relativa ao diagnóstico.

Fonte: Gurrera e colaboradores.¹⁴

O tratamento envolve a descontinuação do fármaco causador da síndrome. Medidas de suporte são indicadas conforme a necessidade de reposição de líquidos e eletrólitos, redução da febre e suporte das funções cardíaca, respiratória e renal. Caso a CPK esteja muito elevada, a administração vigorosa de fluidos EV e a alcalinização da urina são necessárias para prevenir a insuficiência renal causada pela rabdomiólise.

Benzodiazepínicos, administrados por via oral ou parenteral, podem amenizar os sintomas e acelerar a recuperação, particularmente em casos mais leves de SNM. São indicados também para o tratamento da agitação

TABELA 6.2
Diagnóstico diferencial da síndrome serotoninérgica

	História	Início dos sintomas	Sinais vitais	Características clínicas	Incidência
Síndrome anticolinérgica (SAC)	Uso de ADT, BPD, fenotiazinas ou outros agentes anticolinérgicos	< 12 h	Taquicardia, taquipneia, hipertermia (geralmente 39° C)	Boca seca, visão turva, midríase, rubor facial, agitação/ <i>delirium</i> , redução do peristaltismo, retenção urinária	Desconhecida
Hipertermia maligna (HIM)	Administração de anestésicos voláteis ou relaxantes musculares despolarizantes	30 min a 24 h	Hipertensão e instabilidade autonômica, taquicardia, taquipneia, hipertermia (até 46° C)	Diáforese, agitação, rigidez muscular, hiporreflexia, redução do peristaltismo, cianose, sudorese	Adultos: 1 em cada 50 mil anestésias Crianças: 1 em cada 15 mil anestésias Mortalidade: 6,5 a 16,9%
Síndrome neuroléptica maligna (SNM)	Uso de antagonistas de receptores D2 de dopamina	1 a 3 dias	Hipertensão e instabilidade autonômica, taquicardia, taquipneia, hipertermia (acima de 41° C)	Sialorreia, diáforese, palidez, estupor, mutismo, coma, bradirreflexia, peristaltismo normal ou reduzido, rigidez muscular	0,02 a 2,44% Mortalidade: 10% †
Síndrome serotoninérgica (SS)	Uso de agentes serotoninérgicos	< 12 h	Taquicardia, hipertensão, hipertermia (acima de 38° C)	Clônus, * hiper-reflexia, * tremor, * náuseas, midríase, aumento do peristaltismo, diarreia, dor abdominal, agitação, diáforese	Desconhecida Próxima a 18% em pacientes pós- <i>overdose</i> de ISRS Mortalidade: 0,2%

* Maior nas extremidades; † até 38% se uso de medicação de depósito.

ADT, antidepressivos tricíclicos; BPD, biperideno; ISRS, inibidores seletivos da recaptação de serotonina.
Fonte: Straw e colaboradores¹⁵ e Ables e Naguib¹⁶.

QUADRO 6.6

Diagnósticos diferenciais da síndrome neuroléptica maligna

Causas infecciosas

- Tétano
- Meningites ou encefalites
- Síndrome encefalomielítica pós-infecciosa
- Abscesso cerebral
- Sepsé
- Neurosífilis

Causas neuropsiquiátricas

- Vasculite do sistema nervoso central
- Síndrome de Shy–Drager
- Catatonia maligna idiopática
- *Delirium*
- Efeitos benignos extrapiramidais
- *Status epilepticus* não convulsivo
- Lesões estruturais, particularmente envolvendo o mesencéfalo
- Porfíria aguda
- Hidrocefalia aguda
- Encefalopatia hepática

Causas tóxicas ou farmacológicas

- Síndrome anticolinérgica
- Envenenamento por salicilato
- Hipertermia maligna
- Síndrome serotoninérgica
- Substâncias de abuso (anfetaminas, alucinógenos)
- Retirada de agonistas de dopamina, baclofeno, sedativo-hipnóticos e álcool

Causas endócrinas

- Tireotoxicose
- Feocromocitoma

Causas ambientais

- Choque térmico
- Envenenamento por estricnina

Fonte: Straw e colaboradores.¹⁵

psicomotora nesses pacientes. O uso da amantadina é iniciado com doses de 200 a 400 mg/dia, divididos em duas tomadas. Para a bromocriptina, emprega-se a dose inicial de 2,5 mg, por via oral, 2 ou 3 vezes ao dia, chegando-se a um máximo de 45 mg/dia, se necessário. Nos casos de elevações extremas da temperatura corporal, rigidez e hipermetabolismo, dantrolene parece ser a opção mais indicada, em doses que variam de 1 a 2,5 mg/kg, administradas inicialmente, e seguidas por doses de 1 mg/kg, a cada 6 horas. Cabe ressaltar que o uso de tais medicamentos na SNM ainda carece de mais evidências acerca de sua eficácia. Para casos resistentes, a eletroconvulsoterapia (ECT) pode ser utilizada com segurança, em um regime que inclui de 6 a 10 sessões.

SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS

Acatisia

Acatisia é a forma mais comum de sintoma extrapiramidal (SEP) e geralmente se apresenta como inquietação motora com uma vontade irresistível de mover-se e uma incapacidade de ficar parado. Com frequência, pode ser confundida com ansiedade ou aumento da agitação psicótica, resultando, por vezes, em aumento da dose do antipsicótico e consequente piora do quadro clínico. Relatos de prevalência variam amplamente, entre 20 e 75%.

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) dedica um capítulo ao tópico “Transtornos dos movimentos induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos dos medicamentos”.¹³ Nessa nova edição do *Manual*, a acatisia caracteriza-se por queixas subjetivas de inquietude, comumente acompanhadas de movimentos excessivos observados (p. ex., movimentos inquietos ou balançar de pernas, oscilar de um pé para outro quando está de pé, caminhar a esmo, incapacidade de ficar sentado ou permanecer quieto de pé). Tais sintomas ocorrem dentro de poucas semanas após o início ou o aumento de dose de um medicamento (p. ex., um neuroléptico) ou após a redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais.¹³

A redução da dose do antipsicótico, se possível, deve ser tentada em primeiro lugar. Caso a redução se mostre ineficaz, a adição de benzodiazepínicos é uma alternativa possível. Lorazepam deverá ser iniciado com 0,5 mg, por via oral, 2 vezes ao dia, dose que poderá ser aumentada até o máximo de 6 a 10 mg/dia, em caso de persistência dos sintomas.

Caso o benzodiazepínico se mostre ineficaz, o tratamento com beta-bloqueadores poderá ser uma opção. Recomenda-se o uso de propranolol na dose inicial de 10 mg, por via oral, 2 vezes ao dia. É possível chegar ao máximo de 60 mg, divididos em três tomadas diárias. Betabloqueadores são contraindicados em pacientes com doenças respiratórias, como asma brônquica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). A pressão arterial deve ser monitorada, pelo risco de hipotensão.

O uso de anticolinérgicos, como o biperideno (2 a 6 mg/dia), também pode ser útil. Os pacientes em uso desse medicamento devem ser monitorados para efeitos anticolinérgicos, incluindo boca seca, constipação, retenção urinária e queixas cognitivas.¹⁷

Parkinsonismo induzido por antipsicótico

O parkinsonismo induzido por antipsicótico é caracterizado pela presença de sinais ou sintomas parkinsonianos (i.e., tremor de repouso, rigidez muscular e bradicinesia) que se desenvolvem em associação com o uso de medicamentos neurolépticos.

Pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas deverá estar presente:

1. tremor parkinsoniano (i.e., um tremor amplo, rítmico e de repouso, com uma frequência entre 3 e 6 ciclos por segundo, afetando os membros, cabeça, boca ou língua),
2. rigidez muscular parkinsoniana (i.e., rigidez em roda dentada ou rigidez contínua),
3. acinesia (redução nas expressões faciais espontâneas, nos gestos, na fala ou nos movimentos corporais).

Os sinais ou sintomas iniciam-se em algumas semanas após o início ou aumento rápido da dose do neuroléptico ou após a redução ou suspensão de um medicamento que está sendo usado para tratar ou prevenir sintomas extrapiramidais agudos e não devem ser mais bem explicados por outro transtorno mental ou condição médica geral (doença de Parkinson, doença de Wilson) ou causados por uma medicação não neuroléptica.¹³

Pelo menos 50% dos pacientes ambulatoriais que recebem tratamento prolongado com neurolépticos desenvolvem alguns sinais ou sintomas parkinsonianos em algum momento durante o tratamento.

O tratamento consiste na redução da dose da medicação. Caso seja necessário, indica-se o uso de antiparkinsonianos. Como primeira escolha,

recomenda-se o uso de medicações anticolinérgicas, como o biperideno, 2 a 6 mg/dia, por via oral. Anticolinérgicos devem ser usados com cautela em pacientes com glaucoma ou quadros demenciais. Caso o paciente não tolere a medicação anticolinérgica, a amantadina pode ser tentada, em doses de 100 a 400 mg ao dia. Seus principais efeitos colaterais incluem hipotensão, agitação e piora do quadro psicótico. Em alguns casos, faz-se necessária a troca da medicação, preferencialmente ASG ou APG de baixa potência.¹⁸

O uso profilático de agentes antiparkinsonianos não costuma ser recomendado para a profilaxia do parkinsonismo induzido por neurolépticos.

Distonia aguda induzida por antipsicótico

Distonias agudas são contrações musculares involuntárias, breves ou prolongadas, que resultam em movimentos ou posturas anormais – torcicolo, protrusão da língua, crises oculógiras, opistótono – e em posturas distônicas do tronco e membros. Um tipo extremamente raro de distonia, laringospasmo, pode ser fatal. Fatores de risco para distonia incluem idade inferior a 30 anos, sexo masculino, uso de cocaína e história de quadro distônico prévio.

Segundo o DSM-5, um quadro de distonia aguda induzida por medicamento é caracterizado por contrações anormais e prolongadas da musculatura ocular (crise oculogírica), da cabeça, do pescoço (torcicolo ou retrocilo), de membros ou tronco, ocorrendo poucos dias após o início ou o aumento de dose de um medicamento (p. ex., um neuroléptico) ou após a redução da dose de um medicamento utilizado para a redução de sintomas extrapiramidais.¹³

O tratamento deverá ser instituído rapidamente com o uso de anticolinérgico por via intramuscular ou EV lenta (biperideno, 2 mg, repetidos a cada 30 minutos, até o máximo de 4 doses/dia). Às vezes, distonias mais leves podem ser tratadas com biperideno, 2 mg, 1 ou 2 vezes ao dia, por via oral. Após o tratamento da crise aguda, recomenda-se a mudança para um antipsicótico com menor propensão ao desenvolvimento de SEP.

Síndrome serotoninérgica

A síndrome serotoninérgica (SS) é definida como um excesso da atividade serotoninérgica no sistema nervoso central e periférico e consiste em uma

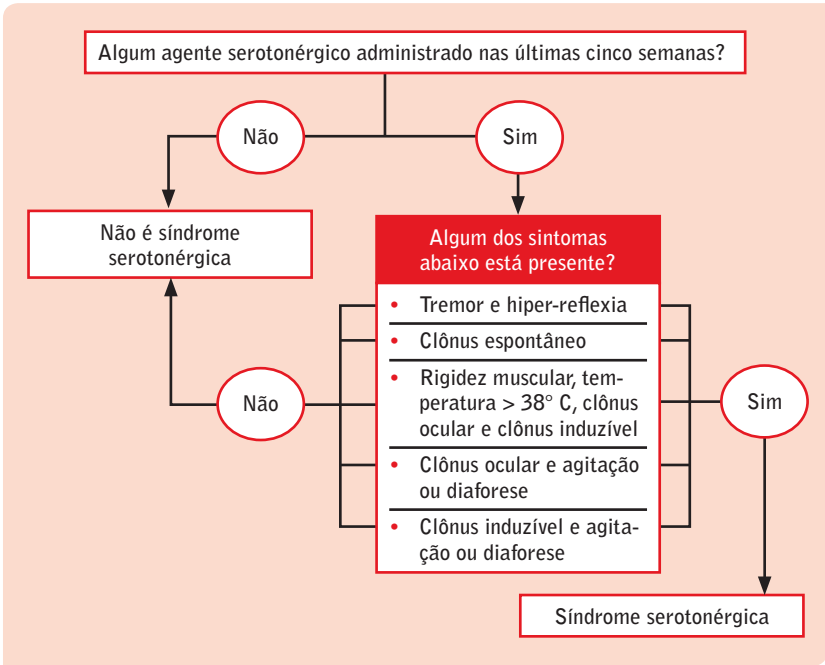
tríade clínica de alterações do estado mental, hiperatividade autonômica e anormalidades neuromusculares. A incidência da SS parece refletir o aumento do número de agentes serotoninérgicos que vêm sendo empregados na prática clínica. Todavia, uma estimativa epidemiológica da SS é difícil, uma vez que mais de 85% dos médicos desconhecem a SS como um diagnóstico clínico.¹⁹

A presença de tremor, clônus e acatisia sem outros sinais extrapiramidais deve levar o clínico a considerar o diagnóstico de SS, o que deve ser inferido a partir da história clínica do paciente e de exame físico (Fig. 6.2). Não há testes laboratoriais que confirmem o diagnóstico de SS, entretanto, podem ser encontradas leucocitose, elevação de CPK, creatinina e transaminases, bem como acidose metabólica. Entre os principais diagnósticos diferenciais, incluem-se síndrome anticolinérgica, hipertermia maligna e síndrome neuroléptica maligna. Outros diagnósticos a serem considerados são tétano, *overdose* de drogas simpaticomiméticas, meningite, encefalite, tempestade tireoidiana, *delirium tremens* e sepse.

O tratamento consiste em retirada dos fármacos precipitantes, suporte clínico, controle da agitação e ansiedade, além da administração de antagonistas 5-HT_{2A}. A infusão controlada de eletrólitos e líquidos (EV) é recomendada para manutenção da diurese acima de 50 a 100 mL/h, evitando-se mioglobinúria. O controle da agitação com benzodiazepínicos é parte importante do tratamento, além de aumentar a sobrevida em modelos animais.¹⁶ Casos mais graves podem exigir resfrição, ventilação mecânica, além do uso de anticonvulsivantes e anti-hipertensivos.

Mesmo sem eficácia estabelecida, a ciproeptadina e a clorpromazina têm sido utilizadas para o tratamento da SS. Recomenda-se a administração inicial de 12 mg de ciproeptadina, seguida da administração, caso os sintomas persistam, de 2 mg, a cada 2 horas, até um máximo de 32 mg em 24 horas. Caso a opção seja pelo uso da clorpromazina, 50 a 100 mg deverão ser aplicados por via intramuscular. Especial atenção deve ser dada ao risco de hipotensão advindo com o uso de tal fármaco. O uso de propranolol, bromocriptina e dantroleno não é recomendado.

A maior parte dos casos apresenta melhora em até 24 horas após a instituição da terapia e a suspensão dos fármacos com atividade serotoninérgica. Todavia, alguns sintomas podem persistir naqueles pacientes em uso de fármacos com meia-vida longa ou muitos metabólitos ativos. O prognóstico é geralmente bom, com baixa mortalidade.

**FIGURA 6.2**

Algoritmo para o diagnóstico de síndrome serotoninérgica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma especificidade da condição de urgência é a necessidade de rápida tomada de decisões e de intervenção imediata. A criação de protocolos nos serviços de psiquiatria, urgência psiquiátrica e clínica, o estabelecimento de rede de referência e contrarreferência e o treinamento do trabalho da equipe de saúde consistem em medidas que garantem o sucesso terapêutico.

Os quadros de intoxicação por uso excessivo de medicamentos requerem cuidados de sala de urgência ou emergência e são mais bem conduzidos em hospitais gerais com bom suporte clínico, equipe treinada em toxicologia e Centros de Terapia Intensiva para os casos que cursarem com maior gravidade. O médico psiquiatra deve estar treinado em reconhecer sintomas e potencial gravidade para efetuar as primeiras medidas e encaminhar o paciente para o serviço mais adequado e em tempo hábil. Já os efeitos colaterais graves secundários a uso crônico de medicações devem sempre ser avaliados de modo complementar pelo psiquiatra e pelo clínico geral de forma a minimizar os agravos clínicos e psiquiátricos potenciais.

REFERÊNCIAS

1. Roujeau J, Allanore L, Liss Y, Mockenhaupt M. Severe cutaneous adverse reactions to drugs (scar): definitions, diagnostic criteria, genetic predisposition. *Dermatologica Sinica*. 2009;27(4):203-9.
2. Harr T, French LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Orphanet J Rare Dis*. 2010;5:39.
3. Gerull R, Nelle M, Schaible T. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: a review. *Crit Care Med*. 2011;39(6):1521-32.
4. Worswick S, Cotliar J. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review of treatment options. *Dermatol Ther*. 2011;24(2):207-18.
5. Flanagan RJ, Dunk L. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23 Suppl 1:27-41.
6. Nooijen PMM, Carvalho F, Flanagan RJ. Haematological toxicity of clozapine and some other drugs used in psychiatry. *Hum Psychopharmacol*. 2011;26(2):112-9.
7. Timmer RT, Sands JM. Lithium intoxication. *J Am Soc Nephrol*. 1999;10(3):666-74.
8. Malhi GS, Tanious M. Optimal frequency of lithium administration in the treatment of bipolar disorder: clinical and dosing considerations. *CNS Drugs*. 2011;25(4):289-98.
9. Perrone J, Chatterjee P. Lithium poisoning [Internet]. Waltham: UpToDate; 2013 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/lithium-poisoning>.
10. McKnight RF, Adida M, Budge K, Stockton S, Goodwin GM, Geddes JR. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9817):721-8.
11. Bhidayasiri R, Boonyawairoj S. Spectrum of tardive syndromes: clinical recognition and management. *Postgrad Med J*. 2011;87(1024):132-41.
12. Ananth J, Aduri K, Parameswaran S, Gunatilake S. Neuroleptic malignant syndrome: risk factors, pathophysiology, and treatment. *Acta Neuropsych*. 2004;16(4):219-28.

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
14. Gurrera RJ, Caroff SN, Cohen A, Carroll BT, DeRoos F, Francis A, et al. An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(9):1222-8.
15. Strawn JR, Keck PE, Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):870-6.
16. Ables AZ, Nagubilli R. Prevention, recognition, and management of serotonin syndrome. *Am Fam Physician*. 2010;81(9):1139-42.
17. Morgan JC, Sethi KD. Drug-induced tremors. *Lancet Neurol*. 2005;4(12):866-76.
18. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. *N Engl J Med*. 2005;352(11):1112-20.
19. Nisijima K, Shioda K, Yoshino T, Takano K, Kato S. Diazepam and chlormethiazole attenuate the development of hyperthermia in an animal model of the serotonin syndrome. *Neurochem Int*. 2003;43(2):155-64.

7

EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS AO ÁLCOOL E A DROGAS DE ABUSO

André Malbergier
Ricardo Abrantes do Amaral

O uso de drogas, incluindo álcool e nicotina, altera tanto as funções como a estrutura do sistema nervoso central (SNC) e está entre os principais problemas de saúde pública no mundo. Além de comprometerem as estruturas cerebrais, as drogas podem levar a problemas psicológicos, interpessoais, sociais, ocupacionais e legais. Em todo o mundo, cerca de 2 bilhões de pessoas são consumidoras de álcool, enquanto 1,3 bilhão é fumante,¹ e em torno de 5% da população adulta em todo o mundo (cerca de 230 milhões de pessoas) usou substâncias ilícitas ao menos uma vez em 2010.² Independentemente do motivo de uso, nem todas as pessoas evoluem para um padrão problemático de uso ou apresentam condições agudas graves. No entanto, essas substâncias contribuem para 12,4% das mortes mundiais e para a perda de quase 9% dos anos de vida.¹

Além dos efeitos psicotrópicos dessas substâncias, é relevante considerar sua propensão ao prejuízo físico, ou seja, ao dano a órgãos e sistemas, o que envolve basicamente a toxicidade aguda e as alterações fisiológicas associadas.³ A toxicidade aguda de uma substância pode ser obtida a partir da razão entre a dose letal e a dose habitual e/ou terapêutica. No entanto, é preciso considerar a probabilidade de complicações em longo prazo, como a decorrente do uso repetido. Outro aspecto relevante quanto ao dano diz respeito à via de administração da substância, que pode ser um indicador

indireto de outros problemas ou riscos associados (p. ex., doenças infecto-contagiosas, não apenas pelo uso endovenoso [EV], mas também pelo uso compartilhado de parafernália que pode lesar a mucosa, como cachimbos).

Os motivos apresentados para o início do uso são vários, e o mais comum costuma ser o interesse por uma sensação prazerosa ou de euforia. Outros motivos podem envolver o desejo de sentir-se melhor, principalmente diante da presença de ansiedade, angústia, estresse ou depressão, por exemplo, ou para conseguir melhores resultados e desempenho. A curiosidade, a pressão dos colegas e a intenção de reproduzir uma imagem idealizada aparecem com mais frequência entre adolescentes.⁴

Existem fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e sociais ainda não totalmente esclarecidos que fazem o uso inicial (voluntário) transformar-se em uso frequente, problemático ou não. O sistema de recompensa, um complexo de estruturas cerebrais responsável por sensações prazerosas e, conseqüentemente, pelo aprendizado, pode gerar repetição de um comportamento. O principal neurotransmissor liberado nesse sistema é a dopamina, cuja quantidade e intensidade liberadas pelo uso de drogas são significativamente maiores que o liberado por “recompensadores naturais”, como sexo ou comida.⁴ Mesmo que o uso seja interrompido, persistem as memórias ligadas a ele, que, em um extremo, desencadeiam vontades intensas, as “fissuras”, que levam a um novo consumo e, com isso, ao restabelecimento rápido do padrão mal-adaptativo anterior.⁴

CONCEITOS

As substâncias psicoativas agem no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, enquanto as substâncias psicotrópicas, que têm os mesmos efeitos das anteriores, apresentam grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração.⁴ Neste capítulo, a referência geral às substâncias será feita pelo termo “droga”, que, segundo a Organização Mundial da Saúde, é toda entidade química ou mistura de entidades (mas não aquelas necessárias para a manutenção da saúde como, por exemplo, água e oxigênio) que altera a função biológica e possivelmente sua estrutura.²

Existem diversos padrões de uso de drogas. O modelo do *continuum* que relaciona a frequência e a intensidade do uso com os prejuízos parece ser o mais adequado para descrever o processo que culmina com a dependência à substância (Quadro 7.1).⁵ Ainda que o uso de qualquer droga não seja seguro, os riscos e os prejuízos aumentam com a progressão do uso.

QUADRO 7.1

Etapas envolvidas no *continuum* do uso de substâncias*

1. **Experimental:** uso inicial, infrequente e esporádico de uma determinada droga.
2. **Recreativa:** uso de determinada droga, em geral, em situações sociais ou de relaxamento.
3. **Uso frequente:** uso regular, não compulsivo, que não causa, obrigatoriamente, prejuízos significativos para o funcionamento do indivíduo.
4. **Uso nocivo/abuso:** uso continuado ou recorrente associado a algum prejuízo para o usuário, como problemas legais, físicos ou mentais.
5. **Dependência:** uso continuado que se caracteriza por aumentos na frequência, na quantidade, no tempo gasto na obtenção, uso e recuperação dos efeitos da droga, desejo de reduzir ou parar o consumo, problemas em diversas esferas da vida do indivíduo, uso impulsivo, tolerância e sintomas de abstinência. A dependência química é considerada uma doença do cérebro, crônica e recidivante, caracterizada pelo comportamento de busca, desejo e consumo intensos de determinada droga, apesar de suas consequências negativas. Esse uso produz mudanças estruturais e de funcionamento do cérebro.

* A progressão não é obrigatória.

Dois conceitos são relevantes para o contexto da emergência psiquiátrica:

- **Intoxicação aguda:** condição que se segue à administração de uma droga, resultando em perturbações no nível de consciência, na cognição, na percepção, no julgamento, no afeto, no comportamento ou em outras funções e respostas psicofisiológicas. Os distúrbios estão relacionados aos efeitos farmacológicos agudos da droga e a um padrão de respostas aprendidas; tendem a resolver-se com o tempo, com a recuperação completa, salvo danos aos tecidos ou outras complicações associadas. O quadro e a gravidade da intoxicação dependem da droga e da dose utilizada. O tipo de resposta comportamental à intoxicação depende de fatores culturais, pessoais e das expectativas com relação aos efeitos da droga. A tolerância individual à droga pode influenciar na resposta, assim como a presença de problemas de saúde que interfiram na sua metabolização.⁶

- **Abstinência:** desenvolvimento de uma síndrome específica devido à cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de determinada droga. Causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.⁶

Tradicionalmente, as drogas são divididas em grupos de acordo com suas ações primárias; no entanto, é necessário saber que drogas depressoras, como o álcool, podem levar a sintomas de agitação e hiperatividade, assim como drogas estimulantes podem desencadear respostas com padrão de introjeção e isolamento social. Entre as drogas cujos efeitos agudos são menos previsíveis estão as menos previsíveis, como a maconha e os alucinógenos.⁶ O Quadro 7.2 apresenta os principais sinais e sintomas associados aos efeitos agudos de algumas das principais drogas.

EPIDEMIOLOGIA

Transtornos por uso de substâncias (TUS) são prevalentes em setores de emergência (pronto-socorro geral – PSG). Cerca de 374 mil pacientes com idade acima de 12 anos foram admitidos nos serviços de emergência devido ao uso de substâncias psicoativas nos Estados Unidos em 2008.⁷

No Brasil, entre os pacientes atendidos na área de referência da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, entre 1998 e 2004, 28,5% dos casos admitidos em unidades de emergência psiquiátrica estavam relacionados ao uso de substâncias.⁸

Além dos problemas associados ao uso de substâncias em si, há também os problemas associados a esse uso que levam o paciente a procurar um serviço de emergência. Em PSG, o uso de álcool é associado a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes de carro, 60% das queimaduras fatais, 60% dos casos de afogamento e 40% das quedas fatais.⁹⁻¹¹

No Brasil, 21% dos acidentes de trânsito e 49% dos casos de violência registrados em serviços sentinela de urgência e emergência do Ministério da Saúde, em 2009, estavam relacionados ao uso de álcool, sendo que a associação entre o álcool e a causa externa resultou em eventos mais graves, com mais internações.¹²

O uso de cocaína/*crack* está relacionado a problemas respiratórios, dor precordial, problemas cardiocirculatórios e hipertermia. O *ecstasy* (3,4-metilenodioximetanfetamina), além dos problemas cardiovasculares e de hipertermia, também está associado a casos de hiponatremia e rabdomiólise.¹³ Muitas das mortes em setores de emergência relacionadas

QUADRO 7.2

Quadro clínico da intoxicação aguda por substâncias psicoativas

Substância	Álcool (Depressora)	Cocaína (Estimulante)	Anfetaminas (Estimulante)	Maconha (Perturbadora)
Sinais e sintomas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Odor de álcool no hálito ■ Fala pastosa ■ Euforia ■ Alteração de comportamento – respostas emocionais ■ Prejuízo em: <ul style="list-style-type: none"> – coordenação motora – atenção – julgamento ■ Náuseas e vômitos frequentes ■ Hipotermia ■ Alteração da consciência 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diminuição da ansiedade ■ Euforia ■ Hiperatividade ■ Desinibição ■ Aumento da autoestima ■ Estimulação sexual ■ Desinibição eufórica ■ Descarga adrenérgica generalizada ■ Disforia ■ Prejuízo da crítica ■ Ideação de grandeza ■ Impulsividade ■ Hipersexualidade ■ Excitação psicomotora ■ Anorexia ■ Diminuição da necessidade de sono ■ Estados maniformes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermelhidão ■ Sudorese ■ Taquicardia (risco de arritmias) ■ Hipertensão arterial (risco de AVC) ■ Convulsão ■ Hipertermia ■ Hiperatividade ■ Insônia ■ Agressividade ■ Confusão ■ Ideação paranoide ■ Superdosagem ■ Acidose metabólica ■ CIVD ■ Rabdomiólise ■ Comprometimento da função renal ■ Fibrilação ventricular 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alteração da percepção de: <ul style="list-style-type: none"> – espaço – cor – sons – tempo ■ Euforia leve ■ Sensação de bem-estar ■ Relaxamento ■ Riso fácil ■ Ansiedade ■ Disforia ■ Pânico ■ Dificuldade de: <ul style="list-style-type: none"> – concentração – memória a curto prazo – coordenação motora ■ Aumento do apetite ■ Boca seca ■ Hiperemia conjuntival ■ Taquicardia ■ Hipotensão postural ■ Hipertensão supina

AVC, acidente vascular cerebral; CIVD, coagulação intravascular disseminada.

a drogas envolvem o uso de duas ou mais substâncias,⁷ muitas vezes simultaneamente (i.e., são poliusuários).¹⁴

As associações mais frequentes costumam ser álcool e cocaína (cujos efeitos tóxicos são semelhantes aos da intoxicação por cocaína); cocaína e heroína; heroína e benzodiazepínicos; álcool, cocaína e benzodiazepínicos; nicotina e outras substâncias; múltiplas *club drugs*, *ecstasy*, γ -hidroxibutirato (GHB) e quetamina; *club drugs* com medicações prescritas, como a fluoxetina; opioides, estimulantes, esteroides e outras substâncias.¹⁵ Para muitos pacientes, existe uma droga de escolha, com outras substâncias podendo ser usadas como substitutas quando a principal não está disponível, para modificar os efeitos da substância primária ou, ainda, aliviar sintomas de abstinência.¹⁵

No Brasil, dados epidemiológicos sobre álcool, cocaína e maconha estão disponíveis no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.¹⁶ Cerca de 50% dos brasileiros fizeram uso de álcool, 3,5% usaram maconha, e pouco mais de 2% seriam usuários de cocaína/*crack*/*oxi* (predominantemente na Região Sudeste), em 2012. Em relação a esses dados, um terço dos usuários de maconha e 50% dos usuários de cocaína e derivados seriam dependentes. Segundo o mesmo levantamento, 17% dos brasileiros teriam algum transtorno devido ao uso de álcool (abuso ou dependência). Entretanto, houve aumentos tanto na proporção de usuários regulares (uma vez ou mais por semana) quanto no beber pesado episódico (BPE, o uso de cinco ou mais doses* para homens, ou quatro doses ou mais, para mulheres, em uma mesma ocasião) na comparação entre 2006 e 2012.

Algumas populações apresentam dados mais preocupantes, como universitários¹⁷ e a população de rua. Quanto ao gênero, o uso de solventes é mais frequente entre homens, e o de benzodiazepínicos, maior entre mulheres.¹⁸ Os dados sobre uso de estimulantes (tipo anorexígenos) e *ecstasy* no Brasil ainda são escassos, mas alguns dados indicam que seu consumo tem aumentado, considerando, por exemplo, o elevado número de apreensões de comprimidos.¹⁸ No Brasil, quadros de dependência de opioides prescritos (analgésicos) são os mais comuns.

AValiação DO PACIENTE

O atendimento emergencial a pacientes com quadros agudos ou que necessitem de cuidados intensivos psiquiátricos deve ser feito na atenção primária.

* Uma dose-padrão de bebida alcoólica (350 mL de cerveja, 150 mL de vinho ou 50 mL de destilado) contém, aproximadamente, 14 g de álcool puro.

ria, em PSG ou em unidade de emergência psiquiátrica (UEP).¹⁹ O cuidado inicial aos TUS em PSG justifica-se pela condição primariamente clínica da intoxicação.

Indivíduos com TUS são heterogêneos no que diz respeito a uma série de características clínicas importantes e domínios de funcionamento. Deve-se ter em mente que o uso de drogas pode mascarar ou exacerbar sintomas psiquiátricos. Dessa forma, uma abordagem multimodal para o tratamento costuma ser necessária.

O cuidado inclui a realização de uma avaliação completa, o tratamento da intoxicação e da síndrome de abstinência e, quando necessário, o tratamento da coocorrência de condições psiquiátricas e médicas gerais, bem como o desenvolvimento e a implantação de um plano global de tratamento (Quadro 7.3).¹⁵

Uma avaliação psiquiátrica abrangente deve incluir:¹⁵

- história detalhada do uso de substâncias e dos efeitos da substância no funcionamento cognitivo, psicológico e fisiológico do paciente no presente e no passado
- história médica geral, psiquiátrica e exame físico geral
- história dos tratamentos psiquiátricos e os resultados obtidos previamente
- história familiar e social

QUADRO 7.3

Associações entre os diferentes transtornos psiquiátricos

- Intoxicação sem doença psiquiátrica, incluída a dependência química. Paciente está sob efeito da substância e intoxicado, mas não requer intervenção psiquiátrica, devendo permanecer exclusivamente no setor clínico do PSG.
- Intoxicação com suspeita de diagnóstico de dependência química, sem outra doença psiquiátrica. Paciente deve permanecer no setor de clínica do PSG até o estabelecimento de sobriedade suficiente para ser submetido ao atendimento psiquiátrico.
- Intoxicação com comorbidade psiquiátrica e dependência química. Paciente deve permanecer no setor de clínica do PSG até o estabelecimento de sobriedade suficiente para ser submetido ao atendimento psiquiátrico.

PSG: pronto-socorro geral.

Fonte: American Psychiatric Association.¹⁵

- triagem da substância utilizada por meio do sangue, da respiração ou da urina
- outros testes laboratoriais para ajudar a confirmar a presença ou ausência de condições que frequentemente coocorrem com o uso da substância, como, por exemplo, eletrólitos, hemograma, eletrocardiograma (ECG), etc.
- com a permissão do paciente, o contato com pessoa que possa oferecer informações adicionais

A Figura 7.1 mostra o algoritmo de avaliação do paciente em uso de drogas e/ou álcool.

MANEJO

Intoxicação aguda

O manejo correto da intoxicação tem início com a definição quanto a tratar-se de processo agudo ou crônico. O primeiro caso envolve o desenvolvimento de síndromes específicas devido à ingestão recente ou exposição à substância. O tratamento da intoxicação aguda tem o objetivo de retirar ou recuperar os efeitos agudos por ela provocados. No caso da intoxicação crônica, caracterizada pelo 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 e será abordado mais adiante.

As diretrizes para o tratamento dos TUS¹⁵ indicam o manejo da intoxicação com os seguintes objetivos:

- Promover, para pacientes intensamente intoxicados, diminuição da exposição a estímulos externos, confiança, reorientação e teste de realidade em um ambiente seguro e monitorado.
- Averiguar quais substâncias têm sido usadas, a rota de administração, a dose, o tempo desde a última dose e se o nível de intoxicação está aumentando ou diminuindo.
- Remover com urgência as substâncias do corpo (i.e., por lavagem gástrica – se a substância tiver sido ingerida recentemente – ou por aumento da taxa de excreção).
- Reverter os efeitos da substância pela administração de antagonistas (p. ex., naloxona para superdosagem de heroína), o que pode deslocar o agonista de receptores neuronais e de outros receptores.

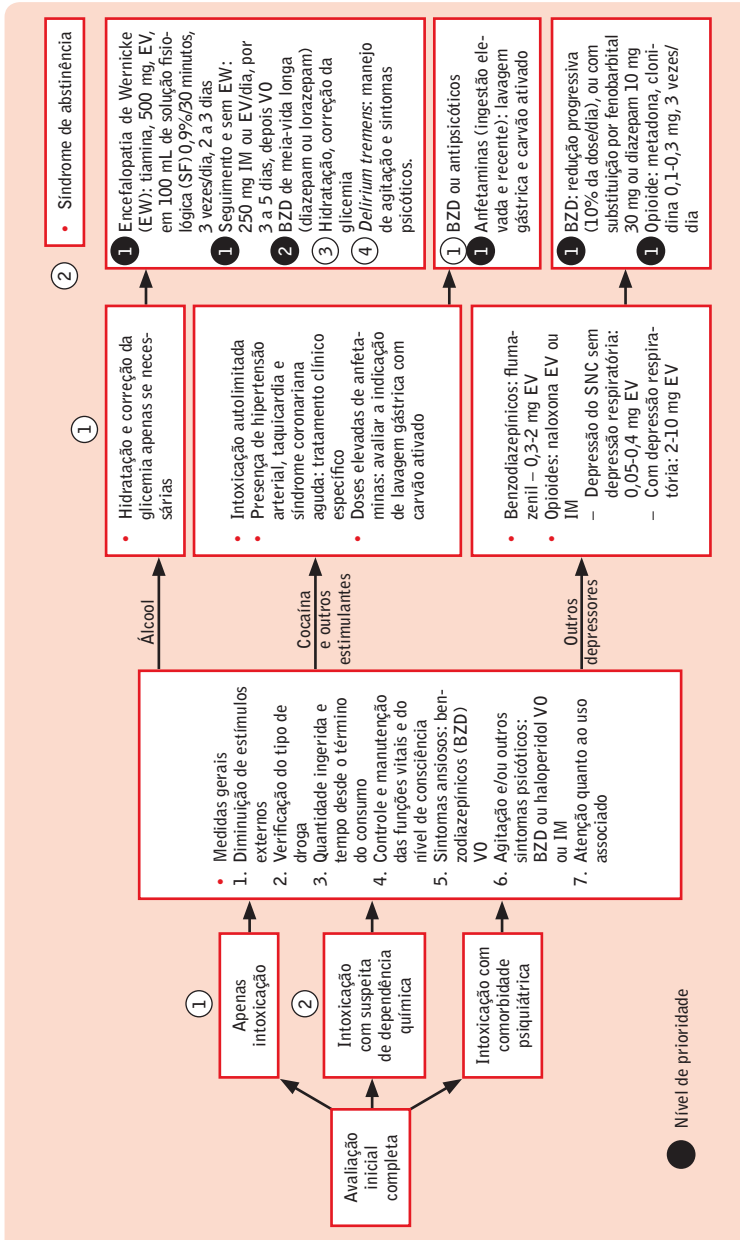


FIGURA 7.1

Algoritmo de avaliação do paciente em uso de álcool/drogas.

- Usar abordagens que estabilizem os efeitos físicos da substância objeto da superdosagem (i.e., entubar para diminuir o risco de aspiração e usar medicamentos para manter a pressão sanguínea em níveis satisfatórios).

No processo de liberação do paciente, é preciso se certificar de que a substância foi eliminada, de forma que ele possa assumir suas responsabilidades. Havendo dúvida, é necessário verificar a existência de familiares ou cuidadores capazes de compreender as dificuldades e necessidades do paciente, especialmente nos casos de dependência.

Álcool

A apresentação clínica da intoxicação pelo álcool é bastante variada (ver Tab. 7.1),²⁰ dependendo sobretudo do nível de álcool no sangue (alcoolemia) e do nível de tolerância previamente desenvolvido pelo paciente. Outros fatores, como o estado alimentar, a velocidade da ingestão do álcool e alguns fatores ambientais, também podem ter papel relevante. A avaliação psiquiátrica pode ter início assim que o paciente se apresentar alerta, com sinais vitais normais e a cognição estável.

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.¹⁵ A indicação de soro fisiológico EV restringe-se à ocorrência de desidratação, e a de glicose hipertônica só se justifica se o paciente apresentar hipoglicemia.²¹ 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.

Embora existam exceções, alcoolemias entre 600 e 800 mg% tendem a ser fatais. Nesse ponto, complicações decorrentes de falha respiratória, cardiovascular e de controle da temperatura corporal são observadas. O álcool não é absorvido pelo carvão ativado, portanto, não se justifica sua indicação no tratamento da intoxicação alcoólica.

A taxa de eliminação do álcool do organismo é geralmente de 10 a 30 mg% por hora; dessa forma, a meta para o tratamento da intoxicação por álcool é de preservar as funções respiratória e cardiovascular até que os níveis de álcool caiam para uma faixa segura. 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 especial 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 verificação de outras drogas que possam con-

TABELA 7.1

Efeitos da alcoolemia e o desempenho

Concentração de álcool no sangue (g/100 mL)	Efeitos sobre o corpo
0,01-0,05	Aumento do ritmo cardíaco e respiratório Diminuição das funções de vários centros nervosos Comportamento incoerente ao executar tarefas Diminuição da capacidade de discernimento e perda da inibição Leve sensação de euforia, relaxamento e prazer
0,06-0,10	Entorpecimento fisiológico de quase todos os sistemas Diminuição da atenção e da vigilância, reflexos mais lentos, dificuldade de coordenação e redução da força muscular Redução da capacidade de tomar decisões racionais ou de discernimento Sensação crescente de ansiedade e depressão Diminuição da paciência
0,10-0,15	Reflexos consideravelmente mais lentos Problemas de equilíbrio e de movimento Alteração de algumas funções visuais Fala arrastada Vômito, sobretudo se essa alcoolemia for atingida rapidamente
0,16-0,29	Transtornos graves dos sentidos, inclusive consciência reduzida dos estímulos externos Alterações graves da coordenação motora, com tendência a cambalear e cair frequentemente
0,30-0,39	Letargia profunda Perda de consciência Estado de sedação comparável ao de uma anestesia cirúrgica Morte (em muitos casos)
A partir de 0,40	Inconsciência Parada respiratória Morte, em geral provocada por insuficiência respiratória

tribuir para o coma, bem como de outras fontes de indução de coma, deve ser feita. 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.

Cocaína e outros estimulantes

Os efeitos agudos dos estimulantes em geral são bem conhecidos (Quadro 7.2).²² As drogas estimulantes são usadas frequentemente em padrão episódico excessivo (*binge*), seguido por períodos de abstinência.

A intoxicação costuma ser autolimitada e demanda apenas monitoração e atendimento de apoio.¹⁵ Entretanto, hipertensão, taquicardia, isquemia miocárdica, convulsões e delírio persecutório podem ocorrer na intoxicação por cocaína e exigir tratamento específico. A ação farmacológica e os efeitos psicoestimulantes da droga podem ser ampliados pelo uso concomitante de álcool. A associação álcool-cocaína tem um efeito cronotrópico sobre o coração mais potente que o da cocaína isoladamente.¹⁸

Diferentemente do que ocorre com o uso de outras substâncias, o usuário de estimulantes pode desenvolver um processo de sensibilização à substância; assim, a exposição repetida pode levar o paciente a apresentar convulsões em padrões de consumo anteriormente considerados inofensivos. Existem relatos sobre o risco de hipertermia associada também ao uso de *ecstasy*. Esse risco, como para a cocaína, não parece estar relacionado à dose da substância, mas à hiperatividade muscular, aos efeitos diretos das substâncias sobre os sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e adrenérgico, à coingestão de outras substâncias estimulantes e à suscetibilidade individual.²³

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.²⁴

A presença de hipertensão e de convulsões em alguns pacientes usuários de estimulantes pode justificar tratamento específico. Pacientes com ansiedade ou excitação psicomotora podem ser medicados com benzodiazepínicos por via oral (VO); para a agitação intensa, estão indicados a sedação por benzodiazepínicos por VO, antipsicóticos (VO ou IM) ou a associação de ambas as medicações.²⁵ 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.²⁶ Estudos com ratos mostraram o potencial do uso de anticorpos “anticocaína” no tratamento da intoxicação.²⁷

Diferentemente da cocaína, as metanfetaminas têm efeitos estimulantes também em estruturas pré-sinápticas, aumentando a oferta de dopamina. É provável que tenham efeitos neurotóxicos, como observado em animais, e sua metabolização é muito mais lenta que a da cocaína, resultando em um tempo de atuação mais demorado. A meia-vida da cocaína é de aproximadamente 1 a 2 horas, enquanto as metanfetaminas podem permanecer ativas por até 12 horas.²⁸

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são depressores do SNC, com efeitos de intoxicação aguda semelhantes aos do álcool. O risco de depressão respiratória por intoxicação benzodiazepínica é importante. Entretanto, esse efeito, assim como hipotensão e bradicardia, é mais notável quanto existe intoxicação associada com outra substância. Embora a ingestão excessiva de benzodiazepínicos dificilmente induza ao coma profundo e ao óbito quando feita isoladamente, o paciente pode necessitar de ventilação assistida. O flumazenil, um antagonista específico dos benzodiazepínicos, pode ser empregado nos casos mais graves, com depressão neurológica ou respiratória. A dose inicial de 0,3 mg EV pode ser seguida de outras doses, até o limite de 2 mg. Caso essa dose não provoque a reversão do quadro em 5 a 10 minutos, deve-se considerar que a depressão do SNC pode ter outra causa. O efeito do flumazenil é mais curto que o dos benzodiazepínicos; assim, pode ocorrer de o efeito do antagonista terminar, e o paciente ainda estar sob efeito da intoxicação. Em pacientes que utilizam antidepressivos tricíclicos ou outros agentes, como aminofilina ou cocaína, que envolvem risco de convulsões, o uso de flumazenil deve ser evitado.²⁴

Maconha

Entre os efeitos agudos da maconha (Quadro 7.2), podem ser observados sintomas psicóticos e episódios agudos e curtos de ansiedade, semelhantes aos ataques de pânico. Os efeitos ansiosos podem ser mais comuns tanto em altas doses quanto em usuários principiantes ou quando o uso é feito em ambientes novos ou em condições de estresse. O tratamento desses sintomas é primordialmente feito com benzodiazepínicos, preferindo-se a via oral.

A intoxicação por maconha pode levar o usuário a ter comportamentos agressivos, muitas vezes pelo comprometimento da percepção da realidade associado a ansiedade e a ideação paranoide. O tratamento dos sinto-

mas psicóticos decorrentes do uso da maconha segue os mesmos princípios básicos do tratamento desses sintomas em usuários de cocaína.

Opioides

O tratamento da intoxicação aguda por opioides deve basear-se no nível de intoxicação. Em níveis médios a moderados, o tratamento específico normalmente não é necessário.¹⁵

A superdosagem deve ser considerada diante de sinais de miose e bradicardia acentuadas, depressão respiratória, estupor ou coma. Nessa condição, o paciente deve ser internado em ambiente de emergência, e deve-se considerar a necessidade de assistência ventilatória. Já a superdosagem com opioides de longa duração, como a metadona, exige atenção maior. O paciente deve ficar em observação por no mínimo 24 a 48 horas, e a depressão respiratória, que pode ser fatal, deve ser tratada com naloxona, um antagonista opioide que atua nos três tipos de receptores opiáceos (μ , κ e σ) e que não tem efeito agonista intrínseco. Seu uso pode ser EV ou IM, e a dose está diretamente relacionada ao *status* de dependência da substância e à extensão da depressão respiratória. Em pacientes com depressão do SNC, mas sem depressão respiratória, a dose inicial recomendada é de 0,05 a 0,4 mg EV. Doses menores são usadas em pacientes dependentes de opioides, em função do estabelecimento de síndrome de abstinência grave com doses mais altas.²⁹ Pacientes com depressão respiratória grave, em condições de dependência ou não, devem ser medicados com 2 mg EV. A resposta deve ocorrer em até 2 minutos, e a dose pode ser repetida a cada 3 minutos, até que a reversão da depressão respiratória ou do SNC seja alcançada. As doses de naloxona podem ser repetidas até o máximo de 10 mg EV,³⁰ e, no caso da não reversão da depressão respiratória com essa dose, a hipótese de superdosagem de opioide deve ser reconsiderada.

Solventes

O mecanismo de ação dos solventes não pode ser bem definido, uma vez que há grande variedade de substâncias inclusas nessa denominação. Do ponto de vista clínico, entretanto, seus efeitos são depressores sobre o SNC. Os sintomas iniciais de intoxicação envolvem euforia e desinibição. Podem estar associados com sintomas como tinnidos, zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Progressivamente, a depressão central pode manifestar-se por confusão mental, desorientação e alucinações. O quadro pode

evoluir para redução do estado de alerta, incoordenação motora e piora das alucinações. O risco de convulsões, coma e morte deve ser considerado. A monitoração cardíaca é importante, já que os solventes têm ação direta sobre o miocárdio, podendo provocar arritmia cardíaca. Não há consenso quanto à existência de tolerância e síndrome de abstinência dessas substâncias.

ABSTINÊNCIA

Álcool

Os sintomas da síndrome de abstinência do álcool (SAA) geralmente têm início em 4 a 12 horas após a interrupção ou a diminuição do uso de álcool. A intensidade da SAA atinge seu pico no segundo dia e termina em 4 a 5 dias. Os sintomas mais frequentes da SAA leve a moderada são tremores, desconforto gastrointestinal, ansiedade, irritabilidade, elevação da pressão arterial, taquicardia e hiperatividade autonômica. As medidas a serem tomadas envolvem a manutenção geral dos sinais vitais. Entre 70 e 90% dos pacientes com SAA apresentam esses níveis de sintomas, enquanto nos casos mais graves observam-se convulsões, alucinações e *delirium*. O aparecimento desses sintomas caracteriza a SAA como grave, e o tratamento deve visar esforços para reduzir a irritabilidade do SNC e restaurar a homeostase fisiológica. O tratamento farmacológico preconizado para a SAA baseia-se no uso de benzodiazepínicos (preferencialmente VO, diazepam 10 a 20 mg, a cada 2 a 4 horas; lorazepam 1 a 4 mg, a cada 2 a 4 horas), tiamina e reposição hídrica.¹⁵

Em casos de difícil controle com essas medicações, o uso de carbamazepina, barbitúricos (em especial fenobarbital) e propofol pode ser indicado.³¹

O uso crônico de álcool pode estar relacionado a diversas condições clínicas, entre elas a encefalopatia de Wernicke, resultado de um estado agudo de carência de tiamina, condição que pode ser diagnosticada clinicamente, e sua presença deve ser suspeitada diante de evidências de carência nutricional, nistagmo, ataxia e mudanças no *status* mental. A administração parenteral de tiamina, nesses casos, está indicada em doses de 500 mg EV, diluídos em 100 mL de solução salina com infusão por 30 minutos, 3 vezes por dia, durante 2 a 3 dias. Se não for observada resposta positiva, o esquema deve ser mantido por mais 2 a 3 dias, e, depois, havendo melhora, a dose deve ser reajustada para 250 mg IM ou EV/dia, por mais 3 a 5 dias.³² O uso da tiamina deve ser feito antes ou durante a administração de glico-

se, uma vez que a glicose, isoladamente, pode precipitar o agravamento do quadro de encefalopatia em pacientes com carência de tiamina.

A partir da estabilização do paciente, a medicação é retirada de forma progressiva, mantendo-se a atenção para a reinstalação dos sintomas de abstinência. Cerca de 3 a 5% dos pacientes com SAA grave podem evoluir para o *delirium tremens* (DT), em geral no período de 72 horas após a interrupção do uso de álcool. O DT pode durar de 2 a 10 dias e é caracterizado por confusão mental, desorientação temporoespacial, alucinações e oscilações de comportamento, que podem variar da apatia à agitação intensa. Entre 10 e 15% dos pacientes com DT apresentam convulsões do tipo grande mal.

A decisão pela alta do PSG pode ser em razão de necessidade de internação hospitalar nos casos de síndrome de abstinência complicada ou devido a seguimento ambulatorial para os casos leves e moderados. O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) é o lugar indicado para o seguimento dos casos que apresentam TUS em condições de uso nocivo e dependência, seja após a alta do PSG ou da UEP, seja após a alta hospitalar. É importante assegurar a disponibilidade do serviço para a continuidade do tratamento.

Cocaína e anfetaminas

Após a cessação do uso de cocaína, é comum o aparecimento de anedonia e fissura. A descrição da abstinência, assim como sua duração, ainda é controversa. Em geral, são listadas depressão intensa, fadiga, ideação suicida eventual, disforia e insônia, com início em algumas horas ou dias após a interrupção ou redução do uso, durando até 10 semanas. Os tratamentos farmacológicos raramente trazem benefício.

Benzodiazepínicos

A abstinência por benzodiazepínicos está relacionada à interrupção abrupta do uso. Entre os fatores que contribuem para o estabelecimento da abstinência estão o uso de doses elevadas e o uso prolongado, embora mesmo pacientes com doses consideradas terapêuticas tenham apresentado sintomas de abstinência.³³ A retirada da medicação deve ser progressiva e planejada. Sintomas como ansiedade, insônia, irritabilidade, diminuição da concentração, cefaleia, anorexia, náuseas, vômitos e tremores podem aparecer do primeiro ao décimo primeiro dia após a retirada da medicação.³⁴ O tratamento da abstinência pode ser feito com a troca de benzodiazepí-

nicos de meia-vida curta para os de meia-vida longa, como o diazepam. As doses equivalentes de alguns benzodiazepínicos mais comuns são: 10 mg de diazepam, 30 mg de clordiazepóxido, 1 mg de lorazepam e 1 mg de alprazolam. A partir da estabilização, recomenda-se a redução progressiva diariamente de 10% da dose inicial do diazepam ou, em casos mais graves, redução de 20% da dose por semana.³⁴

Maconha

O interesse no tratamento da dependência de maconha tem crescido; os sintomas indicadores da abstinência são irritabilidade, insônia, desejo intenso pela droga, ansiedade, mudança no apetite, perda de peso e desconforto físico. Estudos sobre o tratamento para transtornos por uso de maconha ainda são limitados, e nenhum tratamento farmacológico específico para abstinência de maconha pode ser recomendado com nível de confiança clínica significativa.¹⁵ É importante ressaltar que o uso de maconha pode precipitar episódios iniciais psicóticos em pacientes com vulnerabilidade.

Opioides

O objetivo do tratamento da síndrome de abstinência de opioides é ajudar os pacientes na transição da dependência para o tratamento de longa duração. O uso de escalas padronizadas para avaliar a gravidade dos sintomas de abstinência é útil para o manejo dos casos. O aparecimento de sinais como midríase, aumento da pressão arterial sistólica em 10 mmHg, da frequência cardíaca em 10 bpm e um conjunto de sintomas como suor, calafrios, bocejos, dores no corpo, diarreia, rinorreia e lacrimejamento devem ser considerados na decisão pelo tratamento com metadona. É fundamental ressaltar que esse tratamento não deve ser feito sem monitoração continuada do estado clínico e do uso da medicação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The global burden [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/.
2. United Nations Office Drugs and Crime. World drug report 2012[Internet]. Viena: UNODC; 2012 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>.

3. Gable RS. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction*. 2004;99(6):686-96.
4. National Institute on Drug Abuse. Drugs, brains, and behavior: the science of addiction [Internet]. Bethesda: NHI; 2007 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>.
5. Widiger TA, Smith GT. Substance use disorder: abuse, dependence and dyscontrol. *Addiction*. 1994;89(3):267-82.
6. World Health Organization. Terminology and classification: acute intoxication [Internet]. Geneva: WHO; c2013 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/acute_intox/en/.
7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: national findings [Internet]. Rockville: SAMHSA; 2009. [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://oas.samhsa.gov/2k8/2k8nsduh/2k8Results.pdf>.
8. Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):145-51.
9. Cherpitel CJ. Alcohol and violence-related injuries: an emergency room study. *Addiction*. 1993;88(1):79-88.
10. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. *Addiction*. 1993;88(7):923-37.
11. Lowenstein SR, Weissberg M, Terry D. Alcohol intoxication, injuries, and dangerous behaviors-and the revolving emergency department door. *J Trauma*. 1990;30(10):1252-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes: “VIVA” [Internet]. Brasília: MS; 2009 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres2.pdf>.
13. Devlin RJ, Henry JA. Clinical review: major consequences of illicit drug consumption. *Crit Care*. 2008;12(1):202-8.
14. The DASIS Report. Polydrug admissions: 2002 [Internet]. Rockville: SAMHSA; 2005. [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://oas.samhsa.gov/2k5/polydrugTX/polydrugTX.htm>.
15. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. In: American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2006.
16. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento nacional de álcool e drogas [Internet]. São Paulo: INPAD; 2013 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/>.
17. Andrade AG, Duarte PAV, Oliveira LG. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD; 2010.
18. Galduróz JCF, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2006.

19. Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: ABP; 2006 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf.
20. World Health Organization. Beber e dirigir: manual de segurança para profissionais de trânsito e saúde [Internet]. Genebra: Global Road Safety Partnership; 2007 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9782940395088_por.pdf.
21. Aoki OS. Emergências relacionadas ao álcool. In: Cordeiro DC, Baldaçara L. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca; 2007. p. 137-53.
22. Slade M, Taber D, Clarke MM, Johnson C, Kapoor D, Leikin JB, et al. Best practices for the treatment of patients with mental and substance use illnesses in the emergency department. *Dis Mon.* 2007;53(11-12):536-80.
23. Foltin RW, Fischman MW. Ethanol and cocaine interactions in humans: cardiovascular consequences. *Pharmacol Biochem Behav.* 1988;31(4):877-83.
24. Patel MM, Belson MG, Longwater AB, Olson KR, Miller MA. Methylenedioxymethamphetamine (ecstasy): related hyperthermia. *J Emerg Med.* 2005;29(4):451-4.
25. Graff S, Fruchtgarten LV, Haddad J. Intoxicações agudas e seus tratamentos. In: Seibel SD, editor. Dependência de drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 763-82.
26. Zun LS. Evidence-based treatment of psychiatric patient. *J Emerg Med.* 2005;28(3):277-83.
27. Ribeiro M, Laranjeira R, Dunn J. Álcool e drogas: emergência e psiquiatria. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 263-82.
28. Treweek JB, Janda KD. An antidote for acute cocaine toxicity. *Mol Pharm.* 2012;9(4):969-78.
29. Center for Substance Abuse Treatment. Detoxification and substance abuse treatment: treatment improvement protocol TIP 45 [Internet]. Rockville: SAMHSA; 2006 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://162.99.3.213/products/manuals/tips/pdf/TIP45.pdf>.
30. Collins ED, Kleber H. Opioids: detoxification. In: Galanter M, Kleber HD, editors. *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment.* 3rd ed. Washington: American Psychiatric; 2004. p. 265-89.
31. Doyon S. Opioids. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, editors. *Emergency medicine: a comprehensive study guide.* 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2004. p. 1071-4.
32. Stehman CR, Mycyk MB. A rational approach to the treatment of alcohol withdrawal in the ED. *Am J Em Med.* 2013;31(4):734-42.
33. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6(5):442-55.
34. Petursson H, Lader MH. Withdrawal from long-term benzodiazepine treatment. *Br Med J.* 1981;283(6292):643-5.

8

RISCO DE SUICÍDIO

Aline André Rodrigues
Flávio Kapczinski

O suicídio representa a décima principal causa de morte em todo o mundo.¹ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),² cerca de 1 milhão de pessoas morre a cada ano em decorrência de suicídio, e estima-se que será 1,5 milhão em 2020. Há grande impacto psicológico decorrente do suicídio na família e na sociedade. Pelo menos seis pessoas em uma família são afetadas a cada suicídio, além de poder abalar centenas de pessoas quando acontece em um ambiente escolar ou no trabalho. A American Association of Suicidology³ estima que, para cada suicídio entre os jovens, há entre 1 e 200 tentativas de suicídio. Comportamentos suicidas podem ser conceituados desde ideação suicida, pela comunicação verbal e não verbal, até planejamento e tentativa suicida e, no pior cenário, o suicídio. Em sua gênese, estão envolvidos fatores psicológicos, sociais, biológicos, culturais e ambientais,⁴ sendo o suicídio um fenômeno complexo, de causas múltiplas, cuja ocorrência não pode ser atribuída a uma única característica ou evento estressor. Entre as populações de risco consideram-se homens jovens (15 a 49 anos); idosos, especialmente homens; pessoas com doenças mentais; pessoas com história de abuso de álcool e drogas; além de detentos.⁵ Em 1996, foi criada, pela Organização das Nações Unidas (ONU), uma diretriz para prevenção de suicídio.⁶ Após 15 anos, mais de 25 países faziam parte dessa força-tarefa. Visto que o suicídio é um evento em grande parte evitável, é necessário que estratégias para prevenção sejam criadas e, quando já implementadas, aprimoradas, com objetivo de reduzir as estatísticas acerca do assunto, ainda tão elevadas e em ascensão em todo o mundo.

Este capítulo objetiva abordar os fatores de risco, a avaliação e o manejo do paciente suicida, considerando o contexto sociocultural ao qual ele pertence.

CONCEITOS

Há conceitos diferentes para suicídio e termos correlatos na literatura. As definições utilizadas neste capítulo foram extraídas da diretriz da American Psychiatric Association.⁷

- **Intenção suicida:** expectativa subjetiva e desejo que um ato autolesivo resulte em morte.
- **Ideação suicida:** pensamentos de servir como agente de sua própria morte. Pode variar em gravidade, dependendo da especificidade de planos de suicídio e do grau de intenção suicida.
- **Tentativa de suicídio:** comportamento autolesivo com consequências não fatais, acompanhado de evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer.
- **Tentativa abortada de suicídio:** comportamento potencialmente autolesivo com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer, mas a tentativa foi interrompida antes do dano ocorrido.
- **Letalidade do comportamento suicida:** ameaça objetiva para a vida associada a um método ou ação suicida.
- **Suicídio:** morte autoprovocada com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer.

EPIDEMIOLOGIA

Ideação e comportamento suicida estão entre as mais sérias e comuns emergências psiquiátricas. Entretanto, as taxas de suicídio relatadas podem estar subestimadas, visto o erro de classificação de morte devido ao estigma legal ou social e questões processuais relacionadas a fazer o registro do óbito.⁸

Quase 900 mil vidas são perdidas anualmente em todo o mundo em decorrência de suicídio, constituindo 1,5% da carga global de doenças.⁹ Acredita-se que o ato suicida não fatal ocorra pelo menos 10 vezes mais do que suicídios fatais.¹⁰ O suicídio constitui a décima principal causa de morte no mundo,¹ sendo uma das três principais causas de morte entre pessoas com idades entre 15 e 34 anos. O suicídio, outrora predominante entre a população idosa, atualmente é frequente em faixas etárias mais jovens – em termos absolutos e relativos.¹¹

As taxas de incidência de suicídio consumado variam consideravelmente entre os diferentes países, e, de acordo com dados da OMS, mais de mil pessoas de todas as culturas, religiões, etnias e níveis socioeconômicos cometem suicídio no mundo a cada dia.

Na América Latina, as taxas de suicídio são relativamente baixas em comparação com as taxas de homicídio.¹² No Brasil, o suicídio corresponde a 0,6% do total de mortes e a 5,6% das mortes por causas externas. O País registrou 4,9 mortes por suicídio por 100 mil habitantes em 2008, colocando-se na posição 73 na esfera mundial e no grupo de países com taxas crescentes de suicídio.

A Figura 8.1 reúne dados da Organização Mundial da Saúde,¹³ os quais evidenciam o número de suicídios por idade e gênero no Brasil no ano de 2008.

Estudos têm demonstrado a existência de diferenças quanto ao gênero, já que as taxas de suicídio são mais altas entre homens do que entre mulheres.³ No Brasil, a proporção foi de 4:1 em 2006. O sexo masculino, em conformidade com alguns autores, é caracterizado por alto grau de letalidade, tendo como métodos mais frequentes de suicídio o enforcamento, o uso de arma de fogo e o salto de lugares altos. Entre o sexo feminino, há

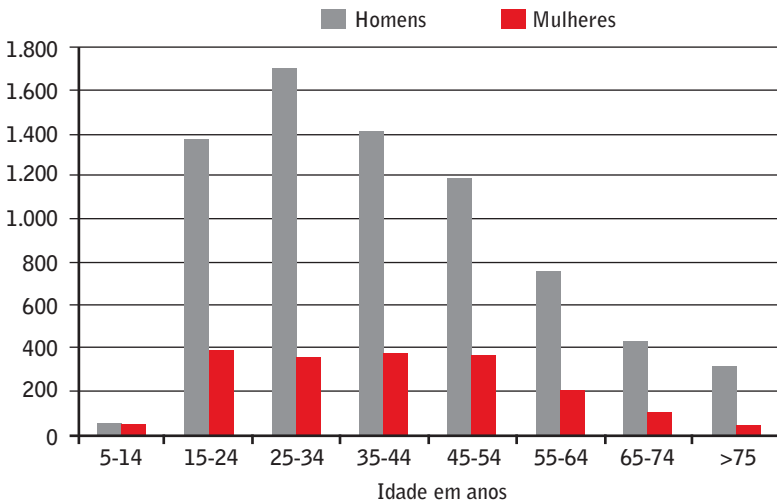


FIGURA 8.1

Número de suicídios por idade e gênero no Brasil em 2008.

Fonte: Adaptada de World Health Organization.¹³

uma tendência à intoxicação autoinfligida, principalmente por envenenamento, o que permite uma maior possibilidade de a pessoa ser salva.¹⁴ De acordo com dados da Aliança Europeia Contra a Depressão (EAAD), uma parceria de 16 países europeus, os homens apresentavam risco menor de intoxicação por drogas, afogamento e salto, quando comparados a mulheres, e mais elevado quanto à utilização de armas de fogo e enforcamento.¹⁵ O enforcamento correspondeu a um dos meios mais frequentes de suicídio (49,5%), seguido por intoxicação por drogas (12,7%).

AValiação DO PACIENTE

Escalas e estratégias foram propostas com a finalidade de estimar o risco de suicídio, entretanto, nenhuma delas demonstrou eficiência plena para essa finalidade.¹⁶ A entrevista clínica realizada de forma clara e empática permanece sendo a melhor estratégia para avaliar o risco de comportamentos suicidas, sendo importante o estabelecimento de vínculo baseado em confiança e colaboração para a efetividade dessa avaliação.

Cabe aos profissionais avaliar o risco individual para comportamentos suicidas, embora a capacidade de prever quem cometerá ou não suicídio seja limitada. Essa avaliação deve ser baseada nos fatores de risco e nos fatores de proteção, estimados durante a entrevista clínica. Deve-se considerar a apresentação do paciente com relação ao comportamento suicida, transtornos psiquiátricos, situação psicossocial, vulnerabilidade e capacidade de enfrentamento individuais, além da história médica pregressa e história familiar.⁷ Entre os fatores de risco a serem avaliados diante de um paciente com risco de suicídio, o de maior fator preditivo constitui as tentativas prévias de suicídio,¹⁷ observando-se um aumento de 5 a 6 vezes quanto à possibilidade de uma nova tentativa.

Pacientes com diagnósticos de esquizofrenia ou depressão unipolar e transtorno do humor bipolar têm o risco de suicídio consumado maior, subsequente a tentativas prévias.¹⁸ Doença psiquiátrica é um forte preditor de suicídio,^{17,18} sendo que mais de 90% dos pacientes que o tentam têm o diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico.¹⁹ Os mais comumente associados incluem transtorno do humor bipolar, depressão, alcoolismo e uso de outras substâncias e esquizofrenia.²⁰ Ainda, podem estar associados transtornos da personalidade, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e *delirium*.²¹ A combinação de depressão e ansiedade aumenta significativamente o risco (*odds ratio* = 17).²¹ A desesperança pode mediar a relação entre baixa autoestima, solidão, perdas interpessoais e suicídio²² e, assim como a impulsividade, está significativamente associada ao suicídio.

O risco de suicídio varia de acordo com o estado civil, sendo maior entre aqueles que nunca casaram, assim como morar sozinho também constitui um fator de risco.²³ Observa-se um aumento do risco em pessoas com doenças físicas como dor crônica, cirurgia recente e doença crônica ou em estágio terminal.²⁴ Abuso e experiências adversas na infância parecem aumentar o risco de suicídio em adultos.^{25,26} A ocupação também apresenta relação de risco, sendo maior em desempregados. Por fim, pacientes com história familiar de suicídio²⁷ apresentam um risco em torno de seis vezes maior quando o ato cometido foi de um familiar de primeiro grau.²⁸

Há uma lista de fatores considerados protetores: destacam-se suporte social, vínculo familiar,²⁸ gestação, maternidade²⁹ e religiosidade.³⁰ Ainda, podem ser citados habilidades na resolução de problemas e conflitos e acesso restrito a meios que resultem no suicídio. Estilos de vida saudáveis, caracterizados por socialização com pessoas que não fazem uso de drogas ou álcool de forma inadequada, manutenção de uma boa alimentação, de bons padrões de sono, prática de exercício físico e conservação de uma vida ativa, complementam essa lista.³¹

Podem haver a coexistência de desejos e atitudes antagônicas. Dessa forma, deve-se atentar para a ambivalência presente em pacientes suicidas, além da impulsividade e da rigidez do pensamento,³² características observadas em pacientes com esse comportamento. A avaliação inclui o questionamento direto quanto a intenção, ideação e plano suicida. O primeiro passo da avaliação do risco de suicídio consiste em determinar a presença de pensamentos suicidas, incluindo conteúdo e duração desses pensamentos. Caso seja de caráter crônico, deve-se indagar sobre mudanças nas características dos pensamentos dessa natureza, como aumento na intensidade ou na frequência, e questionar sobre perda de interesse em viver ou sobre sentimentos de que seria preferível estar morto. Deve-se perguntar diretamente se o paciente pensou em acabar com a própria vida. Questionamentos acerca da formulação de um plano incluindo método, lugar e hora, além do acesso ao método, auxiliam na investigação. A letalidade do plano e o desejo de poder ser resgatado também fazem parte da avaliação. Determinar o quão intensa é a presença dos pensamentos e dos planos suicidas e a habilidade do paciente de controlar impulsos é fundamental para elucidar a presença de ideação suicida. O acesso a sistemas de suporte e recentes estressores que podem prejudicar o paciente na habilidade de resolver conflitos também devem ser averiguados.

O Quadro 8.1 apresenta algumas questões que auxiliam a elucidar a presença de ideação e plano suicidas.

Após a avaliação de risco, o profissional deve direcionar a intervenção de acordo com a gravidade apresentada. É importante avaliar os sistemas

QUADRO 8.1

Questões que podem ajudar a elucidar a presença de ideação e planos suicidas

- Sente que sua vida perdeu o sentido?
- Pensa que seria melhor morrer?
- Pensa em colocar um fim em sua própria vida?
- Há um plano formulado?
- Há um método específico que inclua local e hora?
- Há acesso a meios que possam resultar no suicídio?
- Tem esperança de ser ajudado?

de suporte disponíveis no serviço médico, assim como providenciar uma rede de apoio.

MANEJO

A escolha do local de tratamento mais adequado para cada paciente dependerá de múltiplos fatores, e as possibilidades incluem diferentes níveis de atenção. Deverão ter sido considerados durante o processo de avaliação a condição clínica do paciente, o que inclui transtornos psiquiátricos e doenças físicas, sintomas específicos, como impulsividade, desesperança e ansiedade, severidade dos sintomas, nível de funcionamento, sistema de suporte disponível e razões que motivam o paciente a querer viver.⁷ Deve-se considerar sua capacidade de prover o autocuidado, de compreender os riscos e os benefícios das abordagens terapêuticas e de cooperar com o tratamento planejado e instituído.⁷ 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 pormenorizada desse conjunto de fatores.

De acordo com a OMS, os pacientes devem ser classificados em baixo, médio e alto risco.³² Os de baixo risco são aqueles que têm pensamentos suicidas ocasionais, mas sem planos, enquanto os de médio risco apresentam pensamentos e planos, embora não sejam de caráter imediato. No grupo de pacientes de alto risco, são incluídas as pessoas que têm um plano definido e meios de execução, além de ter caráter imediato. Aos pacientes de baixo risco, orienta-se fornecer suporte emocional e encaminhamento a um profissional de saúde mental ou médico, além de instituir a combinação de a pessoa ser vista em intervalos regulares. Cabe trabalhar os sentimentos suicidas, propiciando um processo de reflexão.

Os indivíduos de médio risco devem também ser 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. Deve haver o encaminhamento ao psiquiatra ou médico e o agendamento de consulta o mais breve possível, e a família e os amigos devem ser contatados.

Já os pacientes de alto risco devem ser acompanhados em tempo integral até que se providencie a 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.³² Outras indicações de hospitalização incluem fatores baseados na doença, como gravidade dos sintomas, 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.⁷



PRINCIPAIS TÓPICOS

- O suicídio representa a décima principal causa de morte em todo o mundo, com quase 900 mil mortes por ano.
- Constitui uma das três principais causas de morte entre pessoas com idades entre 15 e 34 anos.
- Em sua gênese, estão envolvidos fatores psicológicos, sociais, biológicos, culturais e ambientais.
- Entre as populações de risco, consideram-se homens jovens (15 a 49 anos); idosos, especialmente homens; pessoas com doenças mentais; pessoas com história de abuso de álcool e drogas; além de detentos.
- A entrevista clínica permanece sendo a melhor estratégia para avaliar o risco de comportamentos suicidas, devendo-se questionar diretamente quanto a intenção, ideação e plano suicida.
- Para determinar a conduta seguida, deve-se avaliar um conjunto de fatores, desde a condição clínica do paciente, o que inclui transtornos psiquiátricos e doenças físicas, sintomas, até a gravidade destes e o nível de funcionamento.
- Segundo a OMS,¹¹ os pacientes devem ser estratificados em baixo, médio e alto risco. De acordo com a gravidade, o manejo envolve desde o encaminhamento a um profissional da saúde mental ou médico, no caso do grupo de baixo risco, até o encaminhamento a hospitalização, no caso de pacientes de alto risco.

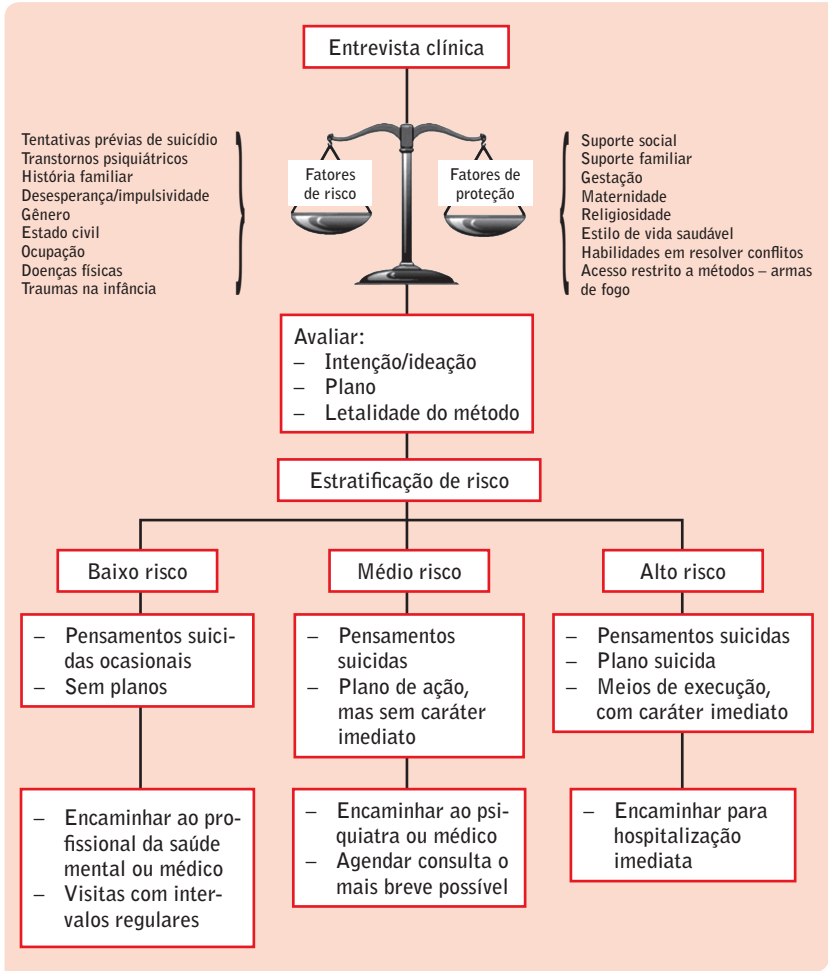


FIGURA 8.2

Avaliação e manejo de pacientes com risco de suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, et al. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(5):341-9.

2. World Health Organization. Media centre: suicide huge but preventable public health problem, says WHO [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/index.html>.
3. American Association of Suicidology. U. S. A. suicide: 2004 official final data [Internet]. Washington: AAS; 2004 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/prevention/cyspi/AAS2004data.pdf>.
4. World Health Organization. World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.
5. World Health Organization. Preventing suicide in jails and prisons [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf.
6. United Nations. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations; 1996.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):1-60.
8. Hawton K, Van Heeringer K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
9. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367(9524):1747-57.
10. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98-105.
11. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva: WHO; 1999.
12. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
13. World Health Organization. Country reports and charts available: Brazil [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/braz.pdf.
14. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(2):146-54.
15. Värnik A, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(6):545-51.
16. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Wheelis J, Maltzberger JT. Strategies in treatment of suicidality: identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(6):699-706.
17. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008;167(10):1155-63.
18. Tidelman D, Langström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008;337:a2205.

19. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*. 1997;337(13):910-5.
20. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247-53.
21. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(11):1249-57.
22. Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(2):153-68.
23. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry*. 1995;167(6):747-53.
24. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. 2004;164(11):1179-84.
25. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1871-7.
26. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DF, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001;286(24):3089-96.
27. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002;360(9340):1126-30.
28. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE, editors. *Reducing suicide: a national imperative*. Washington: National Academy; 2002.
29. Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):797-802.
30. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health*. 2013;52(2):657-73.
31. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129-41.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: MS; 2006.

9

ANSIEDADE AGUDA: ATAQUES DE PÂNICO

Michelle N. Levitan
Antonio E. Nardi

Os ataques de pânico trazem alterações corporais e psíquicas bruscas e inesperadas e geram considerável sofrimento. Os diagnósticos diferenciais dos ataques de pânico incluem:

- quadros clínicos (p. ex., tireoidopatias, feocromocitoma, infarto agudo do miocárdio, etc.)
- uso de fármacos (p. ex., teofilina)
- transtornos mentais

Apesar de também ocorrerem ataques de pânico em outros transtornos psiquiátricos, é no transtorno de pânico (TP) que eles estão associados ao medo das próprias sensações corporais, diferentemente de quando ocorrem na fobia social, na qual o medo é da exposição social, ou de sua ocorrência no contexto do uso e/ou abstinência de substâncias psicoativas (p. ex., álcool e canabinoides).¹

Pessoas com TP têm uma vida limitada devido ao medo de novos ataques de pânico e com frequência passam a não se expor a situações em que acreditam correr mais risco de eles acontecerem, desenvolvendo uma evitação chamada “agorafobia”.¹ A disfunção ante as limitações impostas pelo TP também as desmotiva e é um desafio para os profissionais da saúde. Os pacientes com TP são usuários assíduos dos sistemas de saúde, especialmente pela elevada busca por serviços de emergências hospitala-

res (EH) e realização de exames para diagnóstico diferencial com doenças clínicas.²

Diversas evidências identificam o sintoma de dor no peito como uma das maiores causas de preocupação entre pacientes com TP que procuram a EH.^{3,4} Esse sintoma pode ser associado a doenças cardiovasculares, ataques de pânico ou, ainda, a dores não relacionadas a doença cardíaca. Esse último caso ainda é alvo de discussão devido à dificuldade de sua classificação, acreditando-se que poderia estar relacionado a distúrbios esofágicos ou à fisiopatologia da dor.⁵ Ressalta-se que o diagnóstico clínico da doença cardíaca não exclui o psiquiátrico, e vice-versa. Um bom protocolo de avaliação poderá ser capaz de direcionar com mais segurança o diagnóstico do paciente. O manejo do TP é eficaz e engloba tratamento farmacológico e psicoterapia cognitivo-comportamental.

Na prática, ainda se encontra bastante dificuldade na avaliação do TP – um estudo evidenciou que cerca de 70% dos pacientes com TP foram a mais de 10 profissionais antes de o diagnóstico correto ser feito.⁶ Dessa forma, este capítulo orienta a identificação e o manejo de ataques de pânico agudos pelos profissionais da saúde na EH.

CONCEITOS

Os ataques de pânico são definidos como episódios de intenso medo ou desconforto devido à alta ativação autonômica, que inclui sintomas como coração acelerado, sensação de desmaio e tontura.¹ Por acreditarem que se trata de um quadro clínico grave, os pacientes frequentemente procuram a emergência hospitalar.

Quando esses sintomas passam a ocorrer pelo menos uma vez ao mês e são acompanhados de intensa preocupação com sua recorrência e suas consequências, preenche-se critério para TP. Frequentemente, os pacientes passam a ter medo de perder o controle ou de morrer, acreditando que têm algo de muito grave, como esquizofrenia ou alguma doença fatal. Podem chegar até a não tolerar ficarem sozinhos, seja por medo de fazer algo inesperado, como cometer atos impulsivos, seja por medo de passarem mal e não serem auxiliados. Em função de os ataques de pânico englobarem sintomas físicos que se assemelham a doenças clínicas, como asma e problemas cardiovasculares, os pacientes acabam por procurar serviços de pronto atendimento. O Quadro 9.1 apresenta as doenças clínicas a serem diferenciadas de sintomas frequentes encontrados em indivíduos com ataques de pânico.

QUADRO 9.1

Diagnóstico diferencial entre alguns sintomas frequentes nos ataques de pânico e doenças clínicas

Dor no peito

- Pneumonia
- Pancreatite
- Refluxo gastroesofágico

Falta de ar

- Embolia pulmonar
- Doença pulmonar obstrutiva crônica

Fonte: Zun,⁷ Lenfant.⁸

EPIDEMIOLOGIA

O diagnóstico errôneo de TP impede que tratamentos farmacológicos e psicoterápicos comprovadamente eficazes possam ser implementados e facilita que comorbidades psiquiátricas, como depressão, se desenvolvam.⁹ Da mesma forma, a precipitação em diagnosticar TP pode mascarar algum sintoma cardiovascular importante e que deveria ser tratado imediatamente.

Dos pacientes com TP que chegam à EH, 70% têm queixas cardiovasculares ou respiratórias.¹⁰ Alguns números de pacientes com dores no peito impressionam: 6 milhões de pessoas nos Estados Unidos com dores no peito comparecem a hospitais, custando ao governo mais de 8 bilhões de dólares ao ano.⁵

Autores identificaram que até 31% dos pacientes que chegavam à EH com dor no peito preenchiam critérios para TP¹¹ Outro estudo avaliou o perfil de pacientes com TP quando comparados a pacientes sem TP que chegavam à emergência e evidenciou que aqueles que utilizaram a EH oito ou mais vezes apresentavam uma chance 3,1 maior de serem pacientes com TP. Além disso, aqueles com 10 ou mais ligações para o serviço de emergência médica tinham 4,99 mais chances de apresentar TP.¹²

Identificou-se também que pacientes com dores no peito e que apresentavam resultados normais para arteriografia coronariana tinham maiores escores relacionados a ansiedade e depressão, além de 43 vs. 6% de chances de preencherem critérios para TP quando comparados a pacientes com arteriografia coronariana indicativa de estenose arterial.¹³

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Sintomas clínicos que levam pacientes à EH, como a dor torácica, devem ser sempre investigados com atenção. O foco principal de um atendimento sistematizado é a identificação precoce do risco de eventos ameaçadores à vida. Isso inclui a rápida triagem de pacientes com alta probabilidade de infarto, a estratificação quanto à presença de isquemia miocárdica e o diagnóstico de doenças cardiovasculares não coronarianas, doenças pulmonares e do trato digestivo de alto risco.¹⁴

Além da realização de exames necessários ao diagnóstico diferencial de quadros clínicos, o entendimento das características centrais do TP pode auxiliar na identificação de um ataque de pânico, já que os pensamentos negativos sobre a origem dos sintomas e suas consequências também são características centrais do transtorno.

Como não há exames para a detecção de transtornos psiquiátricos, um bom roteiro de perguntas que auxiliem em seu reconhecimento, além da familiaridade com critérios para os transtornos psiquiátricos mais comuns na EH, favorecerão o encaminhamento precoce e proporcionarão melhores chances de tratamento adequado (Quadro 9.2).

MANEJO

Psicoterápico

Autores enfatizam que o manejo de ataques de pânico na EH deve incluir, como primeiro recurso, algumas técnicas advindas da terapia cognitivo-

QUADRO 9.2

Roteiro de perguntas para auxílio no diagnóstico de transtorno de pânico

- Você já apresentou esses sintomas outras vezes ao longo da vida?
- Quando procurou tratamento, qual foi o diagnóstico?
- Tem medo de estar em lugares em que, se passar mal, possa não obter ajuda? Ou evita ficar sozinho?
- Apresenta dificuldade de acreditar que não tem nenhuma doença clínica?
- Está muito preocupado com o que possa ocorrer quando tem essas sensações? Pensa muito nisso?

-comportamental para melhora momentânea da ansiedade, visto que pode até tornar o uso farmacológico desnecessário.¹⁵

A meta inicial deve visar a 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 durante alguns segundos. Além disso, dialogar com o paciente sobre as razões pelas quais está apresentando tais sensações, sobre o conhecimento que tem sobre o TP e sobre orientações para seu tratamento lhe proporcionará conforto e segurança. É possível também realizar a reestruturação de pensamentos associados a morte, passar mal ou enlouquecer, apresentando as diferenciações entre seus medos e a realidade, a interpretação catastrófica dos sintomas e seus riscos reais (Quadro 9.3).¹⁵

Farmacológico

Quando as técnicas psicoterápicas não forem suficientes para a diminuição das sensações, indica-se o uso a curto prazo de benzodiazepínicos. O uso de ansiolíticos, como o clonazepam (2 mg), antes de desafios farmacológicos com inalação de CO₂ a 35% reduziu significativamente os ataques de pânico e a ansiedade quando comparado ao placebo (81,8 vs. 18,2%).¹⁶ No entanto, a remissão momentânea do ataque de pânico visando ao bem-estar do paciente é apenas um paliativo. O paciente só apresentará melhora do TP com um tratamento direcionado que possa selecionar as melhores escolhas medicamentosas baseadas em seu perfil, histórico de doenças, fatores hereditários, entre outros indicadores. Infelizmente, dados indicam que somente 19 a 40% dos pacientes recebidos em EH são atendidos de acordo com tratamentos padronizados baseados em evidências.¹⁷

QUADRO 9.3

Técnicas psicoterápicas para o manejo dos ataques de pânico na emergência hospitalar

- Respiração diafragmática
- Psicoeducação sobre o transtorno de pânico
- Reestruturação de pensamentos distorcidos sobre as sensações corporais

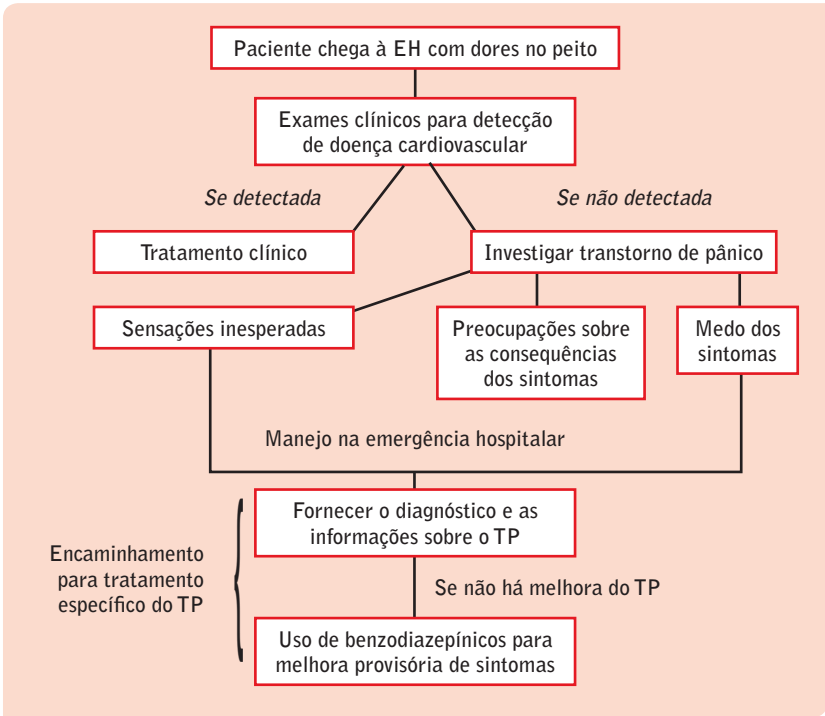
O tratamento psicofarmacológico para o TP é bastante eficaz, porém, nem sempre todas as medicações utilizadas estão acessíveis em EH. Dessa forma, o atendimento emergencial deverá ser adaptado ao que for possível dentro do hospital. Autores indicam uma ou duas doses orais de diazepam (5 a 10 mg), lorazepam (0,5 a 2 mg), alprazolam (0,25 a 1 mg) ou clonazepam (2 mg).^{15,16} É importante lembrar que o desconforto e a preocupação não acabam, mas são momentaneamente combatidos. A indicação, na EH, de tratamento psiquiátrico a ser feito para o TP é o que de fato proverá a melhora do paciente e o manejo de futuras crises.¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ataque de pânico é vivenciado pelo paciente de forma assustadora e preocupante. Os sintomas podem assemelhar-se a várias doenças clínicas, e, devido ao medo da iminência da manifestação de algo grave, procura-se a EH. Dessa forma, faz-se necessário que o médico, na EH, possa realizar o diagnóstico diferencial com o TP, aliviando o sofrimento do paciente e evitando utilizar recursos invasivos e custosos para essa exclusão.

Mesmo quando o diagnóstico diferencial é feito, muitas vezes o paciente reluta em aceitar que não apresenta nada clinicamente significativo e tende a retornar à EH. Algumas técnicas advindas da terapia cognitivo-comportamental para reavaliação de crenças distorcidas desses pacientes podem ser úteis, além de material com informações sobre o TP e encaminhamentos para tratamento ambulatorial.

Essas condutas ajudam o paciente a tratar de forma precoce o TP e possivelmente evitam que comorbidades psiquiátricas, como a agorafobia e a depressão, desenvolvam-se. Além disso, o atendimento hospitalar de emergência poderá encarregar-se de atender mais urgências clínicas, admitindo menos pacientes com TP, que certamente receberão o tratamento mais adequado de forma ambulatorial.

**FIGURA 9.1**

Algoritmo de tratamento do paciente com transtorno de pânico.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington: APA; 2000.

2. Marchand A, Belleville G, Fleet R, Dupuis G, Bacon SL, Poitras J, et al. Treatment of panic in chest pain patients from emergency departments: efficacy of different interventions focusing on panic management. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012; 34(6):671-80.
3. Soares-Filho GL, Freire RC, Biancha K, Pacheco T, Volschan A, Valença AM, et al. Use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a cardiac emergency room: chest pain unit. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(3):209-14.
4. Foldes-Busque G, Marchand A, Chauny JM, Poitras J, Diodati J, Denis I, et al. Unexplained chest pain in the ED: could it be panic? *Am J Emerg Med*. 2011;29(7): 743-51.
5. Eslick GD. Noncardiac chest pain: epidemiology, natural history, health care seeking, GD and quality of life. *Gastroenterol Clin North Am*. 2004;33(1):1-23.
6. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS, O'Neil C, Asher R, et al. Longitudinal course of panic disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry*. 1990;51 Suppl A:12-6.
7. Zun LS. Panic disorder: diagnosis and treatment in emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 1997;30(1):92-6.
8. Lenfant C. Chest pain of cardiac and noncardiac origin. *Metabolism*. 2010;59 Suppl 1:S41-6.
9. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153(2):213-8.
10. Ross CA, Walker JR, Norton GR, Neufeld D. Management of anxiety and panic attacks in immediate care facilities. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10(2):129-31.
11. Wulsin LR, Arnold LM, Hillard JR. Axis I disorders in ER patients with atypical chest pain. *Int J Psychiatry Med*. 1991;21(1):37-46.
12. Zane RD, McAfee AT, Sherburne S, Billeter G, Barsky A. Panic disorder and emergency services utilization. *Acad Emerg Med*. 2003;10(10):1065-9.
13. Katon W, Hall ML, Russo J, Cormier L, Hollifield M, Vitaliano PJ et al. Chest pain: relationship of psychiatric illness to coronary angiographic results. *Am J Med*. 1988;84(1):1-9.
14. Soares Filho GL, Valença AM, Nardi AE. Dor torácica no transtorno de pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana? *Rev Psiq Clín*. 2007;34(2):97-101.
15. Pollard CA, Lewis LM. Managing panic attacks in emergency patients. *J Emerg Med*. 1989;7(5):547-52.
16. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Mezzasalma MA, Lopes FL, Zin W. Double-blind clonazepam vs placebo in panic disorder treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(4):1025-9.
17. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(1):55-61.

10

TRANSTORNOS CONVERSIVOS E DISSOCIATIVOS

Elisa Brietzke
Graciele Rodrigues da Cunha
Elsón Asevedo

O estudo das doenças conversivas e dissociativas teve início no fim do século XVIII, com a descrição da histeria. Porém, a visão moderna desse grupo de transtornos, com estudos sistemáticos de seus sinais e sintomas, só ocorreu bem mais tarde, e sua incorporação na nomenclatura psiquiátrica só foi realizada na terceira edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III). Nele, as doenças derivadas do antigo conceito de histeria foram agrupadas em categorias diagnósticas específicas, incluindo os transtornos conversivos, os transtornos somatoformes, os transtornos dissociativos, o transtorno de estresse pós-traumático e os transtornos da personalidade histriônica e *borderline*.^{1,2}

Como será abordado no decorrer deste capítulo, embora já exista um arcabouço científico e teórico para classificar e tratar esse grupo de transtornos, o paciente que apresenta transtorno conversivo ou dissociativo segue representando um desafio para o clínico. Isso ocorre, em primeiro lugar, pelas características de tais doenças, cujos sintomas são heterogêneos e variados, frequentemente se assemelham aos encontrados em doenças físicas e fazem o paciente e a família procurarem atendimento em prontos-socorros clínicos gerais, e não em emergências psiquiátricas. Além disso, casos mais insidiosos também são comuns em ambulatórios e hospitais gerais.

Experiências conversivas e dissociativas são, ainda, muito comuns na população em geral. Estima-se que cerca de 80% das pessoas apresentarão pelo menos uma experiência dissociativa na vida,³ geralmente em períodos de estresse extremo.

No que diz respeito ao tratamento, os múltiplos modelos para a fisiopatologia dessas doenças, incluindo o papel do estresse em seu desencadeamento, também fazem diferentes abordagens, muitas vezes de difícil comparação entre si, serem propostas para o tratamento dos transtornos conversivos e dissociativos.

TRANSTORNOS CONVERSIVOS: CONCEITOS

- **Característica fundamental:** os transtornos conversivos se caracterizam pela presença de sintomas ou déficits que afetam funções motoras ou sensoriais, sugerindo uma doença ou disfunção neurológica subjacente que não é confirmada após investigação adequada. Em geral, não há ajuste às vias anatômicas e mecanismos fisiológicos conhecidos. As disfunções não são fruto de simulação ou da produção intencional pelo paciente.
- **Sintomas comuns:** sintomas conversivos comuns incluem déficits motores com dificuldades na coordenação motora, no equilíbrio, parestias ou paralisias, alterações de fala, dificuldade para engolir, sensação de “nó” ou “bola” na garganta e dificuldade para urinar. Sintomas sensoriais comuns incluem perda da sensação de tato ou dor, visão dupla, cegueira e surdez. Também é frequente a ocorrência de pseudocrises convulsivas, semelhantes a convulsões tônico-clônicas generalizadas.
- **Causas:** presume-se que fatores psicológicos estressantes ou conflitos psíquicos estejam associados com os sintomas. Tradicionalmente, o termo “conversivo” reflete a ideia de que o sintoma é reflexo de um conflito inconsciente, que se expressa de forma simbólica no corpo. Embora essa hipótese não tenha sido validada de modo consistente, o entendimento atual é de que fatores estressores influenciam sua etiologia e seu desencadeamento. Recentemente, a ideia dos transtornos conversivos como doenças “psicogênicas” tem sido desafiada por achados de exames de neuroimagem, mostrando diferenças no fluxo sanguíneo cerebral desses pacientes quando comparados a indivíduos saudáveis.⁴ Estudos de ressonância magnética funcional mostram que ocorre aumento da atividade do córtex orbitofrontal e do giro do cíngulo anterior após redução dos sintomas em pacientes com quadros conversivos.^{5,6}

- **Fatores predisponentes:** ser de baixo nível socioeconômico, ser do sexo feminino, residir em áreas rurais, apresentar transtornos do humor ou da personalidade, ter história familiar de transtorno conversivo, ter sofrido maus-tratos na infância, apresentar estressores recentes e/ou história prévia de doença neurológica.⁷

Epidemiologia

Estima-se que a prevalência de transtornos conversivos na população em geral seja inferior a 1%. Nos serviços de saúde gerais, chegam a representar de 5 a 14% dos casos referenciados ao psiquiatra. Já em serviços especializados de psiquiatria, a prevalência desses transtornos pode variar entre 5 e 25%.¹

Classificação

A *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)*⁸ compreende os Transtornos Conversivos como tendo mecanismos similares aos dos Transtornos Dissociativos, classificando-os nesse grupo diagnóstico.

Avaliação do paciente

Em um contexto de emergência, muitas vezes a equipe de atendimento pré-hospitalar não tem condições de realizar um diagnóstico diferencial entre essas situações e doenças orgânicas. Por isso, o paciente costuma ser encaminhado à emergência com hipóteses diagnósticas de acidente vascular cerebral (AVC) ou outras doenças neurológicas graves. Após avaliação e descarte de condições desse tipo, geralmente é cogitada uma causa psiquiátrica para os sintomas.

A avaliação do paciente com transtornos conversivos pode ser bastante difícil, especialmente naqueles indivíduos que recusam com convicção a possibilidade de uma origem emocional para seus sintomas e que não aceitam sequer uma avaliação psiquiátrica. Em geral, a avaliação é solicitada a partir de uma queixa que sugere alterações neurológicas, mas que não segue as características que costumam ser encontradas nesse tipo

de condição, incluindo vias anatômicas e achados anormais em exames complementares. A atitude do paciente é classicamente descrita como *la belle indifférence*, ou seja, há relativo distanciamento da preocupação que tais sintomas despertariam na maioria dos indivíduos. Na avaliação do paciente, é preciso atentar para a possível coocorrência de doenças médicas gerais com transtornos conversivos. Uma situação comum é a coexistência de convulsões com pseudocrises convulsivas, também chamadas de “crises convulsivas não epiléticas”. O Quadro 10.1 detalha características clínicas que podem auxiliar nessa diferenciação.⁹

A avaliação do paciente deve incluir uma detalhada anamnese e exame físico, com atenta revisão da apresentação atual, do uso de medicamentos, de álcool e drogas e revisão da ocorrência de estressores recentes. Se houver a oportunidade de avaliar o paciente sem que ele perceba que está sendo observado, isso pode indicar uma intensidade menor de sintomas do que quando ele é alvo de atenção. Os exames complementares devem ser solicitados com base no quadro clínico e incluem exames laboratoriais, de imagem, neuromiografia, eletrencefalograma e outros que se fizeram necessários.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de um transtorno conversivo exige a exclusão de doenças clínicas gerais. Os sintomas podem ser semelhantes a quadros de disfagia, paralisia, parestesia, ataxia, crises convulsivas, cegueira ou surdez. Exame físico e investigação complementar devem ser conduzidos para excluir quadros como esclerose múltipla, miastenia grave, epilepsia e outros transtornos neurológicos periféricos e centrais.

O segundo diagnóstico diferencial é das condições em que a produção de sintomas físicos pode ser intencional, com o objetivo de produzir benefícios. Estes podem ser representados pela obtenção de atenção e cuidado (transtorno factício) ou de ganho mais concreto, como o financeiro (simulação).

Manejo

A primeira medida no manejo de pacientes com transtornos conversivos é explicar-lhes, de forma clara e coerente, a natureza psicogênica de seus sintomas, deixando claro que ele/ela não está “inventando um sintoma” ou produzindo-o voluntariamente. Para muitos, o apoio e o reassuramento são suficientes para a resolução do quadro. Em geral, exames normais favorecem a aceitação do diagnóstico e a ideia de uma origem emocional

QUADRO 10.1

Diagnóstico diferencial de sintomas conversivos comuns e doenças clínicas gerais

Fraqueza unilateral ou hemiparesia¹⁰		
	Hemiparesia por doença neurológica	Hemiparesia psicogênica
Fraqueza	Lesão aguda: flacidez dos membros enfraquecidos com redução de reflexos. Lesões crônicas: espasticidade e sinal e Babinski.	Contrações musculares pouco sustentadas e que enfraquecem abruptamente contra a força do examinador.
Esternocleidomastóideo	Dificuldade de girar a face para o lado contralateral aos membros.	Dificuldade de girar a face para o mesmo lado dos membros afetados.
Diferença entre os lados do corpo	Diferença nos reflexos e no tônus.	Igualdade nos reflexos e no tônus.
Convulsões¹¹		
	Epilepsia	Pseudocrises convulsivas
Características clínicas	Convulsões sem desencadeantes claros, responsivas a anticonvulsivantes.	História de abuso na infância; outros sintomas conversivos; induzidas por estresse; pouco responsivas a anticonvulsivantes.
Íctus	Início súbito; curta duração; olhos abertos ou sem resistência à abertura; incontinência urinária ou fecal; ausência de fala inteligível.	Início gradual; duração prolongada (> 4 min); manutenção da consciência; olhos fechados; sem incontinência urinária ou fecal.
Pós-ictal	Sem lembrança do episódio; sem cefaleia ou mialgia; lesões físicas decorrentes da convulsão.	Memória do episódio; poucos sintomas pós-ictais; sem lesões físicas.

para os sintomas. Deve-se considerar, porém, que essas condições são, na maioria dos casos, autolimitadas e de pouca morbidade, o que indica que se deve evitar exames invasivos ou de risco para o paciente, a fim de prevenir iatrogenias.

Existem poucos tratamentos com base em evidências para esses indivíduos. Psicoterapia de apoio ou cognitivo-comportamental pode auxiliar no manejo do estresse e de sintomas depressivos e de ansiedade.¹² Antidepressivos e ansiolíticos são úteis no manejo sintomático. A hipnose pode ser utilizada no contexto da psicoterapia. Fisioterapia e terapia ocupacional são úteis para manter a função das partes do corpo que foram afetadas enquanto o paciente se recupera.

Prevenção

Atividades que aliviam o estresse podem ser úteis na prevenção de sintomas conversivos. Estas incluem exercício físico, meditação e ioga.

TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS: CONCEITOS

- **Característica fundamental:** a característica fundamental dos transtornos dissociativos é a dissociação, entendida como uma ruptura na integração de funções mentais que geralmente funcionam associadas, tais como consciência, memória, representação corporal, controle motor, identidade, emoção e percepção do ambiente.¹³
- **Dissociação na população em geral:** fenômenos dissociativos são entendidos como uma tentativa de responder a trauma ou estresse intenso, ou seja, o uso de mecanismos como a amnésia, o desacoplamento da realidade (despersonalização/desrealização) ou a separação da memória da experiência traumática da consciência e da identidade favoreceria o manejo dessa experiência pelo indivíduo. Porém, quando usados de forma intensa ou desadaptativa, resultariam em um transtorno.
- **Causas:** transtornos dissociativos costumam se desenvolver em pessoas que foram vítimas de trauma ou estresse intenso, sobretudo na infância, especialmente vivências de maus-tratos e abuso sexual. Como a personalidade se desenvolve na infância, crianças são mais propensas do que adultos a separar essas memórias do conjunto da sua personalidade.
- **Fatores predisponentes:** estresse intenso recente, incluindo experiências de sequestro, tortura, desastres naturais, acidentes violentos e guerras.

Epidemiologia

A prevalência de transtornos dissociativos na população em geral varia de 10 a 20%, mas em pacientes psiquiátricos esses transtornos podem estar presentes em até 30%, como demonstram alguns estudos. Apontando a estreita relação existente entre transtorno conversivo e transtornos dissociativos, diagnósticos comórbidos podem ocorrer em até 47% dos pacientes.¹⁴ Outros transtornos psiquiátricos também assinalam maior incidência de quadros dissociativos, como transtornos da personalidade, ansiedade e depressão.

Tipos de transtornos dissociativos e características clínicas

- **Amnésia dissociativa:** a amnésia envolve um déficit na memória episódica, que não pode ser evocada em circunstâncias normais. A amnésia é descrita como “psicogênica” (não pode ser atribuída a nenhuma causa orgânica particular, como demências, trauma craniocéfálico ou efeito de drogas ou álcool) e reversível, embora possa persistir por dias, semanas ou mesmo vários anos. A recordação das memórias dissociadas pode ser gradual ou súbita. Esse diagnóstico deve ser considerado na presença de um paciente confuso, que não se recorda de informações importantes e que não está sob efeito de álcool ou drogas.
- **Transtorno dissociativo de identidade:** também conhecido como “transtorno de identidade múltipla”, é caracterizado pela alternância de identidades, ocorrendo sobretudo quando a pessoa está sob condições de estresse. Classicamente, cada uma das personalidades tem um nome, história pessoal e características próprias, diferindo entre si em vários aspectos, como na forma de se relacionar com o mundo ou na percepção de si mesmo. Frequentemente, nesse transtorno são encontradas características de outros transtornos dissociativos, como amnésia, fuga e despersonalização e desrealização. A amnésia está relacionada em particular aos momentos em que outras personalidades assumem o controle, e o paciente pode encontrar objetos dos quais não se recorda ou negar relatos de terceiros sobre seus comportamentos. Também podem ocorrer pseudoalucinações auditivas, em que as vozes geralmente têm características distintas em gênero e idade e costumam ser associadas a uma das personalidades. Algumas apresentações podem ser confundidas com sintomas schneiderianos de primeira ordem. A transição entre as identidades pode vir acompanhada de piscadas rápidas, revira-

mento dos olhos, mudanças no tom de voz, na postura e na expressão facial.

- **Fuga dissociativa:** esse é um tipo de transtorno dissociativo menos entendido e também pouco estudado. A característica central é a realização, por parte do paciente, de uma viagem inesperada para longe do seu local de domicílio ou trabalho acompanhada de inabilidade em recordar parcial ou totalmente de fatos do seu passado. Há confusão sobre a identidade pessoal, e o paciente pode assumir uma nova identidade. Embora esses eventos possam parecer bizarros, a fuga dissociativa não é considerada um transtorno psicótico, porque as pessoas com a doença são capazes de pensar e de se comportar de forma muito próxima à normal em sua nova identidade. Ao recordarem-se das antigas memórias, os eventos ocorridos durante os estados de fuga não costumam ser lembrados. Considera-se que, nesse transtorno, o comportamento do indivíduo apresenta mais propósito do que o daqueles que apresentam amnésia dissociativa, na qual o comportamento é mais errático. Para que esse diagnóstico seja feito, os sintomas não podem ocorrer devido exclusivamente a um transtorno dissociativo de identidade e a efeitos de doença orgânica ou a substâncias. Até o momento, os dados relativos à nosologia psiquiátrica são insuficientes para validar a fuga dissociativa como uma doença distinta de outros transtornos dissociativos, bem como de condições ligadas a uma cultura, que tem como característica que o indivíduo caminhe ou corra em estados de transe. Dados epidemiológicos são muito escassos, e a maior parte dos casos é descrita em homens, principalmente naqueles que tiveram experiências traumáticas relacionadas a guerras e combate.
- **Transtorno de despersonalização/desrealização:** a despersonalização e a desrealização são sintomas dissociativos típicos envolvendo uma falha na integração perceptual que resulta em uma experiência subjetiva de desconexão de si mesmo ou do mundo ao redor.¹⁵ Na despersonalização, a pessoa se sente desacoplada de si mesmo e do mundo exterior e pode sentir-se como se estivesse em um sonho ou agindo como um robô. Na desrealização, existe um senso de irrealidade sobre o mundo externo ou sobre a passagem do tempo. Pessoas e objetos podem parecer mudar de tamanho ou forma, e os sons podem parecer diferentes. Todas essas percepções podem ser acompanhadas de ansiedade, tonturas, sensação de que vai enlouquecer ou perder o controle ou depressão. Apesar disso, ao contrário do que ocorre com o paciente psicótico, a experiência de despersonalização ou desrealização não se associa a perda do contato com a realidade.

Avaliação do paciente

Em geral, a avaliação é solicitada a partir da presença de um paciente evidenciando perda de memória ou mudanças drásticas de comportamento quando em condições de estresse. Queixas como sensação de que a identidade ou o mundo ao redor está confuso ou irreal são sugestivas de um transtorno dissociativo.

Indivíduos com transtornos dissociativos apresentam mais risco de desenvolver complicações, como automutilação, tentativas de suicídio, abuso de substâncias e depressão, os quais, por sua vez, podem ser a queixa principal em um atendimento de emergência.

Diagnóstico diferencial

Sintomas dissociativos são bastante prevalentes em outras condições que não são classificadas entre os transtornos dissociativos, incluindo transtornos do humor, de ansiedade (p. ex., em ataques de pânico) e transtornos psicóticos. Características que distinguem ambas as condições incluem a presença de dissociação da memória e identidade, que são características dos transtornos dissociativos e a proximidade com eventos traumáticos. Independentemente do diagnóstico, a exposição ao trauma, em especial nas primeiras fases da vida, é fortemente associada à presença de dissociação.¹⁶ Outro aspecto a ser considerado no diagnóstico diferencial são as alterações comportamentais ou emocionais ligadas a contextos culturais ou religiosos específicos. Se os sintomas são completamente explicados por uma experiência culturalmente sancionada, esse diagnóstico não é realizado. Exemplos incluem “visões” ou transe que ocorrem em rituais religiosos.

Manejo

Uma vez feito o diagnóstico, a psicoterapia é o tratamento primário para os transtornos dissociativos, a fim de propiciar ao paciente mais entendimento de sua condição e desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento do estresse (*coping*).

Embora não exista um tratamento medicamentoso específico para os transtornos dissociativos, uma estratégia útil é determinar sintomas-alvo que podem ser abordados farmacologicamente. Dessa forma, antidepressi-

vos 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.

Prevenção

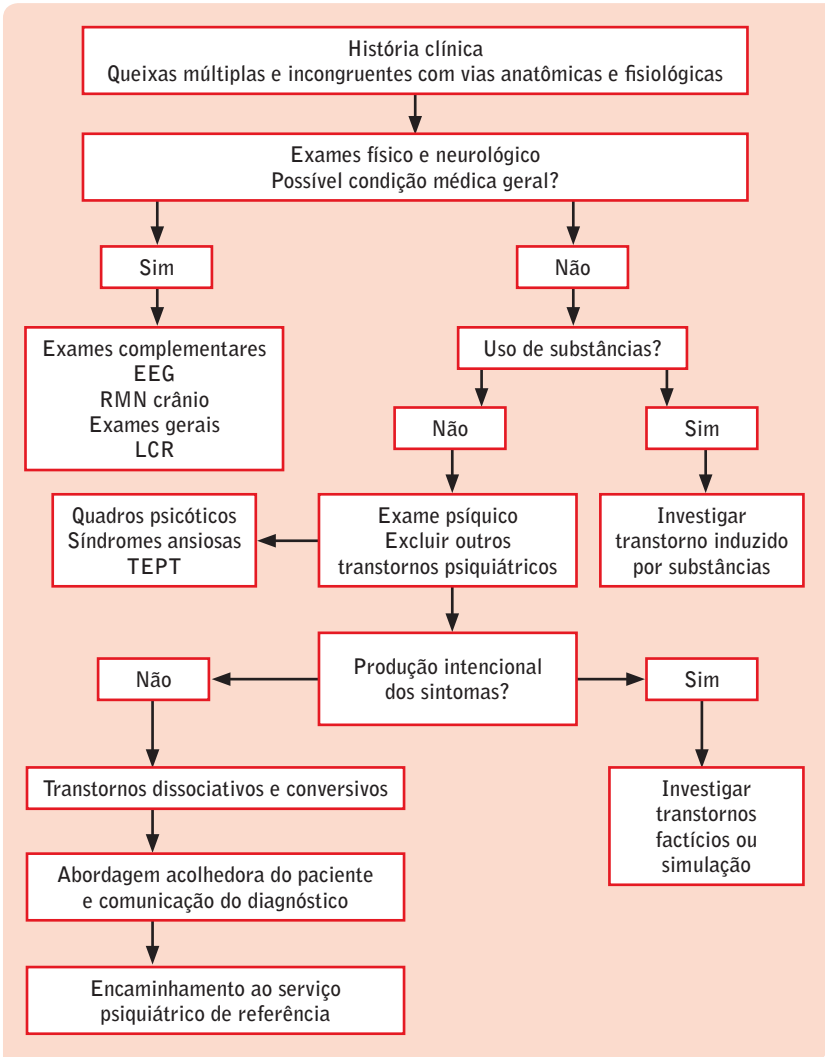
A prevenção dos transtornos dissociativos, assim como de outras doenças relacionadas ao estresse e ao trauma, passa pela identificação e encaminhamento de pessoas, especialmente de crianças, que foram vítimas de situações de maus-tratos, violência ou catástrofes. Psicoterapia, intervenções com grupos de pais, terapia de família ou o incremento de medidas de suporte na comunidade têm sido considerados eficazes em reduzir a vulnerabilidade da criança a esses transtornos, aumentar o repertório de estratégias de *coping* funcionais e reduzir o risco da ocorrência dessas doenças na vida adulta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos que atuam em atendimento de emergência devem estar cientes da possibilidade de estabelecer um diagnóstico de transtorno conversivo ou dissociativo. A presença de um transtorno conversivo não exclui a comorbidade com outras doenças clínicas gerais, e o diagnóstico exige a anamnese, o exame físico e do estado mental e exames complementares, não devendo ser feito somente pela exclusão de alterações nos exames. A Figura 10.1 apresenta um algoritmo que pode ser usado para a avaliação desses pacientes.

Os transtornos dissociativos e conversivos são condições de gravidade variada que podem afetar muito a qualidade de vida, os relacionamentos interpessoais, o funcionamento do paciente e até mesmo colocar sua vida em risco. Deve-se lembrar que os sintomas não são conscientes, e abordagens acolhedoras são mais efetivas que confrontos diretos, pois o paciente pode não ser capaz de lidar com a natureza de seus sintomas.

Para todo paciente que é admitido em emergência com transtornos conversivos e dissociativos recomenda-se o seguimento em ambulatório, a fim de acompanhar o curso e determinar o prognóstico.

**FIGURA 10.1**

Algoritmo de avaliação do paciente com transtorno conversivo ou dissociativo. EEG: eletrencefalograma; RMN: ressonância magnética nuclear; TEPT: transtorno de estresse pós-traumático; LCR: líquido cerebrospinal.

REFERÊNCIAS

1. Simeon D, Loewenstein RJ. Dissociative disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1965-2026.
2. Janet P. The major symptoms of hysteria. New York: Macmillan; 1920.
3. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clin Psychol Rev.* 1999;19(5):631-57.
4. Gurses N, Temucin CM, Lay Ergun E, Ertugrul A, Ozer S, Demir B. Evoked potentials and regional cerebral blood flow changes in conversion disorder: a case report and review. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008;19(1):101-7.
5. Hurwitz TA, Prichard JW. Conversion disorder and fMRI. *Neurology.* 2006;67(11):1914-5.
6. Harvey SB, Stanton BR, David AS. Conversion disorder: towards a neurobiological understanding. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2006;2(1):13-20.
7. Roelofs K, Keijsers GJ, Hoogduin KA, Naring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159(11):1908-13.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10 [Internet]. Genebra: OMS; 2008 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
9. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ.* 2005;331(7523):989.
10. Ziv I, Djaldetti R, Zoldan Y, Avraham M, Melamed E. Diagnosis of "non-organic" limb paresis by a novel objective motor assessment: the quantitative Hoover's test. *J Neurol.* 1998;245(12):797-802.
11. Marshall JC, Halligan PW, Fink GR, Wade DT, Frackowiak RS. The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition.* 1997;64(1):B1-8.
12. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med.* 2007;69(9):881-8.
13. Brand BL, Lanius R, Vermetten E, Loewenstein RJ, Spiegel D. Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation.* 2012;13(1):9-31.
14. Sar V. Epidemiology of dissociative disorders: an overview. *Epidemiol Res Int.* 2011;2011.
15. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O. Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(9):990-7.
16. Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, Dorahy MJ, Loewenstein RJ, Cardena E, et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull.* 2012;138(3):550-88.

11

LUTO E TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

Erick Messias

O termo “luto”, derivado do latim *letum*, significa morte. Assim, o “ pesar pelo falecimento de algum ente querido” é uma experiência universal e inescapável, que inclui sentimentos de tristeza, dor psíquica, ansiedade e angústia. Dada essa ubiquidade, torna-se necessário definir com alguma precisão os limites do luto normal e do luto patológico. Este último tem sido discutido na literatura sob diferentes denominações, incluindo: luto complicado, luto traumático e, mais recentemente, transtorno do luto prolongado (TLP).¹ Este capítulo utilizará o termo “luto patológico”. Há evidências de que o estado de luto patológico aumenta o risco de distúrbios cardiovasculares agudos, de morte e de suicídio;² mais ainda, é preciso delinear os limites entre essas reações patológicas ao luto e o transtorno depressivo, com o qual compartilha tantas características.

De modo importante, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), nos critérios para episódio depressivo maior, passou a permitir esse diagnóstico quando a resposta a uma perda significativa (p. ex., luto) for desproporcional ao sofrimento esperado de acordo com a história do indivíduo e as normas culturais vigentes. O DSM-5 menciona que a distinção entre uma reação de luto e um episódio depressivo requer apurado julgamento clínico. Ao distinguir luto de um episódio depressivo, é útil considerar que o afeto predominante no luto é o sentimento de vazio e perda, enquanto no episódio depressivo maior é um humor deprimido persistente e uma incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto tende a decrescer em intensidade após dias a semanas e ocorre em “ondas”. Tais “ondas” tendem a ser associadas com pensamentos ou lembranças do falecido.³ Já a *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10) mantém o luto como critério de exclusão para o

diagnóstico de episódio depressivo.⁴ Uma revisão recente, e ampla, sobre os debates da relação entre luto e depressão pode ser encontrada no livro *The Loss of Sadness*.⁵ Para uma revisão completa da discussão acerca da categoria “luto traumático, ou complicado” versus depressão, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de ajustamento, recomenda-se a consulta ao artigo de Linchtenthal e colaboradores.⁶

CONCEITOS

Entre os critérios propostos para definir o transtorno do luto patológico (prolongado) estão:⁷

- a) **Evento:** perda de uma pessoa significativa.
- b) **Sofrimento pela separação:** apresentando saudade, incluindo sofrimento físico e psíquico, diariamente, ou em um nível que provoque perda de função.
- c) **Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais,** incluindo pelo menos cinco (ou mais) dos seguintes sintomas diariamente ou a ponto de causar perda de função:
 1. Confusão acerca do papel na vida ou sentimento de *self* diminuído
 2. Dificuldade de aceitar a perda
 3. Dificuldade de aceitar a realidade da perda
 4. Inabilidade de confiar nos outros desde a perda
 5. Raiva relacionada com a perda
 6. Dificuldade de tocar a vida, por exemplo, fazer novos amigos, encontrar novos interesses
 7. Ausência de emoções desde a perda
 8. Sentimentos de que a vida é vazia, sem sentido, oca, desde a perda
 9. Sentir-se atordoado, confuso, chocado pela perda
- d) **Tempo:** o diagnóstico não deve ser feito até que pelo menos seis meses tenham-se passado desde a perda.
- e) **Prejuízo:** o transtorno causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do viver.
- f) **Relação com outros transtornos mentais:** os sintomas não são decorrentes de transtorno depressivo, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ansiedade generalizada.

EPIDEMIOLOGIA

É difícil estimar a magnitude da exposição a perdas de pessoas próximas. Em um estudo populacional sueco em que pais perderam crianças vítimas

de câncer, 29% não tinham processado a perda entre 4 e 9 anos depois da morte.⁸ Esse estudo evidenciou maior risco de distúrbios físicos e psicológicos naqueles que não processaram o luto.^{8,9}

Vários fatores de risco para luto patológico foram identificados, entre eles: percepção de pouco apoio social, uso de álcool e drogas, modos disfuncionais de enfrentamento, história prévia de transtorno mental e a perda de uma criança.¹⁰

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

O luto por si só não é uma manifestação patológica. Entretanto, deve-se observar a presença dos fatores de risco para luto patológico mencionados e eventualmente proceder ao acompanhamento do quadro para pronta identificação de sinais de gravidade associados com mais frequência ao transtorno, como:

- quadro depressivo com significado clínico
- presença de sintomatologia psicótica
- existência de abuso e/ou dependência de álcool ou drogas
- risco de suicídio

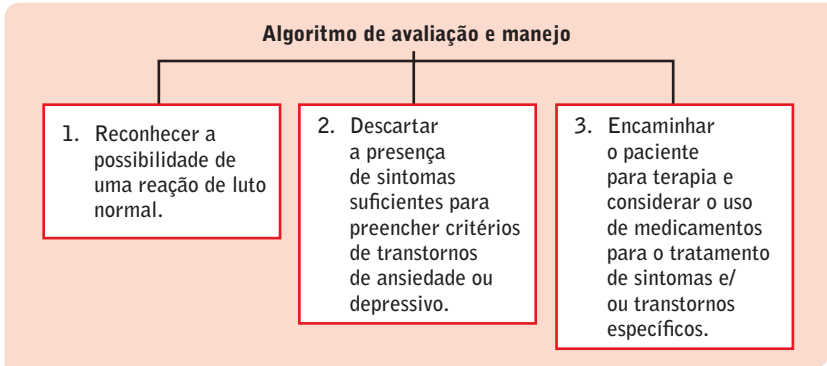
Existem pelo menos duas escalas propostas para medir o luto patológico. Há uma escala própria para sua quantificação que inclui 19 itens que apresentam em um único construto boa consistência (Cronbach alfa = 0,94) e validade.¹¹ Outra escala proposta para aferir luto patológico¹² tem sido validada para espanhol^{13,14} e francês;⁹ ambas ainda não têm tradução validada para o português brasileiro.

MANEJO

A meta do tratamento é de que o paciente seja capaz de trabalhar o luto e a perda, eventualmente reestabelecendo seus contatos sociais e atividades diárias. De uma maneira não crítica, o terapeuta deve explorar os eventos que levaram à morte, a morte em si e o que se sucedeu após o fato. Apesar de essas memórias serem difíceis e dolorosas, em geral são cruciais no trabalho do luto. Como essas emoções são aflitivas, o terapeuta deve ajudar o paciente a entender que, apesar de causarem dor, elas são normais e que, uma vez toleradas, irão melhorar no decorrer do tempo.¹⁵

Existem práticas psicoterapêuticas adaptadas para a situação do luto patológico (traumático, ou prolongado). Segundo o modelo apresentado por Worden,¹⁶ o trabalho do luto envolve pelo menos quatro passos:

1. aceitação da realidade da perda e do luto
2. processamento da dor da perda e do luto
3. ajustamento ao mundo sem a presença da pessoa morta
4. construção de uma conexão duradoura com a pessoa morta no processo de prosseguir vivendo



É importante enfatizar que a vivência do luto pode desencadear recorrência de um quadro depressivo prévio e requerer tratamentos farmacológico e psicoterápico adequados. Além disso, o clínico deve avaliar e eventualmente tratar um transtorno depressivo na vigência de um luto patológico, após uma meticulosa avaliação do risco-benefício, até que diretrizes mais específicas surjam na literatura.

TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

Na ocasião em que se realiza a definição de categorias diagnósticas em psiquiatria, muitos pacientes apresentam sintomas limítrofes, que não se ajustam nos transtornos de ansiedade maiores, do humor ou psicóticos. Reconhecendo essa realidade clínica, a taxonomia psiquiátrica atual propõe critérios para definições de transtornos sublimítrofes, denominados “transtornos de ajustamento”. Historicamente, essas categorias tiveram origem no conceito de “reação” proposto por Meyer, inicialmente organizadas a partir da etapa da vida do sujeito (reação de ajustamento da infância, da adolescência, e assim por diante), evoluindo para a atual organização a partir do DSM-III,¹⁷ em 1980. No esquema diagnóstico da CID-10,⁴ o transtorno de ajustamento também inclui choque cultural, reação de luto e reações de crianças hospitalizadas.

Os transtornos de ajustamento são definidos como uma resposta disfuncional a um determinado estresse psicossocial, no intervalo de três a

seis meses do início do estresse, com duração de até seis meses depois de eliminado o fator causativo.

Conceitos

Os estressores associados com o transtorno de ajustamento podem ser únicos (como o fim de um relacionamento) ou múltiplos (como dificuldades no trabalho compostas por problemas familiares); podem ser recorrentes (como fatores sazonais) ou contínuos (como viver em uma área sujeita a violência urbana); podem afetar um indivíduo, uma família ou mesmo toda uma comunidade. Os estressores podem também estar relacionados com o desenvolvimento psicossocial do sujeito (como sair de casa, iniciar vida profissional, aposentadoria e gestação).

Os transtornos de ajustamento podem ser divididos em dois grupos: agudo (seis meses ou menos de duração) e crônico (mais de seis meses de duração). Os subtipos do transtorno estão listados no Quadro 11.1.

QUADRO 11.1

Subtipos do transtorno de ajustamento

Com humor deprimido	Os sintomas principais são ligados à depressão, como humor deprimido, choro fácil e falta de esperança
Com ansiedade	Os sintomas principais são os ansiosos, como nervosismo, preocupação e inquietação
Com mistura de ansiedade e depressão	Combinação dos tipos descritos acima
Com distúrbio de conduta/comportamento	Os sintomas são uma mistura de comportamentos que violam normas sociais, incluindo agressão, vandalismo e fuga do trabalho/escola
Com distúrbio de emoções e conduta/comportamento	Combinação dos tipos descritos acima
Não especificado	Uma categoria residual, reservada quando a resposta ao estressor não pode ser classificada entre as outras formas de transtorno de ajustamento

Epidemiologia

A maioria dos estudos epidemiológicos populacionais, como o Epidemiological Catchment Area Study (ECA) ou o National Catchment Study (NCS), não inclui transtornos de ajustamento em suas estimativas.¹⁸ Um dos poucos estudos populacionais que inclui o transtorno de ajustamento estimou a prevalência em menos de 1% da população em geral.¹⁹ Em populações com maior risco de trauma, como de veteranos de guerra, a prevalência de transtorno de ajustamento (37,6%) é maior que a de transtorno do humor (22,1%) ou de ansiedade (15,4%).²⁰ Segundo o DSM-5, tal transtorno é o diagnóstico mais comum em serviços psiquiátricos ambulatoriais associados a hospitais; sua prevalência pode chegar a 50%.³ Entretanto, a prevalência pode variar amplamente de acordo com a população estudada e as definições de caso empregadas em diferentes estudos. A porcentagem de indivíduos com um diagnóstico principal de transtorno de ajustamento em serviços ambulatoriais de saúde mental pode variar entre 5 e 20%.³

Em pacientes na atenção primária, a prevalência de transtorno de ajustamento está estimada entre 11 e 18%, enquanto em pacientes hospitalizados se encontra entre 7 e 18%.²¹

Avaliação do paciente

Dada a presença do fator de estresse, uma variedade de subtipos do transtorno de ajustamento tem sido descrita: com humor deprimido, com ansiedade, com mistura de ansiedade e depressão, com distúrbio de conduta/comportamento, com distúrbio de emoções e conduta/comportamento (Quadro 11.1).

É importante descartar a presença de transtornos do humor ou de transtornos de ansiedade antes do diagnóstico de transtorno de ajustamento.

Manejo

É importante ter em mente que os transtornos de ajustamento, para a maioria dos pacientes, são transitórios e podem remitir espontaneamente, responder ao tratamento, evoluir para outro diagnóstico psiquiátrico ou evoluir para a cronicidade. Na presença de estresse crônico, o tratamento continuado pode ajudar a prevenir o surgimento de transtorno depressivo maior ou transtorno de ansiedade.

Tanto o luto quanto o transtorno de ajustamento são geralmente listados entre as condições nas quais a psicofarmacoterapia tem papel

limitado, ou coadjuvante, e nas quais a psicoterapia tem papel principal.²² As intervenções que mais se destacam nessa situação são psicoterapia, psicoeducação e apoio, todos em geral com a perspectiva de serem intervenções breves.

Os princípios para o tratamento dos transtornos de ajustamento incluem:

1. remoção do fator estressante, se possível
2. facilitação da adaptação psicológica ao fator estressante via psicoterapia
3. modificação de respostas disfuncionais ao estresse mediante medicação ou modificação comportamental

Profissionais de saúde mental que trabalham no meio militar desenvolveram uma série de abordagens para diminuir o tempo de afastamento do serviço e criaram um conjunto de princípios: breve, imediata, centralizada, expectante, próxima e simples (BICEPS). Uma revisão sistemática de 10 ensaios clínicos de psicoterapias voltadas para a recuperação ocupacional de pacientes com transtorno de ajustamento concluiu que as intervenções do tipo psicoterapia para a solução de problemas aceleram o retorno ao trabalho em tempo parcial em cerca de 17 dias.²³ Técnicas de relaxamento podem ser utilizadas para reduzir a ansiedade. Se o paciente apresenta comportamento autodestrutivo, o uso de terapia dialética comportamental fica indicado. A terapia cognitivo-comportamental tem sido utilizada amplamente em transtornos de ajustamento, e a participação em grupos de ajuda mútua pode auxiliar no controle dos sintomas.

Psicofarmacologia

Um ensaio clínico comparando um ansiolítico não benzodiazepínico (etifoxina) com um benzodiazepínico (lorazepam) demonstrou uma resposta similar entre ambos sendo que o grupo que recebeu etifoxina apresentou menores índices de ansiedade rebote.²⁴ Dois ensaios clínicos testaram preparações baseadas em produtos naturais (incluindo kava-kava²⁵ e ginkgo²⁶), encontrando efeitos positivos em pacientes com transtorno de ajustamento.

O uso, por curta duração, de sedativos pode ser contemplado para o manejo farmacológico da insônia, entre eles: difenidramina (25 a 50 mg), trazodona (50 a 100 mg) e mirtazepina (7,5 a 15 mg). Hipnóticos como o zolpidem (5 a 10 mg) ou zaleplon (5 a 10 mg) também podem ser utili-

zados. Quando a sintomatologia ansiosa for um problema clínico maior, o uso de benzodiazepínicos (lorazepam 1 a 2 mg, diazepam 5 mg) pode ser benéfico, em regime de curta duração, levando-se em consideração o risco de dependência e abuso.

REFERÊNCIAS

1. Solano JP. Traumatic and complicated grief? *Cienc Saude Colet*. 2011;16(10):4237-8.
2. Chen JH, Bierhals AJ, Prigerson HG, Kasl SV, Mazure CM, Jacobs S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychol Med*. 1999;29(2):367-80.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM*. 5th ed. Washington: APA; 2013.
4. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed; 1993.
5. Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University; 2012.
6. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(6):637-62.
7. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000121.
8. Lannen PK, Wolfe J, Prigerson HG, Onelov E, Kreicbergs UC. Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *J Clin Oncol*. 2008;26(36):5870-6.
9. Paulhan I, Bourgeois M. The TRIG (Texas Revised Inventory of Grief) questionnaire. French translation and validation. *Encephale*. 1995;21(4):257-62.
10. Ellifritt J, Nelson KA, Walsh D. Complicated bereavement: a national survey of potential risk factors. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003;20(2):114-20.
11. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 1995;59(1-2):65-79.
12. Fetterman A, Holland JM, Brown PJ, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. Factorial validity of the Texas Revised Inventory of Grief-Present scale among bereaved older adults. *Psychol Assess*. 2010;22(3):675-87.
13. Garcia-Garcia JA, Landa Petralanda V. The revised Texas Grief Inventory adapted to Spanish. *Aten Primaria*. 2001;28(4):290.
14. Garcia Garcia JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I. Texas revised inventory of grief: adaptation to Spanish, reliability and validity. *Aten Primaria*. 2005;35(7):353-8.

15. Swartz H, Markowitz J. Techniques of individual interpersonal psychotherapy. In: Gabbard G, editor. Textbook of psychotherapeutic treatments. Arlington: APP; 2009.
16. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner. 4th ed. New York: Springer; 2009.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. 3rd ed. Washington: APA; 1980.
18. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2009;5:15.
19. Casey P, Maracy M, Kelly BD, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, et al. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. J Affect Dis. 2006;92(2-3):291-7.
20. Rundell JR. Demographics of and diagnoses in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically evacuated from the theater of operations. Gen Hosp Psychiatr. 2006;28(4):352-6.
21. Taggart C, O'Grady J, Stevenson M, Hand E, Mc Clelland R, Kelly C. Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. Gen Hosp Psychiatr. 2006;28(4):330-5.
22. Weigel M, Purselle D, D'Orio B, Garlow S. Treatment of psychiatric emergencies. In: Schatzberg A, Nemeroff C, editors. Textbook of psychopharmacology. 4th ed. Arlington: APP; 2009.
23. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD006389.
24. Nguyen N, Fakra E, Pradel V, Jouve E, Alquier C, Le Guern ME, et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. Human Psychopharmacology. 2006;21(3):139-49.
25. Volz HP, Kieser M. Kava-kava extract WS 1490 versus placebo in anxiety disorders--a randomized placebo-controlled 25-week outpatient trial. Pharmacopsychiatry. 1997;30(1):1-5.
26. Woelk H, Arnoldt KH, Kieser M, Hoerr R. Ginkgo biloba special extract EGb 761 in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Psychiatr Res. 2007; 41(6):472-80.

12

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Taciana G. Costa Dias
Marcos Ribeiro
Débora Muszkat
Guilherme V. Polanczyk

Os transtornos mentais acometem entre 10 e 15% das crianças e dos adolescentes na comunidade e estão associados a sofrimento e a prejuízos no relacionamento familiar e social e no aprendizado, interferindo negativamente no desenvolvimento dos indivíduos afetados.¹ O atendimento em emergência pode ser necessário durante o curso dos transtornos mentais em crianças e adolescentes em função de intensificação dos sintomas, colocando a criança em situações de risco, ou em função de esgotamento dos recursos de suporte.²

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. Os casos mais comuns nesse contexto incluem, entre outros, situações de abuso (físico, sexual ou psicológico), comportamento suicida, comportamentos agressivos e violentos (auto e/ou heteroagressivos), transtornos dissociativos e anorexia nervosa.

Uma emergência psiquiátrica disposta a atender crianças e adolescentes deve ser composta por equipe que inclua psiquiatra, pediatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais. No entanto,

muitas vezes, o primeiro atendimento é realizado por clínicos gerais ou pediatras em uma emergência não especializada, o que demanda adequada capacitação para a abordagem inicial.³ É fundamental que os serviços de emergência ofereçam suporte médico, psicológico e social ao paciente, assim como aos diretamente envolvidos com ele, cuja necessidade irá variar de acordo com cada situação. 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.³

CONCEITOS

- **Crianças:** indivíduos até os 12 anos de idade.
- **Adolescentes:** indivíduos dos 12 aos 18 anos de idade.
- **Agitação:** é o aumento dos movimentos corporais de forma generalizada, podendo ser acompanhada por relato subjetivo de sensação de inquietude. Pode ocorrer em consequência de diversas condições: transtorno mental orgânico, intoxicação/abstinência de substâncias, transtorno do espectro autista (TEA), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, retardo mental, transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtorno de oposição e desafio e transtorno da conduta. Deve-se lembrar sempre que a agitação também pode ser efeito colateral do uso de medicamentos, como é o caso da acatisia induzida por neurolépticos ou do efeito paradoxal dos benzodiazepínicos.
- **Agressividade:** é a emergência psiquiátrica mais comum. Pode ocorrer agressão física ou verbal, tanto auto como heterodirigida. A depender da idade e da cognição da criança, muitas vezes é difícil estabelecer sua intencionalidade ou definir em que circunstâncias ocorre. Um indivíduo pode comportar-se agressivamente porque está frustrado, como pode acontecer com um adolescente com problemas de conduta que fora impedido de sair de casa por seus pais ou com uma criança autista que bate a cabeça contra a parede.
- **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. Dada a amplitude da faixa etária que pode ser levada a atendimento por esse motivo, o clínico deve atentar-se para adaptar sua avaliação à idade cronológica e cognitiva do paciente.

- **Anorexia:** constitui-se em quadro clínico de peso corporal abaixo de 85% do esperado ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o crescimento, medo intenso de ganhar peso e/ou engordar, distorção da imagem corporal e amenorreia por três ciclos ou mais (para meninas pós-menarca). Constitui-se em emergência psiquiátrica e clínica quando há declínio significativo do peso e/ou desequilíbrio das funções orgânicas, como hipotermia e alterações hidreletrolíticas.⁴
- **Maus-tratos:** incluem condições de abuso físico, emocional ou sexual contra crianças e adolescentes. A negligência de cuidados e a fabricação de sintomas, tal como no transtorno factício, também são consideradas maus-tratos.⁵

EPIDEMIOLOGIA

Dados de atendimento da unidade de emergência da Universidade de Yale, nos Estados Unidos, apontam para um uso crescente dos serviços de emergência na infância e adolescência. Enquanto entre outubro de 1963 e julho de 1964 indivíduos abaixo de 15 anos respondiam por 0,6% da população atendida, esse percentual passou para 2,5%, em 1995, e 3,9%, em 1999, o que demonstra um aumento de mais de 60% em 1995.² No Brasil, não há estatísticas nacionais que descrevam os motivos pelos quais crianças e adolescentes buscam atendimento em setores de emergência psiquiátrica. As situações clínicas abordadas neste capítulo são frequentes em nosso meio.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

A criança ou o adolescente normalmente será levado ao serviço por terceiros (Quadro 12.1). Outras especialidades médicas podem solicitar uma interconsulta psiquiátrica na instituição em que a criança já está sendo atendida ou encaminhar um paciente com uma comorbidade psiquiátrica que se agravou e que precisa ser priorizada no momento.

É importante ressaltar que a infância e a adolescência incluem uma ampla faixa etária, bastante heterogênea e que guarda particularidades quando comparada à de um adulto. Duas peculiaridades são muito importantes:

- o estilo cognitivo, que varia conforme a idade e implica menor ou maior possibilidade de fornecer um relato verbal adequado sobre si mesmo e sobre os fatos e

QUADRO 12.1

Possíveis fontes de informação na avaliação de crianças e adolescentes na unidade de emergência psiquiátrica

Cuidadores principais

Familiares

Escola

Membros de outros serviços (Conselho Tutelar, polícia, bombeiros, outros serviços médicos)

- a possibilidade de a criança apresentar uma atitude esquiva com um desconhecido (o clínico que a atende), o que pode independer do quadro clínico a ser abordado.

O clínico deve coletar o máximo de informações possíveis para estabelecer um diagnóstico adequado. Muitas vezes, não basta a entrevista clínica com o paciente e com as pessoas que o trouxeram, pois a coleta de informações pode ser prejudicada pelo negativismo ativo do paciente, pelo desconhecimento dos acompanhantes em relação à história dele ou em razão de os acompanhantes deliberadamente omitirem informações importantes para o entrevistador. Também é importante lembrar que o próprio paciente pode omitir informações que ele reconheça como vergonhosas, como referentes a abuso sexual ou a comportamento alimentar restritivo ou purgativo, por exemplo. O mesmo pode acontecer com pacientes psicóticos, que podem não referir alterações sensoperceptivas, ou dependentes químicos, que podem minimizar a quantidade e a frequência com que utilizam substâncias ou seu envolvimento em comportamentos ilícitos ou de risco (Quadro 12.2).^{2,3}

Situações comuns

Maus-tratos

As seguintes situações constituem maus-tratos: abuso físico, sexual e/ou emocional, negligência e produção deliberada de sintomas por um adulto. Deve-se suspeitar delas quando as explicações para a apresentação clínica ou de uma lesão são incompatíveis com a avaliação (apresentação clínica

QUADRO 12.2

Focos de avaliação

Anamnese + exame mental do paciente (foco na queixa principal)

- Por que a procura?
- Qual a queixa-alvo?
- Há outras queixas?
- Que fatores podem ser responsáveis pelo quadro? – agravamento de quadro psiquiátrico, quadro clínico comórbido, uso de substâncias – A queixa de terceiros é compatível com o observado pelo clínico durante a observação da criança/adolescente?

Funcionamento atual (casa, escola, atividades extracurriculares)

Desenvolvimento do paciente

Funcionamento familiar

Tratamentos prévios

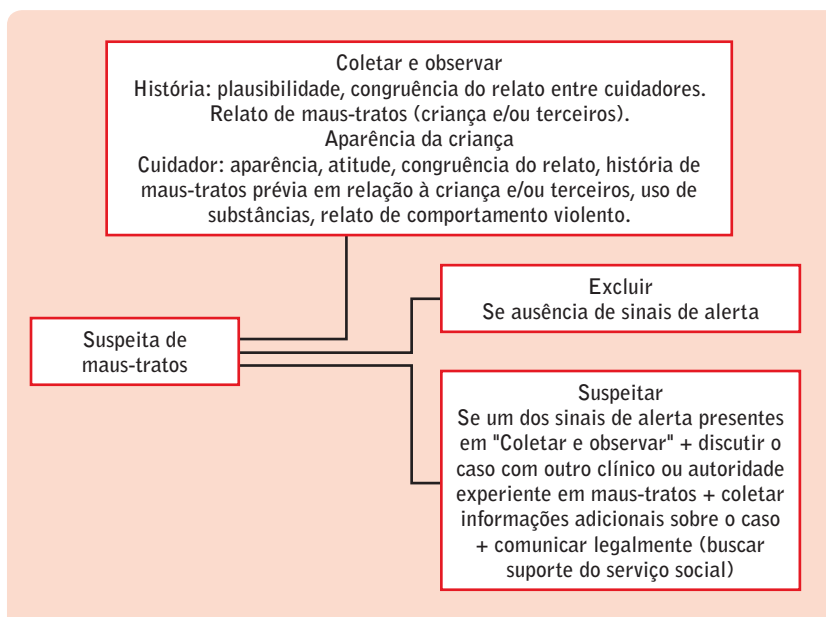
Atendimento prévio em unidades de emergência (caracterizar tempo, frequência, motivo, se houve resolução do quadro).

incongruente com o relato, com o nível de desenvolvimento e com as atividades da criança, por exemplo) ou quando os relatos de diferentes cuidadores são incongruentes.⁵ A suspeita requer a realização de comunicação legal às autoridades (Fig. 12.1).

Comportamento suicida na adolescência

Uma situação comum na emergência psiquiátrica é o comportamento suicida em crianças e adolescentes, mais comum nos últimos. Tal situação é preocupação de saúde pública devido à frequência, ao risco de recorrência, aos gastos do sistema de saúde e ao risco aumentado de consumação do suicídio.⁶ No Brasil, a taxa de mortalidade específica por suicídio, em 2010, foi de 0,6 (por 100 mil habitantes), entre crianças de 10 a 14 anos, e de 3,6, entre adolescentes de 15 a 19.⁷ A taxa de internação por lesões autoprovocadas foi de 0,20 e de 0,46 (por 10 mil habitantes) nas faixas etárias de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, respectivamente.⁷

Crianças e adolescentes que tentam suicídio podem apresentar diversas condições, tais como episódio depressivo, episódio misto de transtorno bipolar, conflitos familiares, exposição a maus-tratos e uso/abuso de substâncias. Na avaliação clínica, é fundamental que sejam distinguidos os pacientes com maior risco de suicídio daqueles que tendem a apresentar

**FIGURA 12.1**

Algoritmo de avaliação de maus-tratos.

um curso benigno. Assim, deve-se avaliar o estado mental do paciente, a história de tentativas prévias, a história familiar de suicídio e tentativas, o suporte familiar e a disponibilidade do método letal.

Na emergência, deve-se sempre colher informações de outro informante (responsável, familiar e/ou profissional que encaminhou o paciente) para que se esclareçam o contexto da tentativa e os fatores de risco. Deve-se investigar o fator que motivou a tentativa e a presença de quadros psiquiátricos. Uma avaliação adequada do risco de suicídio é fundamental para definir a conduta subsequente.

Fatores de risco para suicídio são tentativa prévia, pensamentos persistentes de suicídio, sexo masculino, depressão, mania, hipomania, ansiedade severa, abuso de substâncias, presença de delírios ou alucinações, agitação e ameaças de violência a terceiros.⁶ A intencionalidade e a letalidade são características importantes que devem ser avaliadas considerando o desenvolvimento cognitivo do paciente; uma criança, por exemplo, pode fazer uma tentativa com um método pouco letal, mas tendo o entendimento de que morreria por meio dele. Apesar da baixa letalidade objetiva do

método, a alta intencionalidade da tentativa coloca essa criança em alto risco. Pacientes que apresentam desejo persistente de morrer ou alteração clara do estado mental podem necessitar de internação psiquiátrica para tratamento e observação até que o estado mental e o risco de suicídio se normalizem. Outras indicações de internação psiquiátrica são falta de estrutura familiar, intoxicação por álcool ou outras substâncias e presença de múltiplos fatores de risco.

O psiquiatra pode considerar a não internação de uma criança ou adolescente que tentou suicídio e chegou ao serviço de emergência desde que não exista risco iminente e haja suporte familiar adequado. Um adulto responsável deve se comprometer a supervisionar o paciente constantemente pelo período indicado e a remover do ambiente qualquer objeto e medicamento que possa ser usado como método para uma nova tentativa. Nesse caso, o psiquiatra deve estar disponível para ser contatado pelo paciente ou pela família em horários não comerciais, e uma nova avaliação deve ser agendada para breve.

Uma avaliação formal do risco de suicídio por meio de um questionário estruturado pode ser recomendada para melhor identificação de pacientes de risco. Uma escala que pode ser utilizada para avaliação do risco de suicídio em diferentes faixas etárias é a *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS), desenvolvida por pesquisadores das Universidades de Columbia, Pennsylvania e Pittsburg, nos Estados Unidos.⁸ Trata-se de uma entrevista semiestruturada, com uma sessão que avalia itens específicos preditivos de risco em pacientes pediátricos (Quadro 12.3).

Agitação e agressividade

Agitação e agressividade graves são motivos comuns para encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de emergência psiquiátrica. Eles podem ser levados por familiares, polícia ou serviços médicos de emergência e podem ou não apresentar sintomas ativos durante o atendimento. A primeira etapa do atendimento consiste em garantir segurança para o paciente, a sua família e a equipe médica. Agitação e/ou agressividade podem ocorrer no contexto de diversos transtornos psiquiátricos, como hipomania ou mania, intoxicação por substâncias, transtornos dissociativos, transtorno da conduta, estado psicótico, retardo mental ou transtorno do espectro autista. Além disso, situações socioculturais específicas podem ser fatores de risco para tais episódios, como famílias violentas e desajustadas, exposição a maus-tratos e situações traumáticas recentes ou prolongadas.² Outros fatores de risco para agressividade e agitação são condições orgânicas, como estados tóxico-me-

QUADRO 12.3**Itens avaliados pela Columbia – *Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*
– versão para crianças****Ideação suicida**

Desejo de estar morto

Pensamentos suicidas ativos não específicos

Ideação suicida ativa com qualquer método (sem plano) sem intenção de agir

Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico

Ideação suicida ativa com plano específico e intenção

Intensidade da ideação

Ideação mais grave (1 a 5)

Frequência

Comportamento suicida

Tentativa real

Tentativa interrompida

Tentativa abortada ou autointerrompida

Atos ou comportamentos preparatórios

Sobre as tentativas reais

Letalidade/Prejuízo médico (0 a 5)

Letalidade potencial (se não houver letalidade real; 0 a 2)

Fonte: Posner e colaboradores.⁸

tabólicos e efeitos colaterais de medicações. Condições neurológicas, como estado pós-concussivo e epilepsia de lobo temporal, também podem desencadear episódios de agressividade e agitação, assim como a exposição ao ambiente hostil, caótico e estressante da unidade de emergência.

No atendimento de crianças e adolescentes agressivos e agitados, é fundamental que se estabeleça um diagnóstico diferencial para a definição do tratamento de curto prazo e para a elaboração de um plano de avaliação e/ou tratamento a longo prazo.² É necessário, portanto, que se colha uma história médica e psiquiátrica detalhada, incluindo diagnósticos e tratamentos prévios, uso de medicações e uso de substâncias. Aspectos a serem questionados e observados na avaliação estão descritos no Quadro 12.4.

QUADRO 12.4

Abordagem de crianças e adolescentes agressivos

História

História de comportamento agressivo recente ou no passado
História psiquiátrica pessoal
História de uso ou acesso a psicofármacos e a substâncias de abuso
Informações sobre a família e o ambiente social

Episódio agressivo atual

Eventos precedentes e precipitantes
Detalhes sobre o episódio atual
Perspectiva do paciente
Perspectiva das pessoas envolvidas ou testemunhas
Resposta das outras pessoas ao episódio
Grau de premeditação e planejamento X impulsividade

Observação/Avaliação

Egossintonicidade X egodistonicidade
Consistência com comportamento prévio ou estilo
Violência exagerada ou descontrolada e uso de armas
Intenção de autodefesa
Evidência de prejuízo grosseiro de julgamento ou consciência
Comportamento ou conteúdo do pensamento bizarro ou delirante
Risco de autoagressão durante o episódio violento
Capacidade da criança de lembrar-se de detalhes sobre o episódio, assumir responsabilidade ou expressar arrependimento

Na abordagem de pacientes agressivos na unidade de emergência, o clínico deve ter em mente dois objetivos principais:

1. realizar a avaliação e, simultaneamente,
2. controlar os sintomas.²

Pode ser necessário realizar contenção física ou química durante a avaliação, para garantir a segurança do paciente, do profissional e das pessoas ao redor. O comportamento do paciente deve ser controlado antes que seja possível fazer uma avaliação médica e psiquiátrica e colher a história

detalhada. Orientações sobre o manejo de pacientes agressivos serão discutidas na seção “Manejo”, abordada mais adiante.

Retardo mental e transtorno do espectro autista

Crianças com retardo mental (RM) ou transtorno do espectro autista podem apresentar episódios de auto e/ou heteroagressividade que demandem um atendimento de emergência. Embora o manejo desses casos seja, em vários aspectos, semelhante ao descrito anteriormente, tais pacientes exigem uma abordagem diferenciada. Como nos outros casos de agressividade, a primeira tarefa no atendimento de indivíduos com RM ou TEA que estejam apresentando comportamento agressivo ou autolesivo é garantir a segurança do paciente, da sua família e da equipe. Contenção física temporária pode ser necessária caso tentativas de redirecionamento não sejam bem-sucedidas. Além disso, pode ser indicada a contenção química. Devido à redução das habilidades de comunicação, comumente apresentada por esses pacientes, sintomas físicos podem ser expressos, como agitação, agressividade e comportamento autolesivo. Portanto, deve-se investigar causas que justifiquem a exacerbação aguda do distúrbio de comportamento, como obstipação intestinal, febre ou infecção, efeitos adversos de medicações e alterações da rotina ou do ambiente.⁹

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa também pode levar a criança ou o adolescente ao atendimento de emergência, devido ao potencial risco de morte associado à perda de peso. O transtorno é caracterizado por recusa em manter o peso dentro dos limites normais para idade e altura, medo intenso de engordar e alteração da percepção da imagem corporal.⁴ Pode haver perda ou falha em ganhar peso durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor do que 85% do esperado. Para adolescentes pós-menarca, os critérios diagnósticos incluem amenorreia. O transtorno é mais comum em indivíduos do sexo feminino e geralmente inicia na adolescência, embora não seja infrequente em meninos, inclusive pré-púberes, apresentarem-se com anorexia em serviços terciários.

A anorexia nervosa tem uma taxa de mortalidade em torno de 5%, uma das mais altas entre os transtornos psiquiátricos.^{10,11} Os pacientes podem apresentar-se ao atendimento de emergência devido a sintomas decorrentes de complicações endócrinas ou metabólicas e a desidratação. Geralmente são levados pela família e negam seu estado de má nutrição

e doença. Sintomas a serem questionados e investigados na avaliação de crianças e adolescentes com suspeita de anorexia são citados no Quadro 12.5.

Uma avaliação clínica detalhada é necessária para que sejam excluídas causas clínicas de má nutrição e perda de peso e se investiguem complicações endócrinas e metabólicas. Clínico geral, pediatra, nutricionistas e psiquiatra devem trabalhar em colaboração no atendimento desses pacientes, para que o diagnóstico seja confirmado e o tratamento adequado seja implementado. O objetivo na unidade de emergência é restabelecer o equilíbrio hidreletrolítico e reverter o quadro de desnutrição aguda. Indicações de internação são: alterações cardíacas (bradicardia ou disritmias), anormalidades eletrolíticas graves, alteração do estado mental ou risco de suicídio, peso corporal extremamente baixo e falha do tratamento ambulatorial.

QUADRO 12.5

Sintomas a serem questionados a crianças e adolescentes com suspeita de anorexia nervosa na unidade de emergência

Sintomas específicos

Peso atual
Peso mais alto
Peso mais baixo
Hábito de exercícios
Ciclos menstruais
Hábitos purgativos (vômitos, laxativos, etc.)

Comorbidade com transtorno depressivo

Insônia terminal
Choro fácil
Pensamentos ou planos suicidas

Revisão de sistemas

Constipação
Saciedade precoce
Hipotermia
Náusea
Perda de cabelos
Fadiga

Sintomas dissociativos

Sintomas dissociativos são caracterizados por perturbações da integração entre processos mentais e podem envolver alterações de memória, consciência, identidade ou percepção do ambiente.⁴ Representam um dos critérios para o diagnóstico de transtorno de estresse agudo⁴ e, em crianças, podem ser indicação de abuso ou trauma.

Um quadro dissociativo pode ser de difícil identificação em crianças e pré-adolescentes e é frequentemente confundido com desatenção, ansiedade, comportamento opositor e sintomas psicóticos. Informações de múltiplas fontes podem ser necessárias para esclarecimento do quadro. A apresentação clínica dos sintomas dissociativos em crianças e pré-adolescentes pode envolver: alterações de memória, labilidade afetiva, alterações do humor (falta de esperança, disforia crônica), dificuldades de atenção, aprendizado e concentração, ansiedade, alucinações, desorganização do pensamento e alterações do conteúdo do pensamento.¹²

Na abordagem da criança ou do adolescente com sintomas dissociativos na unidade de emergência, deve-se esclarecer as características do ambiente em que vivem, oferecer-lhes um ambiente seguro e garantir que não estejam mais expostos ao abuso ou trauma que desencadeou o episódio.¹² Deve-se envolver os familiares no tratamento e, se necessário, entidades protetoras de menores. Quando o quadro oferece riscos para o paciente ou os outros, pode ser recomendado empregar medicação para tratar sintomas específicos, como agitação e agressividade, ou hospitalizar o paciente.

MANEJO

Na abordagem do paciente potencialmente agressivo, a preocupação primordial deve ser a segurança do próprio paciente e das pessoas envolvidas com a abordagem e contenção, incluindo o clínico que está fazendo a avaliação. A equipe deve ser formada por profissionais especializados em saúde mental, com experiência no atendimento a crianças e adolescentes. Para minimizar situações de agitação e agressividade, deve-se procurar manter uma atmosfera calma, com a menor quantidade de estímulos possível, sem confrontação direta do paciente com conteúdos difíceis. Deve-se evitar ficar a sós com ele em local de difícil acesso para a equipe, posicionando-se sempre próximo à saída, e atentar para a ocorrência de sentimentos de desconforto, raiva ou ameaça, pois tais sinais fornecem pistas importantes para a possibilidade de violência ou agitação. A entrevista deve ser realizada em local que, além de fácil acesso, permita certa privacidade. O ambiente deve ser adaptado para a possível necessidade de medicar ou conter o paciente.

A equipe deve informar à família e ao paciente o que será tolerado dentro do ambiente de forma empática e assertiva.

Os adolescentes podem ser avaliados sozinhos, sendo assegurado ao jovem o sigilo médico, que só não será mantido caso houver risco ao paciente ou a terceiros. A presença de familiares pode ser incentivada, mas não é obrigatória inicialmente, embora seja necessária em um momento posterior, para que seja coletada uma história objetiva e para que se faça a avaliação das relações familiares. Além do relato dos pais e familiares, informações de outros profissionais que estejam atendendo o paciente, de outros cuidadores, da escola e de serviços de proteção podem auxiliar na avaliação e no planejamento terapêutico.¹³⁻¹⁵

Internação

Dados dos Estados Unidos apontam que 30% dos jovens levados ao serviço de emergência psiquiátrica necessitam de hospitalização, sendo que entre 9 e 18% já foram atendidos nesses serviços anteriormente.¹³ A hospitalização, quando necessária, deve ser realizada em unidade pediátrica ou unidade psiquiátrica específica para o atendimento de crianças e adolescentes e que conte com equipe multidisciplinar. A presença da família em tempo integral é necessária para que sejam avaliadas as relações familiares e intervenções sejam implementadas.

A história clínica, as informações do paciente e dos familiares e o exame do estado mental fornecem ao médico da emergência dados para a formulação preliminar de hipóteses diagnósticas e dos fatores que levaram à crise atual e ao encaminhamento para o serviço de emergência. Na avaliação da necessidade de internação, deve-se ponderar se o jovem está apto a retornar à situação de vida atual, com intervenções adicionais e suporte, ou se um tratamento mais intensivo, em ambiente seguro e controlado, como a unidade de internação psiquiátrica ou pediátrica, é necessário. Essa decisão depende, em grande parte, da avaliação do risco que esse paciente representa para si próprio e para outros. Situações graves, como tentativas de suicídio, intoxicação aguda, *delirium*, quadros psicóticos produtivos ou quadros de agitação e agressividade persistentes, apesar de tratamento adequado, são indicações precisas de internação.¹⁵

Tratamento farmacológico

A decisão pelo tratamento farmacológico é feita quando medidas de contenção verbal e intervenções comportamentais não tiveram sucesso ou em casos em que há risco iminente para o paciente ou terceiros.

A escolha da medicação deve ser feita com base nos seguintes critérios: grau de evidência de eficácia e segurança do tratamento indicado, levando em consideração a idade do paciente, a gravidade dos sintomas, os objetivos clínicos da intervenção, o diagnóstico de base, a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, o uso concomitante de outras medicações e história de alergia ou antecedentes de efeitos colaterais com psicotrópicos. As medicações mais utilizadas em situações de emergências psiquiátricas são os antipsicóticos e os benzodiazepínicos, devido ao potencial sedativo e ao rápido início de ação.

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.¹⁵

No caso de comportamentos agressivos, a intervenção deve ser adequada para a gravidade do quadro. Agressão leve, sem destruição de propriedade (com ou sem comportamento ameaçador), pode ser controlada com intervenções psicossociais. Agressão moderada a grave ou comportamento ameaçador com risco importante podem ser tratados com antipsicóticos intramusculares, avaliando-se a necessidade de contenção física caso houver risco iminente ao próprio paciente ou a terceiros.¹⁶

Os antipsicóticos atípicos são prescritos para um amplo espectro de sintomas na infância, sendo muitas vezes utilizados sem embasamento em evidências científicas. Em crianças e adolescentes, assim como em adultos, a incidência de efeitos colaterais extrapiramidais é menor para os antipsicóticos atípicos do que para os típicos, porém, é alto o risco de alterações metabólicas, como ganho de peso, dislipidemia e síndrome metabólica.^{17,18}

Uma recente comparação entre antipsicóticos típicos e atípicos encontrou diferenças mínimas entre os efeitos colaterais e descontinuação.¹⁹ Os atípicos podem auxiliar no manejo de quadros agudos, porém, seu uso fica limitado aos pacientes em condições de ser medicados por via oral, pois as apresentações intramusculares são caras e geralmente não disponíveis no sistema público de saúde no Brasil. A escolha da via de administração depende da gravidade do quadro, do grau de cooperação do paciente, assim como da disponibilidade de medicações no serviço. As administradas por via intramuscular têm início de efeito mais rápido em relação à via oral.¹⁵

Algumas crianças e adolescentes podem tranquilizar-se logo após a entrada no serviço de emergência ou a tomada de medicação por via oral, possivelmente pelo efeito do próprio atendimento médico e da mudança

de ambiente. Nesse sentido, sempre que a situação clínica permitir, a medicação por via oral deve ser priorizada. Em casos graves, em que a criança ou o adolescente não está em condições de cooperar devido ao grau de agitação e/ou agressividade, apresentando risco para si próprio ou terceiros, medidas de contenção física devem ser utilizadas para possibilitar a administração de medicação. A contenção física deve ser sempre realizada por profissional da saúde treinado e deve ser suspensa assim que houver controle dos sintomas-alvo.^{15,20}

A Tabela 12.1 resume as principais medicações utilizadas em emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes e suas indicações, que apresentam evidência científica e aprovação da Food and Drug Administration (FDA).

Questões legais: como reportar abuso e maus-tratos?

O papel do psiquiatra da infância e adolescência ante a violência envolve auxiliar na identificação diagnóstica, propiciar atendimento emergencial e interagir com os demais membros da equipe multidisciplinar, sendo importante manter o objetivo de verificar o quão confiável é a evidência de que existe o abuso. Em caso de dúvida, deve-se proteger a vítima até o esclarecimento da situação. Esses casos têm implicação legal, de modo que o médico é obrigado a relatar o fato ou mesmo suspeitas às entidades legais de proteção à criança.²¹ As perguntas devem ser isentas de qualquer conotação de acusação ou de censura, embora as intenções de esclarecer a suspeita ou a confirmação dos maus-tratos e de proteger a criança de novas agressões devam estar sempre presentes.^{22,23}

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)²⁴ determina como obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança ou o adolescente, sendo o abuso sexual uma das formas mais graves. Em geral, a notificação realizada em uma instância dos serviços de saúde segue para o Conselho Tutelar da cidade onde ocorreu o evento, com cópia para a Secretaria de Saúde do município. A principal finalidade desse ato é dar apoio e proteção à criança e ao adolescente e a sua família.²²

A abordagem à família deve ser empática, uma vez que, na maioria das vezes, a intervenção terá como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares. Diante de qualquer tipo de maus-tratos, todos os dados obtidos a respeito da criança (relatos sobre o episódio, exame físico e exames complementares) devem ser cuidadosamente registrados no prontuário, uma vez que a Justiça pode solicitar cópias da documentação da unidade de saúde. É importante fundamentar a suspeita por meio de ana-

TABELA 12.1

Principais medicações utilizadas em emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes

Medicação	Dose e via de administração	Nível de evidência por diagnóstico	Aprovação pela FDA	Considerações
Haloperidol	V0: iniciar com 0,5 mg/dia com dose-alvo de 0,05-0,15 mg/kg/dia, para transtornos psicóticos, e de 0,05-0,075 mg/kg/dia, para quadros não psicóticos V0 IM	Transtorno de Tourette – Grau I Sintomas psicóticos – Grau II Hiperatividade, alterações de comportamento, hiperexcitabilidade – Grau II	A partir de 3 anos	A eficácia não é bem estabelecida para faixa etária pediátrica; não utilizar em menores de 3 anos. O uso de substâncias anticolinérgicas pode causar ativação do comportamento. A condição para o uso é ter fácil acesso a substâncias anticolinérgicas para administração IM em caso de SEP.
Olanzapina	2,5-10 mg V0 IM	Esquizofrenia – Grau II Transtorno do humor bipolar – Grau II	A partir de 13 anos A partir de 10 anos	Apesar de não ser oficialmente recomendada, estudos recentes sugerem que a olanzapina V0 é eficaz e segura para distúrbios do comportamento nessa faixa etária. A formulação IM não é recomendada para menores de 18 anos. Maior risco de efeitos colaterais.

(Continua)

TABELA 12.1Principais medicações utilizadas em emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes (*continuação*)

Medicação	Dose e via de administração	Nível de evidência por diagnóstico	Aprovação pela FDA	Considerações
Midazolam	0,1-0,15 mg/kg VO IM EV	Não aprovado para agressividade e agitação psicomotora	Aprovado para sedação pré-cirúrgica em crianças e adolescentes	<p>Maior risco de ativação do comportamento.</p> <p>Menor tempo de ação em relação ao haloperidol.</p> <p>Pode causar sedação profunda e depressão respiratória.</p> <p>O flumazenil (antagonista) deve estar disponível.</p>
Aripiprazol	5,25-15 mg VO	Esquizofrenia – Grau II Transtorno do humor bipolar – Grau II Agressividade – Grau I	A partir de 13 anos A partir de 10 anos Irritabilidade em pacientes autistas – de 5 a 16 anos	<p>Dados recentes sugerem que pode ser eficaz para distúrbios do comportamento em crianças e adolescentes, especialmente em baixas doses.</p> <p>Monitoração mais intensa devido a maior risco de efeitos colaterais.</p>
Risperidona	0,5-2,0 mg/dia VO	Esquizofrenia – Grau II Transtorno do humor bipolar – Grau I Agressividade – Grau I Transtorno de Tourette – Grau I	A partir de 13 anos A partir dos 10 anos Irritabilidade em pacientes autistas – de 5 a 16 anos	Antipsicótico mais utilizado nessa população.

(Continua)

TABELA 12.1
Principais medicações utilizadas em emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes (*continuação*)

Medicação	Dose e via de administração	Nível de evidência por diagnóstico	Aprovação pela FDA	Considerações
Ziprasidona	10-20 mg	Esquizofrenia – Grau II	A partir de 13 anos	Dados recentes sugerem que pode ser segura e efetiva no tratamento de distúrbios do comportamento.
	V0	Transtorno do humor bipolar – Grau II	A partir de 10 anos	Monitoração de ECG recomendável (risco de aumento do intervalo QT).
	IM			
Biperideno	0,04 mg/kg/dose (dose repetida a cada 1/2 hora, se necessário, até um máximo de 4 doses/dia)	Sintomas extrapiramidais induzidos por medicações		A postura distônica induzida por medicação pode ser rapidamente revertida pela administração EV lenta de 1-2 mg de biperideno.
	IM			Monitorar possível reação adversa anticolinérgica, que, apesar de ser mais frequente em superdosagens, também pode acontecer com doses terapêuticas.
	EV			Evitar administração concomitante com outras substâncias que apresentem efeitos anticolinérgicos secundários.

FDA, Food and Drug Administration; V0, via oral; IM, intramuscular; EV, endovenosa; SEP, sintomas extrapiramidais; ECG, eletrocardiograma.
Nível de evidência: Grau I – pelo menos uma revisão sistemática de vários ensaios clínicos randomizados controlados; Grau II – evidência de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado.

mnese e exame físico cuidadosos e, quando possível, avaliação social e psicológica. A notificação não é uma ação policial, mas objetiva desencadear uma atuação de proteção à criança e de suporte à família.

O Conselho Tutelar tem a obrigação de continuar a garantir a confidencialidade da situação. É eticamente aconselhável que se converse com a família, explicando de forma detalhada que a criança irá se beneficiar de ajuda competente. A notificação ao Conselho Tutelar não exclui a possibilidade de encaminhar a família, paralelamente, para serviços de apoio complementares.^{23,25}

A principal preocupação em uma intervenção deve ser a avaliação da capacidade da família de proteger a criança de novas situações de abuso e a possível necessidade do afastamento imediato da criança. Há situações em que há indicação de internação para melhor avaliação do caso, especialmente se há risco de vida em decorrência da revelação. Caso a internação não seja viável, é importante identificar uma rede de apoio.²³ Apenas nos casos mais graves, ou em que o Conselho esgote as tentativas para a mudança daquela situação, o próprio Conselho irá acionar a Vara da Infância e da Juventude (ou outra Vara afim, como a Vara da Família) ou o Ministério Público. O profissional que notificou ficará como referência para possíveis consultas do próprio Conselho Tutelar.^{22,23}

REFERÊNCIAS

1. Polanczyk GV, Lamberte MTMR. *Psiquiatria da infância e adolescência*. Barueri: Manole; 2012.
2. Thomas LE, King RA. Child and adolescent psychiatric emergencies. In: Martin A, Volkmar FA, editors. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive text book*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 900-9.
3. Teng CT, Minatogawa-Chang TM, Hirata ES. Pronto-socorro psiquiátrico. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz VF, editores. *Clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2011. p. 1895-903.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
5. Saperia J, Lakhanpaul M, Kemp A, Glaser D; Guideline Development Group and Technical Team. When to suspect child maltreatment: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2009;339:b2689.
6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7 Suppl):24S-51S.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS [Internet]. Brasília: DATASUS; c2013 [capturado e 30 jun. 2013]. Disponível em: www.datasus.gov.br/.

8. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-77.
9. Szymanski L, King BH. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12 Suppl):5S-31S.
10. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002;159(8):1284-93.
11. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1342-6.
12. Steiner H, Carrion V, Plattner B, Koopman C. Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12(2):231-49.
13. Margulies DM, Carlson GA. Assessment of child and adolescent psychiatric emergencies. *Child Adolesc Psychopharmacol News*. 2012;17(1):1-4.
14. Dolan MA, Fein JA; Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics* 2011;127(5):e1356-66.
15. Adnopoz J. Home-based child and family treatment. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1289-94.
16. Deshmukh P, Kulkarni G, Barzman D. Recommendations for pharmacological management of inpatient aggression in children and adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7(2):32-40.
17. Panagiotopoulos C, Ronsley R, Elbe D, Davidson J, Smith DH. First do no harm: promoting an evidence-based approach to atypical antipsychotic use in children and adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(2):124-37.
18. Jensen PS, Buitelaar J, Pandina GJ, Binder C, Haas M. Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics: a systematic review of published clinical trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(2):104-20.
19. Garcia G, Logan GE, Gonzalez-Heydrich J. Management of psychotropic medication side effects in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(4):713-38.
20. Vitiello B. Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. In: Rey JM, editor. *IACAPAP textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: IACAPAP; 2012. p. 1-19.
21. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32 suppl. 2:S112-S120.
22. Habigzang LF, Ramos MS, Koller SH. A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicol Teor Pesqui*. 2011;27(4):467-73.

23. Ferreira AL, Neto AAL, Silvany CMS, Souza ER, Njaine K, Silva KH, et al. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2. ed. Rio de Janeiro: SBP; 2001.
24. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1990 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
25. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(2):481-91.

13

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO IDOSO

Leonardo Caixeta
Ciro Mendes Vargas
Victor Caixeta

A população brasileira envelhece em ritmo acelerado, dado o aumento na expectativa de vida, e os idosos constituirão o segmento etário com maior crescimento nas próximas décadas. Esse segmento etário mais frágil experimenta maiores taxas de morbidade e mortalidade quando comparado ao restante da população e já responde por grande número das internações hospitalares. Da mesma forma, os idosos provavelmente representarão a faixa etária mais prevalente também nos serviços de urgência, requerendo mais cuidados por parte dos serviços psiquiátricos e mais atenção das políticas públicas de saúde.¹ Apesar da crescente demanda de serviços em psiquiatria geriátrica, ainda há muita carência de atendimentos. É importante registrar que o Brasil dispõe de pouquíssimos serviços de emergência capacitados para o atendimento em psiquiatria geriátrica. Os serviços de emergência psiquiátrica são uma importante porta de entrada pela qual pacientes idosos ganham acesso aos ambulatórios de psiquiatria.²

A falha no pronto e correto reconhecimento das condições psiquiátricas de urgência no segmento idoso pode redundar em graves consequências clínicas e até risco de morte, além de onerar sobremaneira o sistema de saúde, que despenderá preciosas quantias na tentativa de manejar as sequelas advindas de quadros psicopatológicos mal conduzidos.³ Diante disso, torna-se imperiosa uma avaliação psiquiátrica célere e com-

petente conduzida por psiquiatra experiente e bem treinado em emergência não só psiquiátrica mas também em medicina interna, pelos motivos expostos a seguir.

CONCEITOS

A avaliação psiquiátrica de urgência de pacientes idosos depende da correta interpretação da complexa interdependência de sistemas funcionais envolvidos nas operações mentais. Não apenas funções do próprio sistema nervoso central (SNC) apoiam tais sistemas operacionais, mas também, e especialmente no caso do idoso, a homeostase sistêmica constitui pano de fundo importante na perfeita orquestração dessas funções. Um idoso com infecção do trato urinário ou do aparelho respiratório (aparelhos orgânicos aparentemente sem conexões com funções mentais), por exemplo, poderá sofrer intenso impacto em seu funcionamento cognitivo e comportamental por causa dessas doenças, podendo, inclusive, apresentar quadro de *delirium* ou demência de rápida instalação.⁴ O idoso, como a criança, muitas vezes responde de forma sistêmica diante de agravos locais que acometem sistemas ou aparelhos orgânicos “distantes” do SNC.

Os objetivos da abordagem psiquiátrica em um serviço de emergência são: conduzir uma avaliação adequada, identificar uma hipótese diagnóstica e prover tratamento de emergência, tudo dentro de um serviço devidamente estruturado, para viabilizar de forma eficiente cada uma dessas etapas.^{5,6}

Os principais motivos que justificam o comparecimento do idoso à emergência psiquiátrica incluem *delirium*, comportamento agitado e psicótico, risco ou tentativas de suicídio, iatrogenias, depressão grave, abuso de substâncias, intoxicações e problemas psicossociais, como maus-tratos ou negligência.⁷ Essas condições podem estar associadas umas às outras em muitos casos, uma vez que comorbidade parece ser a norma, e não a exceção. Os transtornos podem ser causados tanto por condições psiquiátricas de início tardio ou descompensações de transtornos antigos quanto por outras doenças clínicas de surgimento mais tardio, ou, ainda, por condições crônico-degenerativas que se tenham deteriorado ou se tornado agudas. De qualquer forma, a maioria das condições que se apresentam como emergências psiquiátricas no idoso deriva de uma causa física ou orgânica de base, portanto é essencial que os médicos de emergência investiguem, com cuidado, condições clínicas nessa vulnerável população de pacientes.⁸

EPIDEMIOLOGIA DOS PRINCIPAIS MOTIVOS DE CONSULTA NA EMERGÊNCIA

Suicídio

Idosos representam a faixa etária com o maior risco de morte por suicídio entre todos os grupos etários no Brasil,⁹ como também na maior parte do mundo. Especialistas em suicídio têm predito que nas próximas décadas haverá aumento drástico na taxa e no número total de suicídios. Deve haver esforço, sobretudo por parte dos clínicos no âmbito dos serviços de emergência, para identificar fatores de risco, pistas e sinais de ameaças iminentes de suicídio na idade avançada.

A morte por suicídio, ainda que subnotificada, representa aproximadamente 1% do total de óbitos no Brasil, com cerca de 12 suicídios para cada 100 mil homens e 2,5 para cada 100 mil mulheres.⁹ Nos Estados Unidos, a razão de tentativas de suicídio para suicídios efetivados é em torno de 4:1 entre idosos, enquanto entre jovens é de 8:1 a 20:1 na população em geral, indicando que as tentativas dos idosos são mais fatais.⁸ A população idosa do Brasil se suicida principalmente com enforcamento, estrangulamento e sufocação (1^o lugar), seguidos por uso de armas de fogo (2^a causa entre homens) e por salto de grandes alturas (2^a causa entre mulheres).⁹ Essa população apresenta maior carga de doenças físicas e menos resiliência, o que pode contribuir para a maior letalidade de suicídio nessa faixa etária. Além disso, idosos são mais propensos a viver socialmente isolados; dessa forma, atos de autoextermínio são mais difíceis de ser descobertos a tempo de serem impedidos.

Pessoas que obtiveram êxito no suicídio geralmente evitaram intervenções e esconderam a intenção de cometer o ato, sendo também menos propensas a comunicar sua intenção a outrem. Alguns autores identificaram mais planejamento do ato entre pessoas mais velhas. Além disso, homens mais velhos tendem a ter menos histórias de tentativas prévias. Tais características indicam que pode ser mais difícil identificar o estado de risco iminente em que essas pessoas idosas se encontram. Estudos retrospectivos apontaram que mais de 70% das vítimas idosas de suicídio visitaram seu médico no mês em que o cometeram.⁸ Esses achados mostram que intervenções agressivas e imediatas são necessárias quando se identifica risco de suicídio em pessoas de idade mais avançada. Como 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.

Iatrogenias

A iatrogenia é causa comum de comparecimento do idoso a serviços de emergência, sejam estes de atendimento psiquiátrico ou geral. A população geriátrica é particularmente suscetível a reações adversas de medicamentos, pois, além de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas à idade, é comum que eles apresentem várias condições médicas co-existentes e, portanto, façam uso de polifarmácia.

Agitação e psicose

A agitação é muito comum nos serviços de emergência e geralmente será o maior motivo para o clínico solicitar interconsulta psiquiátrica. Pacientes agitados chamarão mais a atenção e receberão mais cuidados que pacientes graves com apresentação apática.

Delirium

Em um estudo que avaliou as causas do *delirium* em 183 idosos, foram levantadas as seguintes etiologias, por ordem decrescente de frequência: intoxicação por drogas ou abstinência (56%), doença cardiovascular aguda (48%), distúrbio metabólico ou endócrino agudo (43%), doença neurológica (37%), demência preexistente (37%), doença do trato geniturinário (26%), deficiência visual ou auditiva (18%), hipertermia (14%), sepse (14%) e doença respiratória (13%).¹⁰ Nesse estudo, foi encontrada uma média de três fatores etiológicos para cada paciente. No Quadro 13.1 são citados os fatores que predisõem e precipitam o *delirium*, segundo a maior parte dos estudos.

Abuso de substâncias ou intoxicações

Overdose e intoxicação estão entre os problemas psiquiátricos mais comuns em prontos-socorros. Ainda que sejam mais frequentes entre os jovens, podem ser observados no segmento senil, principalmente a intoxicação acidental ou intencional em contexto de tentativa de suicídio.

QUADRO 13.1

Fatores que predispoem e precipitam o *delirium*

Fatores predisponentes

Idade avançada
Demência
Hospitalização prolongada
Antecedente psiquiátrico
Déficit sensorial (principalmente visual)
Sexo masculino

Fatores precipitantes

Problemas médicos agudos e instáveis
Uso de substâncias anticolinérgicas
Abstinência alcoólica e a psicotrpicos
Ansiedade

Calcula-se que em torno de 2 milhões de pessoas se intoxicam por ano. Apesar de as crianças serem as mais expostas, nos adultos as intoxicações são mais letais. A maior parte delas (aproximadamente 85%) é acidental, enquanto 7,5% associam-se a tentativa de suicídio.¹¹ Os principais agentes envolvidos encontram-se listados no Quadro 13.2. Os mais letais estatisticamente são analgésicos, antidepressivos, sedativos/hipnóticos/antipsicóticos, substâncias cardiovasculares, produtos de base alcoólica, anti-convulsivantes, relaxantes musculares e pesticidas.¹¹

QUADRO 13.2

Agentes mais comumente envolvidos em intoxicações no idoso

Analgésicos, produtos de limpeza, cosméticos, corpos estranhos, plantas, xaropes, sedativos/hipnóticos/antipsicóticos, agentes tópicos, pesticidas, antidepressivos, produtos alimentares, álcool, hidrocarbonetos, anti-histamínicos, antimicrobianos e outros químicos.

Fonte: Riba e Ravindranath.¹¹

Maus-tratos e negligência

Problemas de ordem social também podem justificar o comparecimento do idoso a um serviço de urgência, principalmente quando existem conseqüências a sua integridade física, as quais podem ser detectadas diretamente, pelo exame físico (lesões, hematomas), ou indiretamente, pelo tipo de apresentação (higiene precária, mau cheiro, desnutrição, assaduras). Maus-tratos e negligência constituem atos de omissão que resultam em danos ou ameaça de dano à saúde ou ao bem-estar de uma pessoa idosa. Eles podem assumir muitas formas, incluindo abuso físico, abuso psicológico, negligência do cuidador, autonegligência e exploração financeira.⁸

Estima-se que mais de 2 milhões de idosos são maltratados por ano nos Estados Unidos.¹² Apesar do recente aumento no número de casos e da crescente conscientização, os maus-tratos e a negligência ainda são pouco denunciados. O prejuízo cognitivo das vítimas pode impedi-las de prestar queixas. Em outros casos, as vítimas podem hesitar em denunciar tais abusos por medo de piorar a situação. O agressor poderia isolar a vítima ainda mais, o que tornaria o reconhecimento e a intervenção mais difíceis.

Comprometimento cognitivo e funcional graves e vida compartilhada com o agressor são importantes fatores de risco para o abuso e a negligência. Outros fatores predisponentes são isolamento social, idade avançada e *status* de minoria.⁸

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Na avaliação do idoso, é sempre importante contar com as informações do cuidador ou familiar responsável, já que em muitos casos o déficit cognitivo comprometerá a qualidade das informações prestadas pelo próprio paciente.

É importante que o psiquiatra faça a distinção das situações de emergência em primariamente psiquiátricas ou secundárias a uma condição médica geral. No caso específico do idoso, a avaliação psiquiátrica na emergência deve, antes de tudo, preocupar-se em afastar causas orgânicas, pois são as etiologias mais comuns das apresentações psiquiátricas nesse contexto. Para tanto, o psiquiatra deverá proceder com exame físico direcionado às hipóteses que aventou. No Quadro 13.3, são descritos vários aspectos do exame físico geral cujas alterações podem sugerir etiologias orgânicas específicas, que, por sua vez, podem apresentar-se com sintomatologia psiquiátrica.

QUADRO 13.3

Exame físico direcionado para exclusão de causas orgânicas

Área examinada	O que olhar	O que procurar
Aparência geral	Peso, altura, aparência, pele, nível de desconforto	Caquexia – suspeita de maus-tratos, anorexia, tuberculose, HIV, câncer Sofrimento físico e agitação Paciente grosseiramente desarrumado ou fétido <i>Rash</i> – alérgicos ou infecciosos
Cabeça, ouvidos, olhos, nariz e garganta	Mucosas, conjuntiva, pupilas, movimentos oculares, dentição, qualquer lesão, evidência de trauma	Mucosa seca – desidratação Pupilas e movimentos oculares – alteração neurológica focal, evidência de intoxicação ou abstinência de drogas Esclera amarelada – icterícia Proptose – hipertireoidismo Contusões, lacerações – evidência de trauma craniano ou facial Má dentição – má nutrição, abscessos
Pescoço	Tamanho da tireoide, mobilidade do pescoço	Bócio – hipertireoidismo, cretinismo Rigidez de pescoço – meningite, meningoencefalite
Tórax	Ausulta pulmonar, musculatura pulmonar acessória, evidência de trauma	Estertores – insuficiência cardíaca congestiva Roncos – pneumonia Trauma de tórax – necessidade de tratamento emergencial de ferida, risco de pneumonia por diminuição da expansibilidade torácica
Cardiovascular	Ausulta cardíaca, pulsos periféricos	Frequência, ritmo, presença de sopros Qualquer ausência de pulso periférico – doença vascular
Abdome	Qualquer tumorção palpável, dimensão hepática, cicatrizes, dores	Hepatomegalia – doença hepática não diagnosticada, doença de Wilson, cirrose alcoólica Dores agudas – porfiria aguda

(Continua)

QUADRO 13.3

Exame físico direcionado para exclusão de causas orgânicas (*continuação*)

Área examinada	O que olhar	O que procurar
Costas e coluna vertebral	Manobra de Giordano, curvatura vertebral	Curvatura – tuberculose óssea Sinal de Giordano positivo – infecção renal ou calculose
Extremidades	Movimento, força e amplitude de movimento	Qualquer déficit, alteração ou dor que possa indicar doença neurológica
Neurológica	Pares cranianos, força, sensibilidade, marcha, reflexos	Qualquer déficit focal indicando acidente vascular cerebral ou tumor oculto Rigidez e marcha parkinsoniana – parkinsonismo Tremores – parkinsonismo Evidência de discinesia tardia Marcha atáxica – hidrocéfalo, sífilis terciária

Exames laboratoriais frequentemente serão necessários para definir a etiologia orgânica subjacente ou para afastá-la. O Quadro 13.4 mostra os principais exames a serem solicitados de acordo com cada hipótese diagnóstica.

Suicídio

Infelizmente, na realidade brasileira, a maior parte dos pacientes que tentam suicídio não será atendida por um psiquiatra, mas em primeiro lugar por cirurgiões ou clínicos gerais, que oferecerão os primeiros socorros e depois encaminharão o paciente a um psicólogo do serviço (lamentavelmente, são raros os serviços de emergência do Brasil que contratam psiquiatras), para então receber alta.

Muitos médicos nutrem a fantasia de que ao questionar sobre tendências suicidas estarão sugerindo ou reforçando tais comportamentos, o

QUADRO 13.4

Exames laboratoriais e complementares para avaliação de etiologias orgânicas em psiquiatria de emergência no idoso

Exame	Resultados anormais e implicações psiquiátricas
Hemograma	<p>Anemia macrocítica – deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, abuso de álcool</p> <p>Anemia microcítica – deficiência de ferro</p> <p>Anemia normocítica – sangramento agudo ou doença inflamatória crônica</p> <p>Leucocitose – infecções agudas</p> <p>Leucopenia – aids avançada, imunossupressão, leucemia, efeitos colaterais da carbamazepina</p> <p>Plaquetopenia – efeitos colaterais do valproato ou da carbamazepina, trombocitopenia autoimune</p>
Metabólico básico	<p>Creatinina elevada – insuficiência renal</p> <p>Hiponatremia – causada por ISRS, particularmente em idosos</p> <p>Hipernatremia – desidratação, insuficiência renal</p> <p>Hipocalemia – risco de arritmia; pode estar associada ao uso de diuréticos; bulimia; diarreia</p> <p>Hipercalemia – risco de arritmia; pode estar associada a insuficiência renal</p> <p>Bicarbonato baixo – acidose; ingestão de ácido acetilsalicílico</p> <p>TGO e TGP elevadas – insuficiência hepática devido a várias causas (drogas, lamotrigina, valproato, hepatite)</p> <p>Razão TGP/TGO elevada – abuso de álcool</p>
Urina I/ Urocultura	Infecção de trato urinário em idosos pode levar a <i>delirium</i>
Screening urinário de drogas	Positivo – detecção de abuso de drogas mais comuns
TSH	<p>Elevado – hipotireoidismo (causando depressão, alterações cognitivas)</p> <p>Baixo – hipertireoidismo (causando ansiedade, sintomas maníacos, agitação)</p>

(Continua)

QUADRO 13.4

Exames laboratoriais e complementares para avaliação de etiologias orgânicas em psiquiatria de emergência no idoso (continuação)

Exame	Resultados anormais e implicações psiquiátricas
Vitamina B12/ folato	Vitamina B12 baixa – alterações cognitivas, alterações da marcha Folato baixo – pode estar associado com depressão, eventos tromboembólicos
VDRL	<i>Neurolyues</i> – pode gerar demência, mudanças de humor e quaisquer sintomas psiquiátricos
Radiografia de tórax	Considerada para todos os moradores de rua, com fatores de risco para tuberculose e pacientes idosos – procurar evidência de tuberculose, tumores, pneumonia
TC de crânio	Ocasionalmente usada para pesquisa de tumores ou sangramentos em pacientes com alteração do estado mental ou psicose de início recente Menos sensível que a RMN, mas com menor custo, mais acessível, mais rápida, necessita de pouca colaboração do paciente
EEG	Se estiver disponível, pode ser usado para pesquisar estados epiléticos não convulsivos, evidências de encefalopatia metabólica (<i>delirium</i>)
Punção lombar	Indicada para qualquer paciente com alterações recentes do estado mental, febre e/ou sinais meníngeos Pesquisar evidências de meningoencefalite viral, fúngica ou bacteriana, sangramento

Aids: síndrome da imunodeficiência adquirida; ISRS: inibidores seletivos da recaptção da serotonina; TGO: transaminase glutâmica oxalacética; TGP: transaminase glutâmica pirúvica; TSH: hormônio estimulador da tireoide; VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*; TC: tomografia computadorizada; EEG: eletrencefalograma; RMN: ressonância magnética nuclear.

que não é verdade. Muito pelo contrário, é dever do psiquiatra questionar e reconhecer pacientes com maior risco, por meio da determinação de va-

riáveis psicossociais e médicas associadas à maior probabilidade de suicídio. Há algumas evidências de que pacientes suicidas não expressam seus pensamentos ou sentimentos espontaneamente, mas tendem a admitir suas ideias suicidas quando o tópico é introduzido por um médico.¹³

Em adição ao exame cuidadoso das condições médicas, a avaliação deve incluir questões sobre tentativas prévias de suicídio, episódios passados de depressão, psicose ou (hipo)mania, abuso de substâncias, transtornos do controle dos impulsos, suporte social e eventos estressores recentes. Todos os pacientes devem ser questionados sobre seu humor, grau de anedonia e angústia, hábitos de sono, apetite, interesse e sentimentos de desesperança. Desejo de morte, pensamentos de suicídio, intenção de se machucar e acesso aos meios devem ser abordados em questionamentos diretos e indiretos. Segundo a experiência profissional dos autores deste capítulo, pacientes que exibem elevados níveis de angústia ou depressão com características cotidianas apresentam maior risco de suicídio; esses sinais, portanto, devem ser encarados com muita atenção no idoso depressivo.

A população geriátrica têm alto risco de depressão e suicídio. A tendência a este último aumenta à medida que novos fatores de risco se somam. Estratégias de avaliação clínica tendo como alvo idosos que estão em risco de suicídio, de acordo com fatores demográficos, psiquiátricos, sociais e médicos, podem ser mais efetivas na prevenção do ato do que intervenções que somente identificam indivíduos com comportamento ou ideiação suicida. O fato de que a maioria dos idosos é consultada no mês anterior a sua morte, somado ao achado de que a maioria das vítimas de suicídio em idade avançada teve episódios depressivos, sugere que a detecção e o tratamento da depressão podem constituir um modo efetivo de prevenir o suicídio na terceira idade.

Iatrogenias

O paciente vítima de iatrogenia muitas vezes é de difícil avaliação, pois seu quadro pode confundir-se com a própria doença de base. Além disso, definir qual das medicações em uso é a responsável pelo quadro de emergência, em um caso de polifarmácia, pode constituir tarefa árdua e às vezes impossível. Em outras situações, a iatrogenia pode dever-se não aos efeitos colaterais de uma substância em particular, mas às interações entre elas.¹⁴

O psiquiatra deve questionar todas as medicações em uso, mesmo que não sejam psicotrópicas. Medicações anticolinérgicas são especialmente indutoras de *delirium*, e sua lista abrange praticamente todas as especialida-

des médicas. Medicções hipoglicemiantes em excesso podem gerar confusão mental no idoso associada a sudorese fria, experimentadas sobretudo à noite ou de madrugada, após a última dose de insulina. Antiparkinsonianos, (em especial a 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.

Agitação

A avaliação da agitação deve ser focada nas suas possíveis causas (o que refletirá no seu adequado tratamento) e na possibilidade de colocar em risco a integridade do paciente e de outros (o que refletirá na modalidade de tratamento escolhida, se farmacológica ou não).

No Quadro 13.5, constam algumas das mais importantes causas de agitação nos serviços de emergência, bem como o manejo indicado.

Delirium

O *delirium* deve ser prontamente identificado, pois o retardo no seu diagnóstico pode implicar risco de morte ou graves sequelas. O *delirium* é uma síndrome caracterizada por redução do nível de consciência (este constitui o principal elemento do diagnóstico diferencial com transtornos psiquiátricos funcionais) e consequente perturbação do ciclo sono-vigília, dificuldade em manter a atenção (atenção voluntária reduzida e hipotenaz), presença de outros distúrbios cognitivos (amnésia, agnosia, apraxia) e de distúrbios de sensopercepção (a presença de alucinações visuais, frequentes no *delirium*, é rara nos transtornos psiquiátricos funcionais).

O *delirium* é subdividido em hiperativo, hipoativo e misto. O hiperativo é mais fácil de ser detectado que o hipoativo, pois geralmente chama a atenção da equipe pela intensidade e exuberância de sintomas. Às vezes, é difícil de ser diferenciado da agitação secundária a uma condição psiquiátrica primária; e o *delirium* hipoativo costuma ser confundido com depressão ou apatia de outra etiologia.

Maus-tratos e negligência

O abuso contra o idoso deve ser suspeitado em pacientes que apresentam lesões múltiplas em diferentes estágios de evolução ou quando as lesões

QUADRO 13.5

Causas comuns de agitação na emergência e seu manejo

Causa	Apresentação clínica	Manejo terapêutico
<i>Delirium</i> ou confusão mental	Níveis de consciência flutuantes, oscilação dos sinais vitais (disautonomia), alterações sensoriais (alucinações visuais) e cognitivas (principalmente da atenção). Pode ser do tipo agitado, apático ou misto.	Garantir segurança ao 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.
<i>Delirium tremens</i>	Todos os sinais de <i>delirium</i> , com tremores, com ou sem alucinações; intensa flutuação dos sinais vitais. Última ingestão de álcool entre 24 e 72 horas.	Se o paciente apresenta via aérea intacta, sedá-lo agressivamente com benzodiazepínicos injetáveis até seu torpor, se possível. Providenciar monitoramento de UTI, se necessário.
Abstinência de benzodiazepínicos/barbitúricos	Similar à abstinência de álcool, mas sem alteração dos sinais vitais; pode apresentar-se somente como um <i>delirium</i> com ou sem tremores. Alto risco de convulsões.	Descontinuar gradualmente o benzodiazepínico.
Hipoglicemia	Estado mental alterado com sudorese caracteristicamente fria, taquicardia, taquisfigmia, fraqueza e sonolência.	Se o paciente apresentar via aérea patente, usar glicose oral; caso contrário, usar dextrose 50%.
Estados pós-ictais	Nível de consciência alterado, confusão, eventualmente agressividade, ataxia. Possibilidade de sinais de mordedura na língua ou de liberação esfíncteriana.	Garantir segurança ao paciente, observar futuras convulsões. Se a agitação requerer tratamento, usar benzodiazepínicos, pois neurolépticos podem diminuir o limiar convulsivo. Determinar a causa da convulsão.

(Continua)

QUADRO 13.5

Causas comuns de agitação na emergência e seu manejo

Causa	Apresentação clínica	Manejo terapêutico
Psicose/ mania/transtorno psiquiátrico primário	Não costuma estar associado com desorientação; sem flutuações do nível de consciência e alerta; sem repercussões nos sinais vitais. Investigar outros sinais e história de doença psiquiátrica.	Garantir segurança; oferecer medicação oral ou medicações IM; considerar contenção, se necessário.
Anormalidade estrutural cerebral	Variável de acordo com a lesão. Podem ocorrer déficit neurológico focal, estado mental alterado com cefaleia, sinais meníngeos ou progressiva deterioração neurológica.	Garantir via aérea patente; solicitar TC de emergência ou outra modalidade de imagem.
Emergência toxicológica	Varia de acordo com a substância, mas a ingestão de substâncias tóxicas pode levar a alterações do estado mental. Monitorar alterações pupilares, sudorese, sinais vitais ou outros sinais clínicos (hálito, urina, vômitos).	Tentar detectar o agente toxicológico. Entrar em contato com o Centro de Assistência Toxicológica.

UTI: unidade de terapia intensiva; IM: intramuscular; TC: tomografia computadorizada.

Fonte: Adaptado de Moore e Jefferson.¹⁵

são inexplicáveis.⁸ A negligência deve ser suspeitada quando uma pessoa idosa com recursos financeiros e com um cuidador designado apresenta-se com negligência significativa na higiene, na nutrição e nos cuidados médicos.

As complicações dos maus-tratos podem variar desde depressão até múltiplas lesões e até morte. O paciente deve ser entrevistado sozinho, sem a presença do presumido abusador. Se o abuso é altamente suspeito, a se-

gurança do paciente deve ser garantida, não permitindo que o paciente retorne ao mesmo ambiente onde ocorre o abuso.

MANEJO

Suicídio

Diante do paciente potencialmente suicida, o psiquiatra deverá decidir acerca da necessidade de internação com base nas seguintes variáveis: gravidade do risco, capacidade e eficiência da rede social familiar, para monitorar e prevenir tentativas (evitando o acesso aos meios), grau de acesso e adesão do paciente e de sua família ao tratamento ambulatorial em regime de pronto atendimento frequente ou hospital-dia. Quando qualquer dúvida existir sobre tais variáveis, o psiquiatra não deve hesitar em indicar a internação como medida protetora. A hospitalização psiquiátrica se revela uma importante modalidade terapêutica para pacientes em perigo iminente, com franca ideação suicida espontaneamente relatada. Além disso, a hospitalização permite iniciar um tratamento mais agressivo, avaliar condições psiquiátricas coexistentes e providenciar subsequente transição para o ambulatório. Se o indivíduo avaliado como de alto risco de suicídio se recusar a ser internado, o médico torna-se responsável por iniciar procedimentos para internação involuntária de acordo com as leis civis aplicáveis.¹⁶

A eletroconvulsoterapia constitui a primeira opção para pacientes idosos com grave risco de suicídio e rede sociofamiliar carente.¹⁷ Essa importante modalidade terapêutica deveria estar presente em todos os serviços de maior complexidade psiquiátrica. A depressão deve ser tratada de forma agressiva, pois será a associação mais frequente no paciente suicida. Deve-se lembrar que uma grande proporção de casos apresenta depressão bipolar (e não unipolar) – nesse caso, o tratamento com antidepressivos deverá ser evitado e mesmo contraindicado (principalmente os noradrenérgicos), uma vez que pode agravar a ideação suicida mediante ativação da angústia e da ansiedade. Recomenda-se que idosos com comportamento suicida recebam sempre antipsicóticos mais sedativos e que tenham efeito antidepressor (p. ex., quetiapina ou asenapina), em doses eficazes. O uso do lítio também está associado a redução da ideação suicida, mesmo na depressão unipolar,¹⁸ e, sempre que possível, deve ser indicado em associação ao antipsicótico. Ansiolíticos também podem ser necessários para a redução da angústia e da ansiedade, além de manterem o paciente menos capaz de engendrar ações contra si.

Iatrogenias

Diante da suspeita de iatrogenia, as medicações supostamente envolvidas devem ser descontinuadas com prontidão, devendo o psiquiatra notificar o médico assistente responsável pela prescrição a respeito dessa modificação. Em geral, deve-se simplificar a prescrição do idoso de forma responsável, descartando medicações mal indicadas ou sem evidência de benefício e associações manipuladas. Algumas iatrogenias podem ser prontamente corrigidas: efeitos colaterais extrapiramidais (p. ex., distonia) de antipsicóticos, antivertiginosos ou antieméticos podem ser tratados com prometazina injetável, com rápida reversão dos sintomas. Efeitos hipoglicemiantes da insulina podem ser corrigidos com a adequação da dose.

Agitação

Deve-se tentar conter a agitação inicialmente com medidas não farmacológicas, quando o psiquiatra julgar possível e dependendo de cada caso. Medidas de contenção física podem ser executadas por equipes treinadas. O paciente contido no leito deve estar isolado de outros pacientes e precisa ser avaliado em curtos espaços de tempo, prevenindo-se desidratação e outras complicações.¹⁴

Quando a agitação implica riscos imediatos a terceiros ou ao próprio paciente, medidas rápidas devem ser tomadas, geralmente recorrendo-se aos psicotrópicos. É importante saber a etiologia da agitação, para se proceder a uma escolha mais racional do tipo de agente farmacológico. A agitação no caso de uma catatonia hipercinética, por exemplo, responderá bem à administração de benzodiazepínico EV, mas poderá responder mal ao uso de antipsicóticos. Na agitação em contexto de *delirium*, ao contrário, o antipsicótico pode auxiliar, e o benzodiazepínico, agravar o quadro.

A Tabela 13.1 informa algumas opções farmacológicas para o manejo da agitação psicomotora.

Delirium

O tratamento deve ser ágil, dados os altos índices de morbimortalidade relacionados ao *delirium*, devendo ser principalmente dirigido à correção da etiologia, mas também abordando os fatores agravantes. Deve-se considerar sempre, na estratégia terapêutica adotada, os fatores precipitantes e predisponentes de cada caso.¹⁴

TABELA 13.1

Medicamentos geralmente utilizados no manejo da agitação

Medicamento	Dose	Benefícios	Riscos
Aripiprazol	Até 30 mg/dia VO	Menos SEP/distonias. Menos sedativo.	Acatisia, piorando a inquietação.
Clorpromazina	25-100 mg VO 25-50 mg IM	Muito sedativa. Menos SEP/distonia que outros típicos.	Maior risco de hipotensão ortostática e toxicidade cardiovascular em idosos.
Diazepam	5-10 mg VO ou EV	Sem SEP/distonias. Também usado para abstinência de álcool ou benzodiazepínicos.	Depressão respiratória. Metabólito ativo resultando em longo período de ação, por isso, problemático se há disfunção hepática. Na apresentação IM, a absorção é errática.
Prometazina	25-50 mg VO, IM ou EV	Previne/trata SEP/ distonias quando associada a antipsicóticos.	<i>Delirium</i> anticolinérgico com doses altas em idosos.
Flufenazina	5-10 mg VO ou IM	Sedativa. Menos distonia que o haloperidol.	SEP. Distonia.
Haloperidol	5-50 mg EV	Sedativo. Início de ação rápido. Baixo custo. O mais indicado para a agitação no <i>delirium</i> .	Raros SEP na forma EV. Muito seguro do ponto de vista cardiovascular.
Lorazepam	1-4 mg VO ou IM	Sem SEP/distonias. Também usado para abstinência de álcool ou benzodiazepínicos. Bom para pacientes com função hepática comprometida.	Agitação e desinibição paradoxal. Depressão respiratória.

(Continua)

TABELA 13.1Medicamentos geralmente utilizados no manejo da agitação (*continuação*)

Medicamento	Dose	Benefícios	Riscos
Olanzapina	5-10 mg VO (comprimido ou orodispersível) 5-10 mg IM Até 20 mg/dia	Menos SEP/distonias. Menos sedativa. Apresentação dispersível boa para idosos com dificuldades de deglutição.	Dose máxima rapidamente alcançável. Alto custo.
Risperidona	0,25-3 mg	Segurança cardiovascular.	Deve ser evitada em idosos devido à alta incidência de SEP.

SEP: sintomas extrapiramidais; VO: via oral; IM: intramuscular; EV: endovenoso

Fonte: Adaptada de Riba e Ravindranath.¹¹

A agitação psicomotora associada a alguns casos de *delirium* pode ser abordada de maneira eficaz com haloperidol EV – trata-se de um medicamento seguro do ponto de vista cardiovascular, mesmo em altas doses, e que não interfere de forma significativa no nível de consciência, como ocorre com outros neurolépticos mais sedativos, os quais podem mesmo agravar o *delirium* ou, no mínimo, atrapalhar a avaliação da evolução do quadro, uma vez que, interferindo no nível de consciência, irão confundir esse importante parâmetro (o nível de consciência) da resposta à intervenção terapêutica. Cabe ainda lembrar que, quando o haloperidol é administrado via EV, praticamente não se observam os tão temidos efeitos colaterais extrapiramidais associados a outras formas de aplicação.¹⁹ Deve-se evitar benzodiazepínicos.

Maus-tratos e negligência

O reconhecimento dos maus-tratos e da negligência constitui o primeiro passo no manejo desses problemas no idoso, não importando quão intimidativo e constrangedor possa ser esse diagnóstico.

Há relutância por parte de muitos psiquiatras em denunciar os maus-tratos contra o idoso, em virtude do ceticismo de que tal conduta vá melhorar a situação; do medo de irritar o agressor; da dificuldade de solicitar o apoio de membros da família do paciente; e, às vezes, da falta de coope-

ração da própria pessoa abusada.⁸ Sempre que possível, no entanto, o psiquiatra deve notificar as autoridades responsáveis a respeito do ocorrido, e medidas protetivas devem ser adotadas.

REFERÊNCIAS

1. Walsh PG, Currier G, Shah MN, Lyness JM, Friedman B. Psychiatric emergency services for the U.S. elderly: 2008 and beyond. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(9):706-17.
2. Zinetti J, Daraux J, Ploskas F. Psychiatric emergencies in the elderly. *Rev Prat*. 2003;53(11):1197-200.
3. Kennedy GJ, Onuogu E, Lowinger R. Psychiatric emergencies: rapid response and life-saving therapies. *Geriatrics*. 1999;54(9):38-42, 45-6.
4. Eriksson I, Gustafson Y, Fagerström L, Olofsson B. Urinary tract infection in very old women is associated with delirium. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(3):496-502.
5. Tueth MJ. Diagnosing psychiatric emergencies in the elderly. *Am J Emerg Med*. 1994;12(3):364-9.
6. Tueth MJ, Zuberi P. Life-threatening psychiatric emergencies in the elderly: overview. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1999;12(2):60-6.
7. McDonald AJ, Abrahams ST. Social emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am*. 1990;8(2):443-59.
8. Piechniczek-Buczek J. Psychiatric emergencies in the elderly population. *Emerg Med Clin North Am*. 2006;24(2):467-90.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde [Internet]. Brasília: MS: 2006. Capítulo 12, Mortalidade por suicídio [capturado em 30 jun. 2013]; p. 567-85. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/27/saudebrasil2006_cap12.pdf.
10. Camus V, Gonthier R, Dubos G, Schwed P. Etiologic and outcome profiles in hypoactive and hyperactive subtypes of delirium. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000;13(1):38-42.
11. Riba MB, Ravindranath D. Clinical manual of emergency psychiatry. Washington: American Psychiatric Association; 2010.
12. Borja B, Borja CS, Gade S. Psychiatric emergencies in the geriatric population. *Clin Geriatr Med*. 2007;23(2):391-400.
13. Bharucha AJ, Satlin A. Late-life suicide: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;5(2):55-65.
14. Glick RL, Berlin JS, Fishkind A, Zeller SL. Emergency psychiatry: principles and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
15. Moore DR, Jefferson JW, editors. Handbook of medical psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Mosby; 2004.
16. Kennedy GJ, Lowinger R. Psychogeriatric emergencies. *Clin Geriatr Med*. 1993;9(3):641-53.

17. Volpe FM, Tavares AR Jr. Electroconvulsive therapy in Brazil: lack of assistance exposed. *J ECT*. 2013;29(1):75.
18. Coppen A. Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 9:52-6.
19. Caixeta L. Demência: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.

14

ATENDIMENTO DOMICILIAR E REMOÇÃO PSIQUIÁTRICA EMERGENCIAL

Eduardo Hostyn Sabbi

Luciano Kurtz Jornada

João Quevedo

Há condições especiais nas quais o médico psiquiatra é chamado para o atendimento na residência do paciente. Elas representam maior ou menor risco, de acordo com a situação. Os casos de pouco risco são assim solicitados em função de fatores próprios ao paciente, como debilidade física, idade avançada e situação clínica. Trata-se de uma situação peculiar na qual se deve agir fora do *setting*, em condições diferentes do que se está habituado em consultório ou ambulatório. Embora possam representar uma situação de urgência, são geralmente de fácil manejo e conduzidos pelo próprio terapeuta chamado ao local.

Já os atendimentos domiciliares de crise constituem uma emergência e trazem riscos maiores ao paciente e a terceiros, devendo ser realizados por uma equipe de profissionais devidamente treinados e capacitados para tal função. Nesse caso, as condições costumam ser mais estranhas e adversas ao profissional, os pacientes tendem a ser menos colaborativos, e com frequência ocorre a necessidade de remoção involuntária para outro serviço. Saber diferenciar esses dois tipos de situações é o ponto de partida para quem deseja atuar nessa área. Este capítulo aborda a conduta nos atendimentos de crise.

CONCEITOS

Em agosto de 2002, um grupo de psiquiatras da American Psychiatric Association publicou o resultado de uma força-tarefa que ainda é uma referência no estudo dos serviços psiquiátricos de emergência. Ela categoriza e estabelece uma série de recomendações sob a forma de modelos de programa para o atendimento das situações de crise.¹

Nesse estudo, o serviço de atendimento domiciliar psiquiátrico de emergência (*mobile service*) é conceituado como aquele capaz de ir até a comunidade para iniciar o processo de avaliação e definição do tratamento externo ao hospital (incluindo a remoção para outro serviço).¹ Tal serviço deve estar preparado para manejar pacientes com extremo risco de lesar a si mesmos ou a outros, com notada debilidade em seu funcionamento e na presença de graves condições médicas, psiquiátricas e de abuso de substâncias.

EPIDEMIOLOGIA

As mudanças econômicas e políticas ocorridas nas últimas décadas tiveram efeito sobre os serviços de emergência psiquiátrica, não apenas pela criação de novos serviços, mas também em razão de uma reestruturação técnica e administrativa dos já existentes. A desinstitucionalização, o aumento na incidência do abuso de substâncias, o aumento dos problemas sociais e uma menor tolerância desses problemas são alguns dos fatores que incrementaram a procura desses serviços. Um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que, das ligações telefônicas realizadas por pacientes ao seu psiquiatra, 1,5% deveu-se a uma situação de emergência, e 15%, a uma urgência.

As emergências psiquiátricas mais frequentes (não obrigatoriamente nessa ordem) decorrem de quadros de *delirium*, agressividade e agitação psicomotora, intoxicações por fármacos, incluindo tentativas de suicídio, uso de substâncias e transtornos da personalidade, abordados respectivamente nos Capítulos 4, 5, 6, 8, 7 e 18. Os serviços especializados no atendimento domiciliar psiquiátrico de emergência são reduzidos em nosso meio, uma vez que o risco inerente e a necessidade de grande estrutura para funcionamento tornam a atividade pouco atrativa ao profissional e limitada a grandes centros. Como consequência, também se encontram poucas publicações sobre o assunto na literatura especializada.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

No sistema público do Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências ratificou a responsabilidade desse atendimento ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – (SAMU).²

Resumidamente, o atendimento no SAMU ocorre da seguinte forma:

1. O serviço é acionado por meio de chamada telefônica, atendida inicialmente pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM), que colhe os primeiros dados e transmite o caso para o médico regulador.
2. O médico regulador aciona uma viatura, que conta com um socorrista condutor e um técnico de enfermagem (suporte básico de vida) ou um socorrista condutor, um enfermeiro e um médico, para a realização de ações invasivas e de maior complexidade (suporte avançado de vida).
3. Ao chegar à cena da ocorrência, a equipe faz uma avaliação geral e, em seguida, procede à prestação dos cuidados pertinentes e ao encaminhamento para o tratamento definitivo.

Depois da chegada ao local e durante todo o transporte é mantido contato com o médico regulador. A Portaria estabelece que o socorrista deverá receber um treinamento de quatro horas teóricas, não mencionando treinamento prático; o técnico de enfermagem deverá ter treinamento de duas horas teóricas e de quatro horas práticas sobre as ocorrências psiquiátricas. É necessário que os profissionais envolvidos nesse atendimento percebam o momento da crise como fundamental para propiciar acolhimento e para avaliar a subjetividade do sofrimento do paciente; também é preciso que conciliem isso ao conhecimento do adequado manejo farmacológico.

Importantes considerações a respeito da avaliação em situações de emergência foram descritas pela American Psychiatric Association em seu manual para avaliação psiquiátrica de adultos e estão listadas no Quadro 14.1.

Uma boa avaliação no atendimento domiciliar de uma crise psiquiátrica demanda a existência de:

1. uma infraestrutura adequada,
2. uma equipe capacitada,
3. um contato prévio rico em informações e
4. uma cuidadosa abordagem no local.

QUADRO 14.1

Considerações da American Psychiatric Association sobre a avaliação das emergências psiquiátricas em adultos

1. Sua necessidade se dá em resposta a:
 - Ocorrência de pensamentos ou sentimentos intoleráveis para o paciente
 - Comportamentos que exijam medidas urgentes, como:
 - Conduta violenta ou autodestrutiva
 - Ameaça a si mesmo e a outros
 - Impossibilidade de cuidar de si mesmo
 - Deterioração do estado mental
 - Conduta bizarra ou confusa
 - Expressões de sofrimento intenso
2. Objetiva identificar ou estabelecer:
 - O diagnóstico provisório do transtorno mental
 - Outras possibilidades que requeiram maior investigação
 - Fatores sociais, ambientais e culturais relevantes
 - A capacidade e a disposição do paciente para cooperar
 - As precauções necessárias diante do risco
 - A necessidade de tratamento involuntário
 - Um plano imediato de tratamento, encaminhamento e acompanhamento
3. Fora das internações e dos ambulatórios, é afetada pelo(a):
 - Volume das observações comportamentais disponíveis e sua respectiva qualidade
 - Existência de privacidade para a condição de entrevista
 - Disponibilidade de avaliações médicas gerais e testes diagnósticos
 - Segurança oferecida pelo ambiente
 - Probabilidade de compreensão e sigilo das informações deixadas nos registros desses locais

Fonte: American Psychiatric Association.³

INFRAESTRUTURA

Um atendimento domiciliar psiquiátrico emergencial deve funcionar 24 horas por dia com uma pessoa treinada em realizar triagem, avaliar e manejar ligações telefônicas de crise, procedendo com intervenções apropriadas ao nível de entendimento da pessoa que buscou a ajuda.

A interação com outros serviços, como a polícia, o corpo de bombeiros e hospitais de referência, deve ser uma rotina preestabelecida, para que possa ser usada com rapidez quando for necessário.

Uma ambulância é importante para que a presença da equipe no local não demore mais que uma hora a partir do chamado e deve conter recursos imprescindíveis para eventuais emergências clínicas, principalmente cardiorrespiratórias, além dos necessários à intervenção psiquiátrica, desde medicamentos até material apropriado para contenção mecânica.

Protocolos de registro do atendimento e demais documentos devem ser armazenados de forma a garantir o sigilo das informações e a utilização posterior nas avaliações do serviço, no contato com o paciente, entre outros serviços.

EQUIPE

Uma equipe de atendimento psiquiátrico emergencial domiciliar deve ser constituída de, no mínimo, um psiquiatra e dois paramédicos, podendo ser necessário até quatro paramédicos. Todos os integrantes da equipe devem ser continuamente treinados de forma a estarem sempre habilitados para o serviço, tanto nas funções específicas de cada um como para o funcionamento do grupo como um todo. Além disso, uma boa comunicação entre os membros da equipe é essencial. As rotinas estabelecidas devem ser bem conhecidas, a ponto de um simples gesto, expressão ou frase combinada resultar em uma correspondente ação imediata desejada.

CONTATO PRÉVIO

O contato prévio permite a obtenção de informações imprescindíveis para um bom atendimento domiciliar, diminuindo em muito seus riscos. Embora um contato pessoal com o responsável pelo paciente seja o mais adequado, nem sempre é algo possível de ser realizado, tendo em vista a premência da situação, sendo telefone a via mais utilizada.

Essa fase consiste no ponto mais importante de um atendimento fora do *setting* médico e é com frequência o primeiro contato do paciente ou familiar com um profissional diante da situação de crise. É comum ocorrer certa pressão para que a entrevista cesse e uma ajuda imediata seja prestada, uma vez que o caráter emergencial da situação gera muita ansiedade. Entretanto, tais sentimentos não devem influenciar contratransferencialmente o profissional, e, sendo necessário, deve-se explicar que sem algumas informações vitais torna-se inviável o atendimento. Por vezes, o próprio detalhamento no contato é bastante elucidativo e até mesmo terapêutico para quem está procurando o serviço, ajudando em muito a diminuir o estresse e reorganizando uma situação até então caótica.

Algumas informações são fundamentais nessa fase:

- **Identificação:** a identificação completa do paciente e do responsável, com nome, plano de saúde, endereço e telefones para contato, deve ser obtida antes do prosseguimento da entrevista. Dados como sexo, idade, peso e altura, prática de musculação, esporte ou arte marcial ajudam a formar uma ideia a respeito do porte físico do paciente, sendo úteis na estimativa dos riscos e na designação de maior ou menor aporte de pessoal para o atendimento.

Estabelecer o grau de parentesco ou responsabilidade da pessoa que está solicitando a ajuda, caso não se trate do próprio paciente, cria maior responsabilidade da parte solicitante e evita eventuais trotes telefônicos ou atuações de pacientes já em tratamento. Além disso, deve-se retornar a ligação imediatamente após a entrevista caso a central telefônica da clínica não esteja equipada com reconhecedor de chamadas, de maneira a confirmar a solicitação.

- **História atual:** a descrição do quadro atual deve incluir um breve exame das funções do estado mental (que posteriormente será revisado na entrevista pessoal), contendo informações que indiquem a síndrome que o paciente apresenta, sua gravidade, riscos inerentes à sua ideação ou comportamento e o tempo de evolução da crise. Devem ser avaliados uso de álcool e drogas, medicações clínicas e psicofármacos e história de alergias e efeitos colaterais, atentando-se para a possibilidade de intoxicação ou abuso.
- **História progressa:** uma resumida história psiquiátrica e clínica prévia é fundamental, com especial atenção para a possibilidade de patologia orgânica que necessite de remoção para serviço de pronto-socorro ou internação psiquiátrica em hospital geral. A completa avaliação do quadro deve ser suficiente para o médico estabelecer as hipóteses diagnósticas.
- **Avaliação do local:** a fim de garantir a segurança de todos os envolvidos no atendimento, é indispensável a indagação sobre o porte ou a presença, no ambiente, de qualquer tipo de arma ou utensílio doméstico que o paciente possa utilizar para infligir auto ou heteroagressão, bem como sobre a presença de animais de estimação ou de guarda que possam oferecer algum risco. Caso exista, deve-se providenciar que tais objetos e animais sejam retirados do ambiente ou confinados a um local seguro antes da chegada da equipe ao local.

Também se deve averiguar o acesso ao local onde o paciente se encontra e a possibilidade de fuga ou risco de suicídio, para estabelecer uma melhor estratégia de abordagem. Muitas vezes, combinar um ho-

rário no qual sabidamente o paciente estará dormindo ou sob efeito de medicação facilita o processo e pode ser tentado.

Se o paciente estiver telefonando para a equipe de atendimento e estiver sozinho, deve-se estimular a presença de alguém (vizinho, amigo ou familiar) até a chegada da equipe. O telefone de uma dessas pessoas deve ser solicitado, e o contato realizado, caso o paciente não esteja em condições de fazê-lo.

- **Necessidade de outros profissionais:** a colaboração de profissionais de outras áreas para um atendimento conjunto fornece apoio e segurança à equipe e ao paciente, sendo importante em diversas situações, como exemplificado a seguir:
 - Um **suporte policial** deve ser requisitado quando o paciente se encontrar armado ou em situações em que o médico avalie que o risco de agressão não possa ser controlado apenas com os recursos da equipe.
 - O **corpo de bombeiros** deve ser acionado quando há risco de suicídio por precipitação no vazio, como, por exemplo, na ameaça de jogar-se pela janela de um andar alto, caso não possa ser contido pelos familiares até a chegada da equipe, as janelas não apresentem grades ou não haja garantia de que elas possam permanecer trancadas.
 - Um **chaveiro** pode ser necessário para abrir uma fechadura trancada, o que deve ser solicitado pela família ou responsável. O ideal, nessa situação, é a obtenção de uma ordem judicial para uma ação conjunta com a polícia.

Antevendo a possibilidade de remoção para algum hospital ou clínica psiquiátrica após o atendimento, deve-se orientar a família a garantir uma vaga no serviço de sua preferência, contatar e contratar um médico assistente, condições necessárias para haver a remoção.

- **Outras informações:** o contato prévio também tem a função de avaliar e combinar outros detalhes do atendimento, como definir quem estará presente e quem não deve estar (p. ex., em situações familiares conflitivas), minimizar eventuais sentimentos de culpa dos familiares e definir um responsável pelo paciente.

Um encontro imediatamente anterior ao atendimento para a obtenção de um termo de consentimento viabiliza legalmente a presença do médico no ambiente onde o paciente se encontra. Mesmo em situações em que o paciente combine e concorde com o atendimento, esse termo deve ser preenchido e assinado, para evitar problemas legais posteriores. Os honorários devem ser previamente combinados com o responsável pela chamada, com o acerto realizado antes em outro local ou ao fim do atendimento domiciliar ou remoção.

Ao fim do contato prévio, o médico deve ter obtido informações suficientes para definir hipóteses diagnósticas sobre o quadro do paciente, bem como uma ideia clara do local e da situação em que ele se encontra, de modo a sentir-se seguro para o atendimento com sua equipe ou para solicitar a colaboração de outros profissionais. A Figura 14.1 resume a troca de informações necessária nessa fase.

AVALIAÇÃO NO LOCAL

Embora tendo obtido todas as informações necessárias por telefone, chegando ao local de atendimento, o médico pode deparar-se com uma situação diferente da prevista, seja por características peculiares do informante ou do quadro, seja pela evolução temporal da crise.

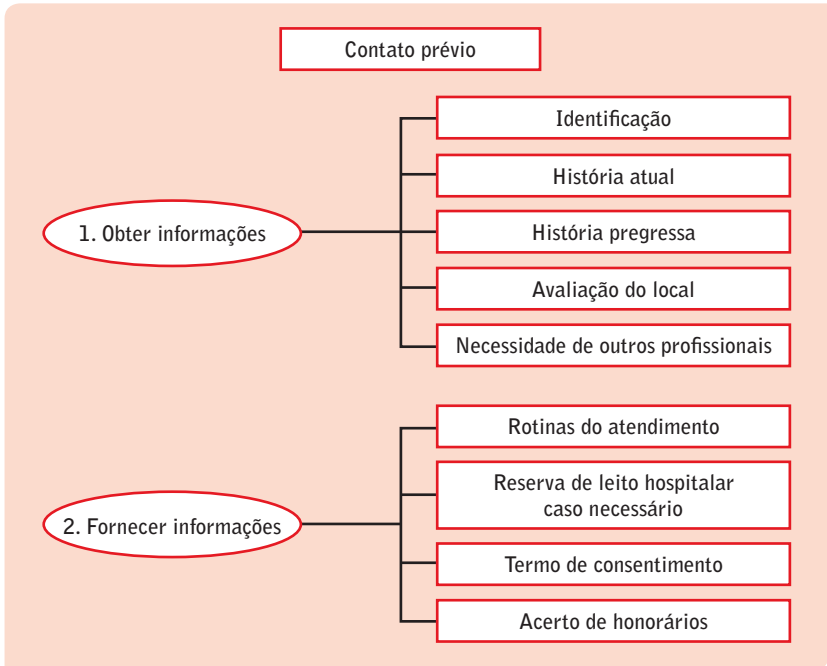


FIGURA 14.1

Descrição de características e procedimentos do contato prévio.

As informações adquiridas após chegar ao local devem somar-se àquelas do contato prévio para um rápido diagnóstico diferencial da situação, com o intuito de definir a melhor abordagem. Situações menos perigosas ou dramáticas possibilitam ao médico optar pelo melhor *setting* no qual entrevistar o paciente, que pode ser visto desde sozinho, em um ambiente fechado, até em um ambiente mais aberto, com a presença dos familiares e/ou demais membros da equipe. Já em situações extremas, como no risco de auto ou heteroagressão, a entrevista no local deve ser conduzida durante ou após a contenção do paciente. Uma rápida avaliação com vistas a descartar a patologia orgânica ou intoxicação deve ser conduzida, com exame clínico quando se fizer necessário.

MANEJO

Geralmente, nas situações de atendimento domiciliar psiquiátrico emergencial, o paciente encontra-se agitado ou violento. Não obstante, o estabelecimento de uma rápida aliança terapêutica deve ser sempre tentado. Para tanto, é importante para o médico:

- apresentar-se tranquilo e sob controle
- falar calmamente e de maneira não provocativa ou que expresse julgamento
- reassegurar o paciente de que será ajudado a se controlar
- evitar a confrontação direta, seja pelo olhar ou por intervenções
- explicar as intenções ao paciente e às demais pessoas presentes no ambiente
- ser claro, direto, não amedrontador e honesto (o que é de especial valia para os pacientes confusos e amedrontados)
- posicionar-se ao lado do paciente, o que é menos ameaçador para ele e ao mesmo tempo mais seguro para o médico
- manter as mãos visíveis, de forma a demonstrar a inexistência de armas, e preferentemente junto ao corpo, para serem usadas como defesa caso necessário

Durante todo o atendimento, deve-se ter uma postura segura e confiante, na qual fique claro que as intervenções visam ao benefício e à segurança do paciente e das demais pessoas no local. É importante atentar para a presença de sentimentos onipotentes na equipe diante da situação ou para o risco de se contagiar pela expectativa dos familiares em resolver a crise de forma mágica. Reações contratransferenciais ou outras reações

inapropriadas, como negação do risco ou da gravidade do quadro, poderão interferir no efetivo manejo de um paciente em particular.

No momento da tomada da decisão terapêutica, recursos verbais, físicos ou farmacológicos podem ser empregados, de acordo com o diagnóstico realizado, como mostra o Quadro 14.2.

MEDIDAS CONSIDERADAS NA TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA

As medidas de contenção mecânica devem ser usadas somente na falha do manejo verbal, visando sempre à segurança do paciente e das pessoas no local e até que o efeito de outra ação terapêutica faça efeito (tranquilização verbal, contenção química, etc.).

No que se refere ao manejo farmacológico, de forma geral, o uso do haloperidol associado a prometazina intramuscular (em diferentes locais de aplicação), em intervalos de 30 minutos, conforme a necessidade, tem-se mostrado bastante difundido e eficaz nessas situações. Alternativas incluem os antipsicóticos de segunda geração e alguns benzodiazepínicos. Uma descrição mais detalhada da conduta farmacológica encontra-se no Capítulo 5 deste livro.

A abordagem farmacológica deve seguir as indicações específicas para cada patologia, com algumas regras:

QUADRO 14.2

Elementos para tomada da decisão terapêutica

	Manejo verbal	Contenção mecânica	Manejo farmacológico
Transtorno mental orgânico	Geralmente ineficaz	Até elucidação diagnóstica, se violência ou risco iminente	Tratar a condição médica subjacente; psicofármacos, se necessário
Psicose funcional (esquizofrênica, mania)	Geralmente ineficaz	Se necessária, para medicar até se obter efeito químico	Psicofármacos como tratamento de escolha
Transtornos da personalidade	Boa resposta	De acordo com o grau de impulsividade	Psicofármacos, se necessário

- Usar medicação por via oral sempre que possível. Nos casos não psicóticos, não orgânicos (transtornos da personalidade), oferecer medicação ao paciente como opção pode ajudar a aumentar seu senso de autocontrole, favorecendo o vínculo.
- Administrar medicação por via parenteral, em casos de agitação, somente após o paciente estar devidamente contido, evitando-se possíveis danos a ele.
- Evitar clorpromazina intramuscular devido ao risco de hipotensão e cristalização nos tecidos.
- Evitar antipsicóticos de longa ação (incluindo acetato de zuclopentixol) nos pacientes não previamente expostos a eles.
- Evitar antipsicóticos nos pacientes com doença cardíaca, dando preferência aos benzodiazepínicos nos casos em que a administração por via oral é escolhida.
- Usar doses menores em pacientes idosos, pacientes não previamente expostos à substância, pacientes intoxicados por álcool ou drogas e pacientes com transtorno orgânico (*delirium*).
- No uso de antipsicóticos, ter à disposição substância antimuscarínica (como o biperideno) para o caso de distonia aguda.
- No uso de benzodiazepínicos, ter à disposição flumazenil para o caso de depressão respiratória.

Quando necessária, a remoção (com a colaboração do paciente ou de forma involuntária) deve ser realizada somente após a devida resolução da crise e o estabelecimento de segurança. O serviço para o qual o paciente vai ser transferido deve ser informado e concordar em recebê-lo, evitando-se, assim, desgastes desnecessários tanto para o paciente quanto para a família e a equipe.

Após cada atendimento, como parte do treinamento contínuo, a equipe deve avaliar os procedimentos e as condutas tomadas, bem como as intercorrências e seu manejo, discutindo os sentimentos relacionados e as alternativas a serem adotadas nessas situações.

É interessante fazer um contato posterior, para a atualização de como ocorreu o restante do tratamento, para manter um vínculo e para fins de avaliação do atendimento. A Figura 14.2 ilustra o manejo da crise psiquiátrica no local do atendimento.

ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Implicações éticas e legais não podem ser desconsideradas no atendimento domiciliar. A minuciosa avaliação dos riscos e da relação risco-benefício deve estar sempre presente e claramente documentada.

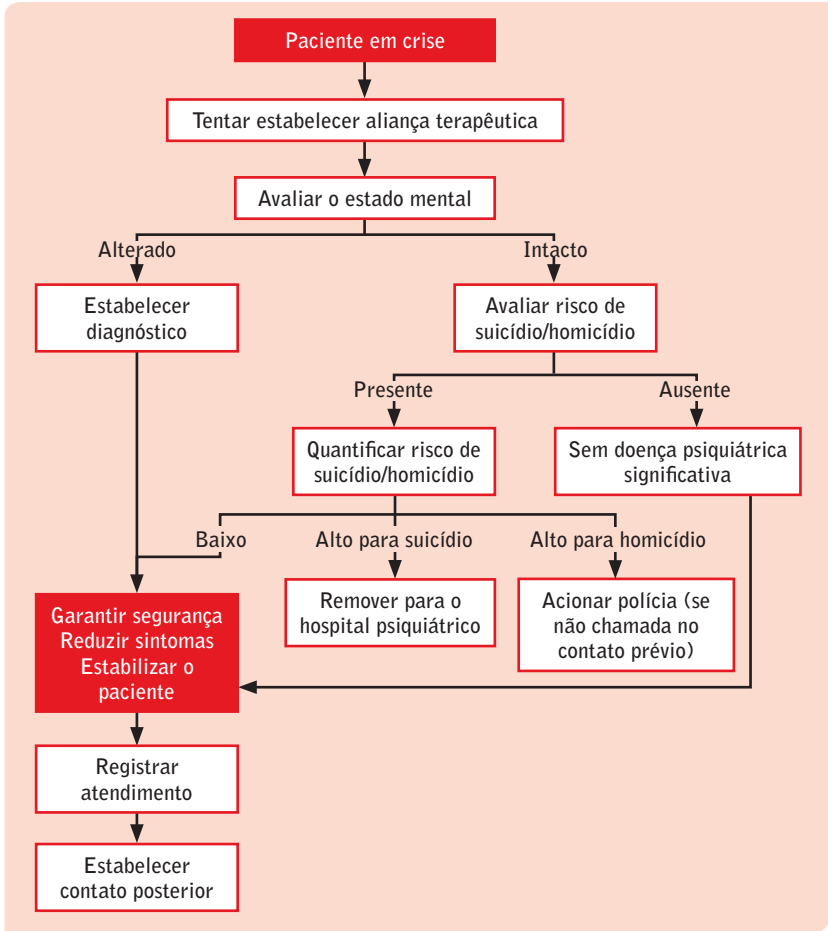


FIGURA 14.2

Algoritmo de manejo da crise psiquiátrica no local do atendimento.

Fonte: Adaptada de Kavan e colaboradores.⁴

A obtenção de um termo de consentimento esclarecido antes do atendimento é mandatória, devendo haver espaço para a complementação ou outro termo para o caso de remoção. Ele pode ser assinado pelo paciente ou por seu responsável legal, considerando-se os casos em que haja incapacidade do paciente em decidir ou em situações de emergência médica que requerem providências terapêuticas instantâneas.

A não comunicação de algumas informações pode ser realizada por *privilegio terapêutico*, ou seja, quando sua revelação pode trazer riscos ou consequências negativas ainda maiores ao paciente, e deve ser igualmente bem explicitada por escrito. Todo atendimento deve ser devidamente registrado em prontuário específico de modo imediato após sua conclusão, de forma que toda e qualquer conduta tomada esteja adequadamente justificada.

A preparação desta edição se dá em um momento em que a internação involuntária de adultos dependentes de *crack* vem sendo mais amplamente discutida entre Poder Executivo e Ministério Público. Esse debate vem contando com a participação de entidades médicas, como a Associação Brasileira de Psiquiatria, e ampla divulgação em meios de comunicação. Os princípios legais não fogem muito aos princípios gerais de atendimento mencionados aqui; espera-se que esse movimento possa implicar efetivas mudanças na maior integração e cooperação entre boas práticas em psiquiatria e políticas públicas, resultando em melhor disponibilidade de atendimentos à população.

REFERÊNCIAS

1. Allen MH, Forster P, Zealberg J, Currier G; American Psychiatric Association Task Force on Psychiatric Emergency Services. Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services: a review and model program descriptions [Internet]. Washington: APA; 2002 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://emergencypsychiatry.org/data/tfr200201.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência [Internet]. Brasília: MS; 2002 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6a103b0047458d57969dd63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+2.048-2002.pdf?MOD=AJPERES>
3. American Psychiatry Association. Diretrizes para avaliação psiquiátrica de adultos. In: American Psychiatry Association. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio 2004. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 19-32.
4. Kavan MG, Guck TP, Barone EJ. A practical guide to crisis management. *Am Fam Physician*. 2006;74(7):1159-65.

LEITURAS COMPLEMENTARES

American Psychiatry Association. Avaliação e tratamentos de pacientes com comportamento suicida. In: American Psychiatry Association. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio 2004. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 550-668.

- Atakan Z, Davies T. ABC of mental health: mental health emergencies. *BMJ*. 1997; 314(7096):1740-2.
- Binder RL, McNeil DE. Emergency psychiatry: contemporary practices in managing acutely violent patients in 20 psychiatric emergency rooms. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(12):1553-4.
- Brown JF. Psychiatric emergency services: a review of the literature and a proposed research agenda. *Psychiatric Q*. 2005;76(2):139-65.
- Currier GW, Allen MH. Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. 2000;51(6):717-9.
- Del-Ben CM, Marques JMA, Sponholz Jr A, W Zuardi AW. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(5):470-6.
- Hyman SE. Telephone evaluations. In: Hyman SE, Tesar GE, editors. *Manual of psychiatric emergencies*. Boston: Little, Brown; 1994. p. 19-20.
- Huf G, Coutinho ES, Adams CE. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2007;335(7625):869.
- Jobe TH, Winner JA. O paciente violento. In: Flaherty JA, Davis JM, Janicak PG, organizadores. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas; 1995. p. 347-56.
- Mackinnon RA, Michels R. O papel do telefone na entrevista psiquiátrica. In: Mackinnon RA, Michels R. *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. São Paulo: Artes Médicas; 1987. p. 349-63.
- Maritz J, Holroyd S. Characteristics of telephone calls in a psychiatric outpatient practice. *J Psychiatr Pract*. 2006;12(3):195-9.
- Park M, Tang JH. Evidence-based guideline: changing the practice of physical restraint use in acute care. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(2):9-16.
- Puryear DA. Proposed Standards in Emergency Psychiatry. *Hosp Community Psychiatry*. 1992; 43(1):14-5.
- Sar V, Koyuncu A, Ozturk E, Yargic LI, Kundakci T, Yazici A, et al. Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(1):45-50.
- Taborda JGV. *Psiquiatria legal*. In: Taborda JGV, Prado-Lima P, Busnello EDA. *Rotinas em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 1996. p. 280-96.
- Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(6):493-9.
- Tardiff K. Management of the violent patient in a emergency situation. *Psychiatr Clin North Am*. 1988;11(4): 539-49.
- Zealberg JJ, Christie SD, Puckett JA, McAlhany D, Durban M. A mobile crisis program: collaboration between emergency psychiatric services and police. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43(6):612-5.

FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS NA GESTAÇÃO E NA AMAMENTAÇÃO

Giovani Missio
Maiko A. Schneider
Márcio Gerhardt Soeiro-de-Souza

Estima-se que quase 50% das medicações usadas por mulheres em idade fértil tenham algum potencial teratogênico. Uma pesquisa recente da Food and Drug Administration (FDA) relatou que 48% das prescrições feitas para mulheres eram classificadas com risco D ou X para efeitos teratogênicos.¹ A classificação de risco relacionada ao uso de substâncias psicotrópicas durante a gestação tenta orientar a correta prescrição desses medicamentos, evitando a exposição intrauterina a substâncias teratogênicas, levando em conta o binômio risco-benefício (Quadro 15.1). Entretanto, tal classificação, apesar de ainda estar em uso, é considerada atualmente pouco informativa e inespecífica.

Pesquisas recentes revelam que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a consequências materno-fetais.² Em países em desenvolvimento, trabalha-se com uma prevalência de transtornos psiquiátricos não psicóticos, durante a gestação, em torno de 15,6%, enquanto no pós-natal esse índice sobe para 19,8%.³ Uma recente metanálise relata que são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos durante a gestação e no puerpério: baixo nível socioeconômico; gestação não desejada; idade jovem; estado

QUADRO 15.1

Classificação da Food and Drug Administration de potencial teratogênico dos fármacos

Risco A	Estudos controlados não demonstram risco. Estudos adequados e bem controlados com gestantes não têm demonstrado ou evidenciado nenhum risco ao feto.
Risco B	Sem evidência de risco em humanos. Ou os achados em animais demonstram risco, mas os achados em humanos não, ou então estudos adequados com humanos não têm sido realizados, e achados em animais são negativos.
Risco C	Risco não pode ser excluído. Faltam estudos com humanos e com animais, ou os estudos com animais são positivos para o risco fetal. Contudo, potenciais benefícios podem justificar o risco que possa existir.
Risco D	Evidência positiva de risco. Dados de investigação ou relatados, posteriormente, mostram risco ao feto. Ainda assim, potenciais benefícios podem ter mais valor que o risco que possa existir.
Risco X	Contraindicação absoluta na gestação. Pesquisas com animais ou humanos ou relatadas posteriormente, mostram um risco fetal que claramente suplanta qualquer possível benefício à paciente.

civil solteira; violência doméstica; falta de suporte familiar; bem como história prévia de transtornos mentais.³

Estima-se que durante a gestação a prevalência de depressão varie de 7,4%, no primeiro trimestre, a 12%, no terceiro.⁴ Já no puerpério, avalia-se que sintomas depressivos pós-parto tenham prevalência entre 50 e 80%.⁵ Embora essa seja uma condição considerada autolimitada, com duração média de duas semanas, evidências sugerem que possa predispor ao desenvolvimento de depressão pós-parto, transtorno psiquiátrico presente em 8,6 a 10,1% das gestações.⁶ Quanto aos transtornos de ansiedade, sabe-se que o transtorno de pânico pode apresentar melhora durante a gestação; não obstante, durante o puerpério, em 63% dos casos ocorre agravamento do quadro,⁷ bem como dos transtornos de ansiedade, estimando-se que a prevalência deste último seja maior na população puerperal. Quanto aos transtornos

psicóticos, tem-se a psicose puerperal, condição rara (1,1 a 4% dos casos em cada 1.000 nascidos), de início precoce, que surge em dois terços dos casos nas duas primeiras semanas pós-parto. Com desfecho desfavorável ao binômio mãe-feto, é contraindicação absoluta ao aleitamento materno.⁸

Diante da importância de tais desfechos, torna-se necessário discutir com a paciente e os familiares o impacto do tratamento desses transtornos em questão, ou o não tratamento, devido aos riscos de exposição neonatal a psicofármacos e, por conseguinte, aos riscos de teratogênese. Se, por um lado, há a preocupação iatrogênica devido à introdução medicamentosa, por outro, há o risco das consequências assumidas ao não iniciar tratamento medicamentoso.

O período da lactação traz outra preocupação, uma vez que os psicofármacos podem chegar ao leite materno. Sabe-se que a classificação de Hale⁹ de medicações informa quanto aos potenciais riscos teratogênicos de medicações durante a amamentação (Quadro 15.2). Como regra, substâncias com taxa de excreção (TE) menor que 1,0 (ou seja [leite materno]/[plasma materno]) podem ser utilizadas, com algumas ressalvas, apenas a sua farmacocinética e meia-vida. Ademais, sabe-se que psicofármacos, idealmente, devem ter uma TE menor que 10% (0,1) (Quadro 15.2). Sua excreção varia conforme o período puerperal: inicialmente, o leite materno assume a característica de exsudato, devido à imaturidade dos ácinos, permitindo, dessa forma, a passagem de moléculas maiores, assim como apresenta maior concentração de lipídeos, o que permite, paralelamente, a passagem de moléculas lipofílicas solubilizadas nesse material (Quadro 15.3 e Tab. 15.1).

BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos não são uma classe de medicamentos com características homogêneas no que tange a sua influência na gestação e lactação. Cada fármaco da classe dos benzodiazepínicos, como regra, apresenta baixas taxas de excreção; contudo, tais substâncias devem ser avaliadas individualmente. Recomenda-se que, quando empregados, escolha-se pela substância com menor meia-vida, menor número de interações medicamentosas e menor quantidade de efeitos adversos. Alguns exemplos de benzodiazepínicos reúnem:

- **Clonazepam:** a exposição intrauterina de 2 mg/dia durante o primeiro trimestre não foi associada a aumento de malformações congênitas ou de microcefalia e/ou alterações no perímetro cefálico.¹¹ Pode ser asso-

QUADRO 15.2

Categorias de risco na lactação

L1 Os mais seguros	Substâncias foram consumidas largamente por um grande número de nutrizes sem aumento dos efeitos adversos no lactente.
L2 Seguros	Substâncias foram estudadas em um número restrito de nutrizes sem aumento dos efeitos adversos na criança.
L3 Moderadamente seguros	Não há estudos controlados com nutrizes; contudo, o risco de efeitos indesejados no bebê é existente. Substâncias devem ser administradas apenas se justificado risco potencial ao lactente na ausência do tratamento.
L4 Possivelmente nocivos	Há evidências que apontam risco na amamentação ou na lactogênese, mas os benefícios da medicação justificam seu uso.
L5 Contraindicados	Com base em experiências com seres humanos, estudos com nutrizes demonstraram que há significativo e documentado risco ao lactente ou, ainda, é considerado um fármaco com potencial efeito nocivo direto à criança. O risco do uso do fármaco claramente contraindica sua utilização e exclui os benefícios de seu uso.

ciado a cianose na exposição intrauterina e mesmo durante a lactação.¹² Apresenta uma TE de 0,33.¹²

- **Alprazolam:** a TE do alprazolam é de 0,36 (menor que 1,0). Nesse caso é considerado seguro para uso durante a amamentação.¹³ Um estudo relatou que tentativas de suicídio com doses altas de alprazolam (7,5 a 100 mg) se associaram a aumento na incidência de abortos (23,3%), contudo, sem seu uso estar relacionado a maior incidência de malformações fetais.¹⁴
- **Diazepam:** sua TE equivale a 0,2, sendo o principal fármaco recomendado para uso durante a lactação, desde que durante períodos curtos e com doses que não excedam 30 mg/dia, observando-se a ocorrência de sonolência e/ou hiporresponsividade no lactente.¹⁵ Se utilizado durante a gestação, deve-se evitar o uso indiscriminado e sem prescrição médica

QUADRO 15.3

Fatores que influenciam a segurança do uso de substâncias durante o aleitamento materno

Fatores relacionados ao leite materno

Composição do leite materno (teor de lipídeos e proteínas)

Fatores relacionados à lactante

Metabolismo hepático e renal
Posologia
Via de administração

Fatores relacionados ao lactente

Idade
Absorção medicamentosa
Depuração hepática e renal
Volume de leite ingerido
Segurança da substância para o lactente

Fatores relacionados às substâncias

Constante de dissociação química
Solubilidade em água e lipídeos
Tamanho molecular
Biodisponibilidade oral
Toxicidade
Efeito no suprimento lácteo
Meia-vida da substância

Fonte: Adaptado de Howard e Lawrence.¹⁶

durante o primeiro trimestre, por ser considerada substância com risco D, assim como o lorazepam.¹⁷ O diazepam, utilizado criteriosamente, conforme prescrição, não aumenta o risco de abortos nem de malformações congênitas.¹⁸

- **Bromazepam e lorazepam:** em uma amostra de 263 neonatos com malformações congênitas, entre os expostos a benzodiazepínicos durante a gestação, avaliou-se aumento de chances, com o uso de bromazepam e lorazepam, respectivamente, de atresia anal (*odds ratio* [OR] = 6,19) e de anomalias do trato digestivo (OR = 6,15).¹⁷ Durante a lactação, o lorazepam torna-se seguro, com TE entre 0,15 e 0,26.¹⁰

TABELA 15.1

Correlação da taxa de excreção no leite materno e riscos teóricos

Substância	Taxa de excreção leite/plasma	Concentração sérica infantil	Dose infantil teórica (max.)	Categoria de risco
Citalopram	1,16-3	2-2,3 µg/L	1,3-14,6 µg/kg/dia	L3
Fluoxetina	0,286	< 1-3,2 ng/mL	9,3-57 µg/kg/dia	L2 nos maiores L3 se utilizada no período neonatal
Paroxetina	0,09	< 2 ng/mL	15,2 µg/kg/dia	L2
Sertralina	2,3	< 1,0-3,0 ng/mL	26,0 ng/kg/dia	L2
Alprazolam	0,36	-	0,6 µg/kg/dia	L3
Clonazepam	0,33-0,37	1,0-2,9 ng/mL	2,0 µg/kg/dia	L3
Diazepam	0,10-0,58	0,7-172 ng/mL	13,1 µg/kg/dia	L3 L4 se utilizada cronicamente
Lorazepam	0,15-0,26	-	1,8 µg/kg/dia	L3
Clozapina	4,3	-	17,3 µg/kg/dia	L3
Haloperidol	0,58-0,81	-	3,5 µg/kg/dia	L2
Olanzapina	0,38	-	2,7 µg/kg/dia	L3
Risperidona	0,42	-	7,8 µg/kg/dia	L2

DEPRESSÃO E ANTIDEPRESSIVOS

Estima-se que a depressão ocorra entre 1 e 20% das mulheres durante a gestação, dependendo da classificação usada. Sabe-se que 68% das mulheres deprimidas que descontinuam o tratamento antidepressivo apresentaram recaída, uma taxa significativamente alta quando comparada à daquelas que mantiveram a medicação (26%).¹⁹

Além dos riscos de morbidade ou mortalidade maternas, os episódios depressivos na gestação estão também associados com complicações na saúde do próprio bebê. A ideia mais aceita é de que haja envolvimento da ativação simpática do eixo hipófise-suprarrenal, mas também alguma forma de desregulação dos hormônios cortisol e noradrenalina, a qual levaria a uma série de consequências, como prematuridade e baixo peso ao nascer, sangramento uterino, baixos índices na Escala de Apgar, necessidade de partos cesarianos, além de menor interação entre mãe e bebê e de taxas aumentadas de problemas psiquiátricos entre as crianças.²⁰

Antidepressivos tricíclicos

Por serem as medicações antidepressivas mais antigas, os tricíclicos são as que apresentam maior nível de evidências científicas. Vêm sendo prescritos por mais de 40 anos para o tratamento da depressão em gestantes. Nos diversos estudos realizados nesse longo período, verificou-se que a exposição a essas medicações no primeiro trimestre não apresentou relação com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor ou na inteligência das crianças. A maioria dos estudos envolvendo tricíclicos estudou nortriptilina e imipramina e não apresentou taxas significativas de eventos clínicos.²¹

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e/ou de noradrenalina

Estudos com humanos, com um número pequeno de pacientes, encontraram uma taxa aumentada de malformações em crianças de mulheres que fizeram uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e/ou de noradrenalina (ISRSNs) no primeiro trimestre da gestação, sobretudo malformações relacionadas a defeitos congênitos cardíacos. Em estudos mais antigos, tais malformações pareciam ter uma relação mais forte com exposição à paroxetina, apesar de algumas pesquisas sugerirem que esse evento possa aumentar com o uso de qualquer antidepressivo. Apesar de

tal aumento não se mostrar expressivo, sugere-se a realização de ecocardiografia fetal em mulheres em uso de ISRSs, especialmente paroxetina.¹⁹

O uso de ISRSs no terceiro trimestre pode estar relacionado a uma ligeira elevação na frequência de hipertensão pulmonar. Alguns estudos com número pequeno de pacientes encontram essa associação, a qual não se repetiu em estudos maiores.¹⁹

Outro efeito observado eventualmente é a hipoglicemia em neonatos cujas mães usaram ISRS, entretanto, não existem relatos da necessidade de reposição de glicose nem orientação quanto à monitoração glicêmica.²²

Bem mais comuns são os efeitos de abstinência de ISRSs ou ISRSNs no pós-parto de pacientes recém-nascidos cujas mães utilizavam tais medicamentos. Foram observados, nesses casos, menor pontuação na Escala de Apgar, taxas maiores de transtornos da regulação do tônus muscular, choro excessivo, distúrbios do sono, taquipneia e problemas de alimentação.²³ Menos frequentemente observaram-se letargia, choro fraco e convulsões. Os sintomas costumam ocorrer dois dias depois do nascimento e são auto-limitados.¹⁹

Com relação ao desenvolvimento neurocomportamental, apesar de duas pesquisas pequenas sugerirem alterações, uma revisão não encontrou qualquer alteração significativa. Entretanto, as pesquisas avaliaram somente crianças até o quinto ano de vida e envolveram a utilização de paroxetina ou fluoxetina, apenas.¹⁹

Na amamentação, sertralina, paroxetina e fluvoxamina são as primeiras escolhas, por apresentarem meia-vida mais curta e menor concentração no leite materno. Seguindo a mesma lógica, sugere-se evitar medicamentos com meias-vidas mais longas, como escitalopram, citalopram e fluoxetina. Eventualmente, os pacientes que são amamentados por mães em uso de antidepressivos podem apresentar sinais clínicos (p. ex., tremor, irritabilidade, náuseas) semelhantes aos sinais de abstinência de tais substâncias.

TRANSTORNO BIPOLAR E ESTABILIZADORES DO HUMOR

Um estudo prospectivo recente encontrou uma taxa de recaída de 85,5% nas mulheres que suspenderam a medicação para transtorno bipolar,²⁴ o que significa uma porcentagem bastante alta, mesmo quando comparada aos 37% das que mantiveram o uso do medicamento durante o período. Ademais, o pós-parto é uma fase de risco para as pacientes com transtorno bipolar, e as recaídas aumentam de maneira significativa.

Carbonato de lítio

Ná década de 1970, iniciaram-se relatos a respeito do elevado risco de malformação cardíaca associado ao uso de lítio, particularmente da anomalia de Ebstein, uma alteração cardíaca caracterizada pelo deslocamento da valva tricúspide para dentro do ventrículo direito (classe D).²⁵ Seu prognóstico depende da gravidade e da presença de outras comorbidades cardíacas. O uso de lítio durante a gestação também está associado a complicações como pré-eclâmpsia e polidrâmnio.²⁶ As crianças expostas ao lítio apresentaram menores índices na Escala de Apgar e são mais propensas a nascer pré-termos. Essas crianças também sofrem mais de letargia, hipotonia, cianose, icterícia, diabetes insípido, alterações no reflexo de Moro e no reflexo da amamentação, problemas neuromusculares e hipotireoidismo neonatal. As complicações no parto relacionadas ao lítio estão associadas à concentração placentária do metal (geralmente acima de 0,64 mEq/L).²⁶ Assim, sugere-se suspender a litioterapia no período de 24 a 48 horas antes do nascimento, com o objetivo de diminuir essas intercorrências.²⁷

O lítio continua sendo uma importante ferramenta no tratamento da bipolaridade e pode ser considerado uma das principais medicações durante a gestação. Recomendam-se, entretanto, alguns cuidados básicos, como monitoração mensal dos níveis séricos, realização de ecocardiografia fetal a cada trimestre e suspensão do fármaco algumas horas antes do parto. Durante a gestação, a taxa de filtração glomerular aumentada no terceiro trimestre acarreta diminuição dos níveis séricos e necessidade de ajuste da dose.²⁸

Já durante a amamentação, recomenda-se evitar o uso de lítio, visto que a concentração no leite materno é irregular.

Anticonvulsivantes

De maneira geral, todos os estabilizadores do humor estão relacionados com potencial teratogênico, entretanto, esse potencial é significativamente maior com o valproato de sódio, sobretudo em doses acima de 1.000 mg ao dia.²⁹ Ele também está associado com atraso de desenvolvimento e com uma síndrome composta por anomalias cardíacas, faciais e do sistema nervoso central, além de restrição do crescimento intrauterino. A carbamazepina e a lamotrigina também têm potencial teratogênico (ambas classe C) (aumento do risco de malformações congênitas), porém menor que o do valproato (classe D).²⁹ A lamotrigina é considerada o estabilizador do hu-

mor mais seguro para uso na gestação, devido a sua baixa prevalência de malformações congênitas reportadas.³⁰

O desenvolvimento de crianças que foram expostas ao valproato parece ser mais afetado que o de crianças expostas a outros anticonvulsivantes, apresentando maiores taxas de prejuízo cognitivo. Entretanto, esses dados foram encontrados em filhos de mulheres com epilepsia, e não transtorno bipolar.²⁹

O uso de ácido fólico é recomendado, apesar de não haver evidência de sua eficácia na redução das malformações. Além disso, a realização de ultrassonografia morfológica transnucal é indicada para avaliação dos defeitos do tubo neural e de outras malformações.²⁸ Durante a amamentação, contudo, o valproato e a carbamazepina são as primeiras escolhas, devido à menor concentração no leite materno.

ANTIPSIKÓTICOS

O pico de incidência da esquizofrenia ocorre entre os 25 e 35 anos, coincidindo tal faixa etária com o pico de fertilidade feminina. Vale também ressaltar que mulheres com transtornos psicóticos apresentam maior probabilidade de gestações não planejadas. O uso de antipsicóticos, hoje, desde o desenvolvimento dos antipsicóticos de segunda geração, não é exclusivo para o tratamento da esquizofrenia, isto é, engloba também transtornos afetivos. Como consequência, tem-se um aumento no número de mulheres que usam tais medicações em idade fértil e na amamentação. No entanto, o não uso de medicações antipsicóticas em casos de esquizofrenia ou transtorno bipolar pode, em muitos casos, provocar prejuízo nas atividades diárias e na funcionalidade da mulher, podendo ser, muitas vezes, maior que o risco, teoricamente, teratogênico dessas medicações. Além disso, é importante ressaltar que a recorrência dos episódios de alteração de humor do transtorno bipolar é mais frequente durante a gestação do que nos casos de depressão unipolar, principalmente no primeiro trimestre.²⁴ No entanto, sabe-se que a incidência de suicídios diminui durante a gestação.³¹ Assim, é importante avaliar bem a prescrição de tais medicamentos nessa fase, pois a equação risco/benefício deve sempre ser positiva, em favor do benefício.

Existe a necessidade de se organizarem estudos comparativos e prospectivos bem desenhados em grandes populações, objetivando obter dados definitivos sobre o risco real do uso de antipsicóticos na gestação e durante a amamentação. Enquanto isso, sabe-se que o uso desses medicamentos durante a gestação já foi associado a malformações congênitas, nascimento prematuro e problemas no crescimento fetal.³² Além disso, em estudo re-

cente, o uso de antipsicóticos, independentemente do tipo, foi associado de forma mais consistente a aumento do risco de diabetes gestacional.³³

Estudos de revisão apontam que olanzapina e clozapina não aumentam o risco teratogênico, enquanto a literatura a respeito de quetiapina, risperidona, ziprasidona e aripiprazol é escassa e controversa. Do mesmo modo, as taxas de aborto espontâneo em mulheres que usam olanzapina ou clozapina não são diferentes das observadas na população em geral.³⁴ Entretanto, o uso desses dois medicamentos já foi associado a aumento do risco de diabetes gestacional.³⁵ Os dados a respeito desse tema são provavelmente generalizáveis para quetiapina e ziprasidona³⁶ em doses maiores, enquanto são controversos para risperidona e aripiprazol.³⁷

Em relação à amamentação, existem relatos de que clorpromazina e haloperidol podem causar letargia e atraso no desenvolvimento do recém-nascido.³⁸ Ainda com relação à amamentação, sabe-se que alguns antipsicóticos apresentam TE alta, e isso torna a amamentação contraindicada (TE > 1). Por exemplo, clozapina apresenta uma TE de 4,3,³⁹ enquanto clorpromazina, de 0,5 e haloperidol, 0,6.⁴⁰ Em relação aos antipsicóticos atípicos, sabe-se que olanzapina apresenta TE entre 0,3 e 0,7⁴¹ e risperidona, entre 0,1 e 0,4.⁴² Não existem dados sobre a TE de ziprasidona, aripiprazol ou quetiapina.

CONCLUSÃO

O uso de medicações psicoativas durante a gestação e a lactação deve ser minuciosamente discutido entre médico e paciente/familiares. Devem ser levados em conta os dados a respeito da teratogenicidade e também da TE no leite materno em conjunto com o quadro clínico de cada paciente. Os riscos e os benefícios do uso de uma medicação psicoativa nessa fase da vida devem ser expostos ao paciente de forma muito clara. Apesar dos dados existentes, sabe-se que há maior risco de danos teratogênicos se forem usadas medicações psicoativas no primeiro trimestre da gestação, momento em que ocorre a formação do sistema nervoso central. Quando o benefício adquirido pelo uso da medicação for importante à funcionalidade materna das puérperas, a amamentação deve ser contraindicada.

REFERÊNCIAS

1. Schwarz EB, Longo LS, Zhao X, Stone RA, Cunningham F, Good CB. Provision of potentially teratogenic medications to female veterans of childbearing age. *Med Care.* 2010;48(9):834-42.

2. Sharma V, Pope CJ. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(11):1447-55.
3. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139G-149G.
4. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698-709.
5. Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB. Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcult Psychiatry*. 2007;44(4):672-84.
6. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Canadian family physician Médecin de famille canadien Can Fam Physician*. 2005;51:1087-93.
7. Labad J, Menchón JM, Alonso P, Segalàs C, Jiménez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):428-35.
8. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(11):1284-92.
9. Hale TW. Medications and mothers milk: a manual of lactational pharmacology. 11th ed. Amarillo: Pharmasoftware; 2004.
10. Lavigne SV, Moretti M. Medications in pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol*. 2009;114(1):166-7
11. Almgren M, Källén B, Lavebratt C. Population-based study of antiepileptic drug exposure in utero: influence on head circumference in newborns. *Seizure*. 2009;18(10):672-5.
12. Fisher JB, Edgren BE, Mammel MC, Coleman JM. Neonatal apnea associated with maternal clonazepam therapy: a case report. *Obstet Gynecol*. 1985;66(3 Suppl):34S-35S.
13. Oo CY, Kuhn RJ, Desai N, Wright CE, McNamara PJ. Pharmacokinetics in lactating women: prediction of alprazolam transfer into milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1995;40(3):231-6.
14. Gidai J, Acs N, Bánhidly F, Czeizel AE. An evaluation of data for 10 children born to mothers who attempted suicide by taking large doses of alprazolam during pregnancy. *Toxicol Ind Health*. 2008;24(1-2):53-60.
15. Hägg S, Spigset O. Anticonvulsant use during lactation. *Drug Saf*. 2000;22(6):425-40.
16. Howard CR, Lawrence RA. Breast-feeding and drug exposure. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998;25(1):195-217.
17. Bonnot O, Vollset SE, Godet PF, D'Amato T, Robert E. Maternal exposure to lorazepam and anal atresia in newborns: results from a hypothesis-generating study of benzodiazepines and malformations. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(4):456-8.
18. Kjaer D, Horvath-Puhó E, Christensen J, Vestergaard M, Czeizel AE, Sørensen HT, et al. Use of phenytoin, phenobarbital, or diazepam during pregnancy and risk of congenital abnormalities: a case-time-control study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16(2):181-8.

19. Sie SD, Wennink JMB, van Driel JJ, Winkel te AGW, Boer K, Casteelen G, et al. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(6):F472-6.
20. Patil AS, Kuller JA, Rhee EHJ. Antidepressants in pregnancy: a review of commonly prescribed medications. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(12):777-87.
21. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):483-97.
22. Reis M, Källén B. Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. *Psychol Med.* 2010;40(10):1723-33.
23. Jensen HM, Grøn R, Lidegaard O, Pedersen LH, Andersen PK, Kessing LV. Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *Br J Psychiatry.* 2013;202(5):347-51.
24. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry.* 2007;164(12):1817-24.
25. Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW, Johnson EM, Weiner ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *JAMA.* 1994;271(2):146-50.
26. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, Ritchie JC, Cohen LS, Stowe ZN. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry.* 2005;162(11):2162-70.
27. Oyeboode F, Rastogi A, Berrisford G, Coccia F. Psychotropics in pregnancy: safety and other considerations. *Pharmacol Ther.* 2012;135(1):71-7.
28. Galbally M, Snellen M, Lewis AJ. A review of the use of psychotropic medication in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011;23(6):408-14.
29. Galbally M, Roberts M, Buist A; Perinatal Psychotropic Review Group. Mood stabilizers in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(11):967-77.
30. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord.* 2009;11(3):225-55.
31. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry.* 1997;154(1):122-3.
32. Lin H-C, Chen I-J, Chen Y-H, Lee H-C, Wu F-J. Maternal schizophrenia and pregnancy outcome: does the use of antipsychotics make a difference? *Schizophr Res.* 2010;116(1):55-60.
33. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Kieler H. Antipsychotics during pregnancy: relation to fetal and maternal metabolic effects. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(7):715-21.
34. Gentile S. Clinical utilization of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. *Ann Pharmacother.* 2004;38(7-8):1265-71.
35. Waldman MD, Safferman AZ. Pregnancy and clozapine. *Am J Psychiatry.* 1993;150(1):168-9.

36. Melkersson K, Dahl M-L. Adverse metabolic effects associated with atypical antipsychotics: literature review and clinical implications. *Drugs*. 2004;64(7):701-23.
37. Hedenmalm K, Hägg S, Ståhl M, Mortimer O, Spigset O. Glucose intolerance with atypical antipsychotics. *Drug Saf*. 2002;25(15):1107-16.
38. Yoshida K, Smith B, Craggs M, Kumar R. Neuroleptic drugs in breast-milk: a study of pharmacokinetics and of possible adverse effects in breast-fed infants. *Psychol Med*. 1998;28(1):81-91.
39. Barnas C, Bergant A, Hummer M, Saria A, Fleischhacker WW. Clozapine concentrations in maternal and fetal plasma, amniotic fluid, and breast milk. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):945.
40. Whalley LJ, Blain PG, Prime JK. Haloperidol secreted in breast milk. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282(6278):1746-7.
41. Gardiner SJ, Kristensen JH, Begg EJ, Hackett LP, Wilson DA, Ilett KF, et al. Transfer of olanzapine into breast milk, calculation of infant drug dose, and effect on breast-fed infants. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1428-31.
42. Hill RC, McIvor RJ, Wojnar-Horton RE, Hackett LP, Ilett KF. Risperidone distribution and excretion into human milk: case report and estimated infant exposure during breast-feeding. *J Clin Psychopharmacol*. 2000;20(2):285-6.

RISCOS ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL

Carmita H. N. Abdo
Marco de Tubino Scanavino
Flávio Gosling

O abuso sexual, a violência sexual e o comportamento sexual de risco são importantes problemas sociais e de saúde pública, cuja prevenção, assistência e tratamento requerem equipe multidisciplinar, na qual o psiquiatra ocupa papel de destaque. Além do risco de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e de gravidez indesejada, há impacto negativo sobre a saúde mental e a qualidade de vida do paciente vitimizado, bem como de seu agressor. Ambos inspiram cuidados médico-psicológicos e trabalho de reinserção social.

Este capítulo apresenta o tema em três seções distintas, para torná-lo mais didático. A primeira seção aborda o abuso sexual na infância e na adolescência, enquanto a segunda trata da violência sexual na vida adulta. A terceira seção é dedicada aos principais comportamentos sexuais de risco. Nessas seções, os diferentes quadros relativos ao abuso e à violência sexuais são apresentados separadamente, nos aspectos que assim o exijam, sendo agrupados quando houver tópicos comuns a ambos.

CONCEITOS

Abuso sexual na infância e na adolescência

Abuso sexual contra crianças e adolescentes é definido como qualquer ação que sirva à gratificação ou à satisfação sexual de adultos ou adolescentes com mais idade, os quais podem ou não ter algum vínculo familiar ou de relacionamento atual ou anterior com as vítimas. O abuso inclui desde toques, manipulação dos órgãos genitais, das mamas ou do ânus, exploração sexual, *voyeurismo*, pornografia, exibicionismo, até o contato sexual, com ou sem penetração.¹

A criança desconhece as limitações sociais às diversas práticas sexuais, mas é dever do adulto conhecer e respeitar esses limites, e é sempre dele a responsabilidade sobre os atos realizados.²

O termo “abuso sexual” é utilizado na Medicina Legal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entretanto, não faz parte da tipificação de crimes no Código Penal brasileiro, modificado pela Lei nº 12.015: estupro, violação sexual mediante fraude, estupro de vulnerável (conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso contra vítima menor de 14 anos), assédio sexual e corrupção de menores.³

EPIDEMIOLOGIA

Uma metanálise que reuniu estudos de 24 países estima que 8 a 31% das meninas e 3 a 17% dos meninos são vítimas de algum tipo de abuso sexual. Em cada 100 indivíduos menores de 18 anos, nove meninas e três meninos são forçados ao intercuro sexual.⁴

No Brasil, dados do Sistema Nacional de Combate à Exploração Sexual Infantojuvenil (Abrapia),⁵ compilados entre 2000 e 2003, a partir de 1.547 denúncias, indicaram que 76% das vítimas eram do sexo feminino. Entre os abusadores, 90% eram homens, 4,5%, mulheres, e 4,8%, homens e mulheres. A maior parte dos casos de violência foi intrafamiliar (54,5%), sendo o pai o principal abusador (42,3%), seguido pelo padrasto (16,9%) e pela mãe (7,7%).⁵ No entanto, a partir do funcionamento do sistema Vigilância de Violências e Acidentes (Viva),⁶ pelo Ministério da Saúde, houve a notificação de 14.625 casos de violência doméstica, sexual, física e de outras agressões contra crianças menores de 10 anos, apenas em 2011. Desses casos, 35% eram de abuso sexual contra menores de 9 anos.⁷

O abuso sexual na infância e na adolescência ainda é subnotificado. Os fatores responsáveis pela subnotificação são: sentimento de culpa ou

vergonha por parte da criança, falta de discernimento da vítima de que a prática sexual a que foi submetida é inadequada, proteção familiar ao abusador e descrédito quanto ao relato da criança. Somam-se a esses fatores a relutância de profissionais da saúde em reconhecer e notificar o abuso aos órgãos de proteção, bem como a dificuldade de coletar evidências físicas que norteiem o laudo pericial.

CARACTERÍSTICAS DO ABUSO SEXUAL

Vulnerabilidade

Meninas estão mais sujeitas a abuso sexual do que meninos. Em 2011, foram notificados ao Ministério da Saúde 72,6% de casos de violência sexual contra meninas e 27,4% contra meninos.⁷ Entretanto, há evidências de que abusos contra meninos são menos notificados. O constrangimento e o estigma da homossexualidade são complicadores dessa situação. Adolescentes do sexo masculino são mais relutantes em descrever o abuso, mesmo quando estão sob tratamento.

O abuso sexual ocorre majoritariamente na residência da vítima ou do abusador, sendo o local do abuso de 83,4% das meninas entre 1 e 4 anos e de 73,3% daquelas entre 10 e 14 anos.⁷ No atendimento às vítimas de abuso sexual, 42,3% reportam que o abuso ocorre na residência da criança, e 28,2%, na do abusador.⁸

O risco de abuso sexual é maior para crianças e adolescentes que vivem em ambiente familiar no qual há violência física, negligência, mãe com saúde física ou psicológica debilitada, lar monoparental, relacionamentos conflituosos e outras formas de abuso. Esse risco aumenta três vezes em adolescentes com necessidades especiais físicas e/ou mentais.⁹

Frequência e duração

Crianças submetidas a abuso sexual têm maior chance de sofrer novo abuso e abusos de repetição, que geralmente se prolongam por vários anos, podendo haver mais de um agressor. Casos isolados são menos frequentes e muitas vezes não são levados aos serviços de saúde.¹ Das crianças entre 7 e 12 anos abusadas sexualmente, 72,6% reportam essa violência após um mês do ocorrido, e 19,8%, após um ano. Idade, proximidade e lealdade com o abusador e ameaças são fatores que influem no adiamento da revelação da violência por parte da criança.¹⁰

O agressor sexual

A maioria dos abusos sexuais contra crianças ocorre no meio intrafamiliar. Pai biológico, padrasto, tio e avô são agressores em 21,7, 16,7, 11,6 e 10% dos casos, respectivamente.⁸ Outros parentes, vizinhos, conhecidos da família e namorados das mães também são identificados pelas vítimas como autores de abuso. Mães e madrastas têm sido identificadas como abusadoras sexuais em 2,3 a 4,5% dos casos.^{5,7} Abusadores podem ser menores de idade, mas a maioria deles se concentra entre 31 e 45 anos (38,2%).⁵

Um estudo em hospital de referência para atendimento a mulheres vítimas de violência sexual encontrou que 84,5% das crianças conhecem o agressor sexual, enquanto 72,3% das adolescentes mais velhas reportam abuso por desconhecidos.⁸

Tipos de abuso

O abuso sexual ocorre com ou sem contato íntimo, sendo as formas mais frequentes:²

- Sem contato: exposição da vítima aos órgãos genitais de adultos ou à atividade sexual (incluindo pornografia); exposição ou observação do corpo da criança/adolescente, com finalidade de excitação; indução de atividade sexual entre crianças/adolescentes (incluindo pornografia); discurso obsceno, para chocar a criança ou nela criar curiosidade a respeito da atividade sexual.
- Com contato: manipulação de órgãos genitais, ânus e/ou mamas; contato orogenital; masturbação; introdução de objetos em ânus ou vagina; penetração peniana ou digital.

SINAIS E SINTOMAS DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Embora não exista uma síndrome específica pós-abuso, alguns sinais e sintomas contribuem para a suspeita de violência sexual.

Lesões físicas

Na maioria dos casos de abuso sexual contra crianças, as lesões físicas não são evidentes, devido à demora em revelar o abuso e à baixa ocorrência

de uso de força ou de violência. Em adolescentes, entretanto, são comuns, dado que a violência sexual é perpetrada majoritariamente por desconhecidos que empregam contenção ou agressão física.²

As lesões mais associadas a possível abuso sexual são:

- escoriações, edemas, hematomas ou lacerações na região genital e entorno, tanto em meninas como em meninos
- equimoses, hematomas, marcas de mordidas ou lacerações em mamas, pescoço, parte interna e/ou superior das coxas, baixo abdome e/ou região do períneo
- lesões dermatológicas sugestivas de DST (deve ser descartada DST por infecção congênita ou transmissão perinatal)
- secção himenal cicatrizada
- sangramento vaginal ou anal em crianças pré-púberes, acompanhado de dor, não decorrente de condições médicas

Deve-se observar que prolapso anal ou uretral, rompimento de hímen, eritema, inflamação e fissura em tecido vulvar e perianal nem sempre são sinais evidentes de abuso, podendo ser resultado de outras condições médicas.

Comportamento sexualizado

Masturbação e toque nos órgãos genitais de outras crianças fazem parte do desenvolvimento infantil normal. O comportamento sexualizado após o abuso, porém, indica conduta inadequada para a idade e o desenvolvimento da criança. O relacionamento com outra criança, com brinquedos ou com um adulto torna-se erotizado, a criança começa a exibir sua genitália e simula atividade sexual. Inclui, ainda, introdução de dedos ou objetos na vagina ou no ânus, contato orogenital com outras crianças e uso de terminologia sexual. Embora parcela das crianças que sofreram contato sexual inadequado exiba esse comportamento, ele não é específico do quadro de abuso.

Quadros psiquiátricos e comportamentais

Sintomas sugestivos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) são comuns em crianças abusadas sexualmente, podendo cursar com depressão, distímia e problemas de comportamento.

Abuso sexual na infância tem sido associado a início precoce de episódios depressivos e resposta alterada ao tratamento. Tipo de abuso (com contato vs. sem contato; com penetração vs. sem penetração) e relacionamento próximo com o abusador parecem afetar o desenvolvimento e a gravidade da depressão. Sequelas podem persistir até a vida adulta. Mulheres depressivas com história de abuso sexual na infância tentam mais o suicídio, têm mais lesões autoprovocadas, apresentam mais sintomas de pânico e história recente de violência sexual quando comparadas a mulheres com a mesma gravidade de depressão não abusadas na infância.

O abuso sexual pode ser considerado um fator preditivo de tentativa de suicídio. Índices de suicídio e comportamentos autodestrutivos (automutilação, uso de drogas ilícitas, abuso de álcool, tabagismo precoce) são mais frequentes entre as vítimas de abuso sexual na infância. Tais comportamentos, no fim da adolescência e na vida adulta, estão associados a sexo de risco. Adolescentes depressivas vitimizadas por abuso referem mais ideação suicida (73%) do que aquelas não abusadas (25%).¹¹

O sentimento de culpa pode ser desenvolvido pela criança, bem como tristeza, choro sem motivo aparente, mutismo, prostração, sonolência diurna, desconfiança ou medo exagerado de adultos (geralmente do mesmo gênero do abusador). Agressividade, hostilidade, tiques, comportamentos regressivos (enurese ou encoprese) e baixa autoestima também podem integrar a reação ao abuso. Dificuldades de aprendizado decorrem da falta de concentração durante as aulas e em outras atividades educacionais.²

Doenças sexualmente transmissíveis

Crianças submetidas a abuso sexual estão expostas a DSTs. Entretanto, estas também podem ser resultado de transmissão perinatal, infecção congênita ou infecção pós-natal adquirida por autoinoculação ou inoculação acidental.

Análise do agente etiológico, do período de incubação, da idade do paciente e da região em que a infecção se manifesta pode confirmar que a DST é consequência de abuso sexual, sobretudo em crianças mais velhas, embora o parecer não seja conclusivo.

Testes sorológicos em meninas (0 a 13 anos) que sofrem abuso sexual detectam pelo menos uma DST em 8,2% delas.¹² No Brasil, em crianças com suspeita ou confirmação de abuso sexual (média etária de 10,8 anos), foram encontrados casos de condiloma acuminado, vaginose bacteriana, gonorreia, candidíase, tricomoníase, sífilis e herpes genital. Todavia, crianças sem história de abuso também podem apresentar alguma DST.¹³

Gravidez decorrente de abuso sexual

Gravidez e aborto (espontâneo ou provocado) podem resultar de abuso sexual. Gestação em meninas abusadas, com idades entre 12 e 15 anos, ocorre em 21% delas.¹⁴ No Brasil, um estudo com 366 mulheres vítimas de violência sexual (50% adolescentes e 3% menores de 15 anos) mostrou que em 30% dos casos houve gestação, 63% dos quais com interrupção.¹⁵

O Quadro 16.1 sintetiza os principais indicadores de abuso sexual em crianças e adolescentes.

AVALIAÇÃO E MANEJO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O abuso sexual pode ser dividido em agudo e crônico, em função das demandas específicas de cada uma dessas categorias em relação aos serviços de saúde.

QUADRO 16.1

Principais indicadores de abuso sexual em crianças e adolescentes

Psíquicos	Físicos
<ul style="list-style-type: none">■ Sintomas ansiosos (fóbicos ou compulsivos)■ Depressão■ Agressividade e hostilidade sem motivo aparente■ Dificuldade de concentração e déficit de linguagem e aprendizagem■ Comportamento sexual precoce ou exacerbado■ Temor a exames médicos de rotina■ Alterações no apetite e no sono■ Consumo de álcool e/ou uso de drogas■ Interesse por contracepção■ Automutilação■ Tentativa de suicídio	<ul style="list-style-type: none">■ Equimoses e fissuras anais ou genitais■ Corrimento vaginal inespecífico■ Infecções urinárias de repetição■ Sangramento vaginal ou anal não devido a uma condição médica■ Dores ao urinar ou evacuar■ Doenças sexualmente transmissíveis■ Gravidez ou aborto

O abuso agudo acomete com mais frequência as adolescentes; em geral o agressor é desconhecido; envolve ameaça ou violência física, o que demanda atendimento em serviço médico de urgência. Crianças são mais vulneráveis ao abuso crônico ou repetitivo; o abusador é seu conhecido; as ameaças são veladas; a frequência de abuso aumenta com o passar do tempo, e geralmente a vítima não é encaminhada a serviços de emergência.²

Um dos aspectos mais complexos, tanto para o médico quanto para os meios de proteção legal, é a comprovação do abuso sexual sem a evidência de lesão física, como é comum no abuso crônico, sobretudo em crianças. Nesses casos, o diagnóstico é feito por meio de sinais indiretos do estado emocional e das alterações de comportamento ou pela descrição do abuso relatada pela vítima e/ou por alguma testemunha. Portanto, a obtenção da história é a parte mais importante na avaliação do abuso sexual.

O apoio médico pode representar a primeira oportunidade para que a criança relate o abuso que vem sofrendo. O estabelecimento de confiança e receptividade é vital para que a vítima se sinta segura e coopere com a investigação clínica. Vale ressaltar que a criança pode ser previamente instruída a contar alguma história para despistar ou encobrir um parente próximo. Nesses casos, as histórias são inconsistentes e contêm contradições.

A anamnese deve ser cautelosa e detalhada, de modo a evitar que a criança ou o adolescente tenha que repetir o relato para vários profissionais, o que é bastante desconfortável e traumático. A escuta deve ser aberta, atenciosa, acolhedora, sem juízo de valores, sem interrupções ou solicitações de detalhes desnecessários, em espaço físico que preserve a privacidade dos envolvidos, registrando de maneira imparcial a história contada. O diagnóstico não é fechado nesse momento.²

Investigação de quadros ansiosos, depressivos, dissociativos, de estresse pós-traumático, confusão mental e ideação suicida deve ser conduzida, bem como a obtenção de história de transtornos psiquiátricos familiares. Quanto mais precocemente essas condições forem reconhecidas e tratadas, menor é o risco de cronificação e impacto negativo na vida adulta.²

Avalia-se, também, a necessidade de profilaxia para HIV/DSTs, hepatite B e contracepção de emergência. Tanto no abuso sexual crônico como no agudo pode haver gravidez, o que deve ser investigado.

Os pacientes e/ou seus cuidadores sempre devem ser informados sobre cada etapa do atendimento e declarar seu consentimento. Também não se promete o que não é possível garantir, como, por exemplo, que a criança nunca mais será abusada.¹

Todos os dados devem ser registrados em prontuário, seguindo normas éticas e de sigilo profissional. A esse respeito, o Código de Ética Médica,¹⁶ art. 74, estabelece que “é vedado ao médico revelar sigilo profissional rela-

cionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.²

O prontuário fornece subsídios para a elaboração do laudo indireto de exame de corpo de delito. Portanto, o registro deve ser o mais próximo possível da história relatada, de maneira extensa, sem termos técnicos, identificando os diferentes relatores, a fim de permitir a análise posterior de possíveis contradições e omissões. Deve-se observar e anotar o comportamento da vítima e o de seus cuidadores antes, durante e após a anamnese.²

Manejo

O atendimento às vítimas de abuso sexual é multidisciplinar. Assim, o pediatra é o profissional habilitado para fazer o exame físico, a coleta de material e a solicitação de hemograma e testes sorológicos para as principais DSTs. No atendimento de urgência, o exame ginecológico é obrigatório, podendo ser necessária sedação ou anestesia da vítima. Em caso de lesões, podem ser necessárias cirurgias de emergência. Tais procedimentos estão descritos nas normas técnicas da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde.^{2,17}

Após a coleta do material, é instituída imediatamente a profilaxia para DST, HIV, hepatite B, tétano e contracepção de emergência (em vítimas do gênero feminino).^{2,17} O esquema profilático é apresentado na Tabela 16.1.

Os procedimentos requerem autorização prévia dos responsáveis, mas, nos casos em que os abusadores sejam os pais, o Conselho Tutelar dará a autorização.²

Para fins de processo judicial e proteção à vítima, é necessária a comprovação da agressão sexual ou do abuso, bem como testes laboratoriais que levem à identificação do autor. Os responsáveis devem fazer boletim de ocorrência em Distrito Policial, o qual requisitará o laudo ao Instituto Médico Legal. Na recusa dos responsáveis, será obrigatória a presença do Conselho Tutelar, assumindo o poder de tutela provisória da vítima e o apoio às ações protetoras necessárias. Caso não haja Conselho Tutelar local, a Vara da Infância e da Juventude deve ser acionada.¹

Na presença de quadros psiquiátricos, avalia-se a necessidade de intervenção medicamentosa ou de encaminhamento para psicoterapia, principalmente quando há transtorno de estresse pós-traumático.

A estratégia de tratamento deve também considerar o suporte à família, a qual pode estar desorganizada, apresentando sentimentos de culpa, vergonha e medo, especialmente se o abusador é do ambiente familiar.¹

VIOLÊNCIA SEXUAL NA VIDA ADULTA

A Organização Mundial da Saúde define violência sexual como quaisquer atos sexuais ou tentativas de realizar um ato sexual, comentários ou investidas sexuais não consentidos, por meio de coerção ou uso de força física, praticados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, seja doméstico ou não. Estão inclusos, nessa definição, o estupro (penetração forçada) por desconhecidos ou parceiros íntimos, as práticas sexuais sem penetração e o assédio sexual.¹⁸

No Brasil, as diferentes expressões de violência sexual constituem crime. Em 2009, foi promulgada a Lei nº 12.015/2009,³ que alterou a tipificação dos Crimes Contra a Dignidade Sexual previstos no Código Penal. O estupro passou a ser definido, no art. 213, como ato de “[...] constringer alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso [...]”. A *violação sexual mediante fraude* (art. 215) é tipificada como “[...] ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima [...]”. O art. 216-A, por sua vez, define *assédio sexual* como o ato de “[...] constringer alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função [...]”.³

EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, um estudo sobre atendimento de vítimas de violência sexual em hospital geral encontrou 44,4% de casos de estupro (violência sexual com penetração) e 26,4% de atentado violento ao pudor (violência sexual sem penetração). As formas de constrangimento mais utilizadas foram grave ameaça (23,5%), violência presumida (23%), força física (20,6%) e formas combinadas (31%). A agressão ocorreu na residência da vítima ou do agressor em 52,5% dos casos. A idade média das mulheres era de 19 anos, e 24,7% buscaram atendimento médico sete dias após o estupro.¹⁹

No Sistema Único de Saúde (SUS), entre os atendimentos resultantes de vários tipos de violência, a sexual foi responsável por 33,3% deles em 2007. Em 2008, somadas todas as formas de violência, a sexual vitimou 39% de mulheres e 13,8% de homens. Já em 2011, o SUS atendeu 13.096 mulheres por violência sexual, 41,6% das quais maiores de 15 anos.⁷

Em uma comunidade periférica de Brasília, 28,8% das mulheres reportaram violência sexual do parceiro pelo menos uma vez na vida, e 16%, nos últimos 12 meses.²⁰

Segundo o *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*,²¹ 18,3% das mulheres norte-americanas reportam pelo menos uma tentativa de estupro ou estupro. Na projeção populacional, 1:5 mulheres e 1:71 homens sofrem algum tipo de violência sexual ao longo da vida. Por sua vez, o Departamento Nacional de Justiça dos Estados Unidos estima que apenas 26% dos estupros são notificados.²¹

Em pacientes psiquiátricos, a prevalência de violência sexual é maior (em mulheres e homens) do que na população em geral. Os agressores mais frequentes das mulheres são os parceiros, e a violência ocorre no ambiente doméstico, enquanto os homens são mais vitimados por estranhos, no espaço público.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O atendimento integral às vítimas de violência sexual requer equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Em centros de referência, há também assistência jurídica. Essa equipe deve oferecer acolhimento humanizado à vítima, em ambiente adequado, com empatia, receptibilidade e escuta respeitosa. Tal postura é vital para que a vítima se sinta segura no serviço de saúde, de modo a facilitar sua cooperação durante a avaliação clínica.¹⁷ Deve-se levar em consideração, ainda, que a violência sexual também atinge populações especiais, como pacientes psiquiátricos graves, portadores de necessidades especiais, homossexuais e idosos, merecendo cada um o acolhimento humanizado e sem julgamentos preconceituosos.

Devido à elevada prevalência de violência sexual contra mulheres, os protocolos, os procedimentos e as normas técnicas para atendimento nos serviços de saúde são padronizados para o gênero feminino. Entretanto, homens adultos também são objeto de violência sexual e geralmente são atendidos em serviços de referência de saúde da mulher. O atendimento padrão (clínico, profilático e legal) também se aplica a eles, exceto o manejo de condições próprias da mulher, como a contracepção de emergência. A violência sexual contra homens costuma ocorrer em contexto de vulnerabilidade física ou mental da vítima, na intoxicação por drogas ou álcool, no estupro de homossexuais por motivação homofóbica e na violência sexual entre parceiros.

Imediatamente após a violência sexual, as primeiras reações psicológicas incluem insensibilidade, choque, negação, culpa, raiva e isolamento. As sequelas da vitimização, por sua vez, são físicas e psicológicas, causando impacto negativo sobre várias áreas da vida.

A avaliação clínica inicial é guiada pelos princípios da emergência psiquiátrica. O foco é a triagem e a intervenção aguda, priorizando a segurança e a estabilização do paciente, além de ser dada especial atenção a eventuais psicoses e efeitos de substâncias. Devem ser investigados os sintomas atuais, a história de vitimização e os antecedentes de saúde mental familiar. Transtornos psiquiátricos preexistentes devem ser tratados, para diminuir o risco de descompensação psiquiátrica. É necessário conhecer a dinâmica do trauma e ter o cuidado para não retraumatizar o paciente ou fazê-lo vivenciar novamente a dinâmica perpetrador-vítima.

Durante a entrevista da vítima, é necessário registrar dados específicos sobre a violência sexual sofrida e as providências que foram tomadas para sua proteção e o encaminhamento. Esses dados, relacionados no Quadro 16.2, compõem a notificação compulsória de casos de violência sexual ao Ministério da Saúde.¹⁷ O registro deve ser único, ao qual tenham acesso os diferentes profissionais da saúde envolvidos no atendimento, de modo que a vítima não se sinta constrangida em relatar os detalhes da violência sofrida.

QUADRO 16.2

Registro inicial do atendimento a vítimas de violência sexual

História da violência (registrar em prontuário)

- Local, dia e hora aproximada da violência sexual
- Tipo de violência sexual sofrida
- Forma de constrangimento utilizada
- Tipificação e número dos autores da violência
- Órgão que realizou o encaminhamento

Providências instituídas (verificar eventuais medidas já adotadas)

- Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas
- Realização do Boletim de Ocorrência Policial
- Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal
- Outras medidas legais cabíveis

Acesso à rede de apoio

- Cuidar do acesso e da necessidade da vítima às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo abrigos de proteção

Fonte: Adaptado de Brasil.¹⁷

A vítima deve ser informada em detalhes, sempre que possível, a respeito do que será realizado em cada etapa do atendimento e da importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.¹⁷

No atendimento à mulher em situação de violência sexual, deve-se informar também sobre medidas terapêuticas e amparadas em lei para prevenir gravidez (decorrente de estupro) ou interrompê-la. Nessa etapa, atitude isenta de julgamentos e respeito às crenças e aos valores da vítima são indispensáveis. Deve-se esclarecer que a mulher tem o direito tanto de decidir pela interrupção da gravidez como de levá-la adiante, contando com assistência pré-natal e possibilidade de entrega da criança para adoção.¹⁷ Nos casos em que a gravidez evoluiu, 75% dos recém-nascidos foram para adoção, e 25% ficaram com as mães.¹⁵

Tal como descrito no atendimento do abuso sexual contra crianças, nos casos que envolvem adultos, todos os dados e procedimentos devem ser documentados em prontuário, seguindo normas éticas e de sigilo profissional.

Manejo

Após a avaliação psiquiátrica, acompanhamento psicoterapêutico deve ser oferecido ao paciente, que geralmente tende a recusá-lo, no atendimento inicial. Entretanto, recomenda-se seguir indicando psicoterapia nas consultas de seguimento. A prescrição de psicotrópicos da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) é recomendada para intervenção em sintomas agudos (TEPT, humor depressivo, pensamentos intrusivos, impulsividade, ideação suicida), alertando o paciente para possíveis efeitos adversos, síndromes de abstinência e abandono da terapia.²² O manejo da vítima de violência sexual prossegue com a intervenção de ginecologista, urologista ou médico-legista, resumida a seguir.

Nos casos de violência sexual aguda, geralmente cometida por agressores desconhecidos, o ideal é que a vítima compareça ao serviço de saúde sem banho e com as mesmas vestes do momento da agressão. Isso permite a coleta de material para a perícia, que pode levar à identificação do perpetrador.¹⁷

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal, realizada no momento de admissão da mulher, é necessária para identificar presença de sífilis, hepatite B e C, HIV, clamídia, gonorreia, tricomoníase, HPV ou gravidez, prévios à violência sexual. Também podem ser coletadas amostras de secreção uretral, anal e da faringe, de acordo com os tipos de violência relatados pela vítima. O diagnóstico é fechado com os resultados da anamnese, dos testes laboratoriais e do exame ginecológico.¹⁷

A prevalência de DST adquirida por violência sexual varia entre 4 e 30% das mulheres, dependendo de cada agente específico e segundo a faixa etária.²³ O risco de adquirir DST depende de: tipo de violência sofrido (vaginal, anal ou oral); número de agressores; ocorrência de lesões genitais; idade e suscetibilidade da mulher; condição himenal; presença de DST ou úlcera genital prévia; forma de constrangimento utilizada pelo agressor. Gestantes que sofrem violência sexual têm risco aumentado de adquirir DST quando comparadas às não grávidas.²³

No atendimento de emergência, é feita profilaxia para DSTs não virais, não existindo, ainda, profilaxia para as virais, como HPV e herpes simples (Tab. 16.1). A profilaxia em gestantes atende a normas específicas.¹⁷

Mais de metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher. A profilaxia contra gravidez indesejada é prescrita a todas as mulheres expostas à gestação, por meio de contato vaginal com sêmen (confirmado ou não), que já tenham tido a primeira menstruação, não estejam na menopausa e não utilizem contraceptivos de elevada eficácia, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem no momento da exposição.¹⁷ A contracepção de emergência evita 3 de cada 4 gestações que ocorreriam após a violência sexual, principalmente quando administrada em até 24 horas.

A infecção pelo HIV ocorre em 0,8 a 2,7% dos casos de violência sexual, risco este semelhante à exposição sexual única (heterossexual) ou a acidentes perfurocortantes entre profissionais da saúde. Tipo de violência sexual (anal, vaginal, oral), número de agressores, suscetibilidade da vítima, rotura himenal, exposição a secreções sexuais e/ou sangue, presença de DST ou úlcera genital prévia e carga viral do agressor são fatores que elevam o risco de infecção pelo HIV.¹⁷

A profilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não é realizada de rotina nem aplicada indiscriminadamente a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência e ao tempo decorrido desde o crime até a chegada da vítima ao serviço de saúde. Está recomendada, entretanto, em todos os casos em que houver penetração vaginal e/ou anal, nas primeiras 72 horas após a violência, conhecido ou não o estado sorológico do agressor. A contraindicação ocorre nos casos de violência sexual com exposição crônica e repetida ao mesmo agressor ou de uso de preservativo durante a violência.¹⁷

Para situações de violência sexual em que haja exclusivamente ejaculação na cavidade oral, ainda não existem evidências da indicação profilática de antirretrovirais. A decisão cabe à vítima, que deve ser esclarecida do risco de infecção, caso apresente lesão na cavidade oral e/ou o estado sorológico do agressor for positivo.¹⁷

A imunoprofilaxia para hepatite B está indicada nos casos em que houver exposição a sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Em condições de desconhecimento ou dúvida sobre o estado vacinal da vítima, a profilaxia deverá ser efetuada. A gravidez em qualquer idade gestacional não contraindica a imunização para a hepatite B nem a oferta de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Além disso, devido à chance elevada de transmissão vertical, é necessária a vacinação da criança nas 12 horas iniciais de vida, associada à IGHAB.¹⁷ Não deverão receber imunoprofilaxia para hepatite B: mulheres vítimas de violência sexual crônica e repetida pelo mesmo agressor, mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando houver uso de preservativo.^{17,24}

Havendo lesões ou traumas associados à violência sexual, e sendo o estado vacinal da vítima deficitário ou desconhecido, impõe-se profilaxia para tétano.¹⁷

Nos serviços de emergência, é seguido um protocolo para prevenção de agravos decorrentes da violência sexual. Esse protocolo determina contracepção de emergência, profilaxia para DSTs não virais, HIV, hepatite B e tétano.^{17,24} O resumo do esquema profilático é apresentado na Tabela 16.1.

Completam o atendimento de emergência as intervenções da assistência social e jurídica, avaliando o risco de revitimização, encaminhando os casos à rede de apoio e proteção e orientando quanto ao direito à denúncia da violência sofrida. O Ministério da Saúde estabeleceu as etapas que compõem o algoritmo completo de atendimento às vítimas de violência sexual, conforme mostra a Figura 16.1.²⁵

QUADROS PSIQUIÁTRICOS ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA SEXUAL

As principais consequências da violência sexual (agudas ou crônicas) são: TEPT, depressão, ansiedade, fobia, queixas somáticas inespecíficas, dificuldade de concentração, tontura, distúrbios alimentares, baixa qualidade do sono, disfunções sexuais, abuso de álcool, uso de drogas ilícitas, sentimento de desesperança, vergonha, vulnerabilidade e tentativa de suicídio. Essas manifestações podem se dissipar com o tempo ou retornar de modo intermitente, anos após o episódio de violência sexual.

Sintomas de TEPT são encontrados em 94% das mulheres em até duas semanas após o estupro, prevalecendo em 50% delas após três meses.²⁶ Em 30 a 50% dos casos de TEPT decorrentes de violência sexual ocorre depressão associada.²⁷ O uso abusivo de álcool é 4,7 vezes maior entre mulheres

TABELA 16.1

Profilaxia dos agravos decorrentes de violência sexual

Coleta de material	Secreção vaginal, uretral, faringal, anal, de acordo com o local da violência <ul style="list-style-type: none"> • Gram • Bacterioscópico de secreção vaginal • Imunofluorescência direta para clamídia • Cultura geral • Cultura para gonococo (Thayer-Martin) • Cultura para fungos 	Sorologias: <ul style="list-style-type: none"> • HIV • HBV • HCV • HTLV I e II • Herpes simples 1 e 2 • Sífilis • Imunofluorescência indireta para clamídia 	Teste de gravidez – β-HCG
Profilaxias	Indicação	Medicação e dose	Duração
DSTs não virais		Adultos Ceftriaxona 1 g IM Azitromicina 1 g VO Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhão UI em cada nádega) IM	Dose única para todos os medicamentos
		Crianças Ceftriaxona 250 mg IM Azitromicina 20 mg/kg VO Penicilina G Benzatina 50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI) IM	
Contraceção de emergência		Levonorgestrel 1,5 mg VO Levonorgestrel 0,75 mg VO	Dose única Duas doses, 12/12 h
HIV*	<ul style="list-style-type: none"> • Penetração anal e/ou vaginal • Penetração oral com ejaculação (avaliar risco e benefício) • Até 72h do ocorrido 	Adultos AZT + 3TC + Lopinavir/R AZT 300 + 3TC 150 1 comp. 12/12 h Lopinavir/R 200/50 mg 2 comp. 12/12 h	Fornecer <i>kit</i> inicial para 7 dias Manter por 4 semanas

(Continua)

TABELA 16.1Profilaxia dos agravos decorrentes de violência sexual (*continuação*)

Profilaxias	Indicação	Medicação e dose	Duração
		Crianças AZT + 3TC + Lopinavir/R AZT 180 mg/m ² 12/12 h + 3TC 4 mg/kg de 12/12 h + Lopinavir/R 7-15 kg 12/3 mg/kg 12/12 h; 15-40 kg 10/2,5 mg/kg 12/12 h; > 40 kg igual a adultos Superfície corporal em m ² : (peso kg X 4) + 7 peso kg + 90	
Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> • Penetração anal, vaginal ou oral • Pacientes não vacinadas ou esquema incompleto 	Imunoglobulina para hepatite B – 0,06 mg/kg Vacina hepatite B – 1 mL IM (3 doses)	1 g – dose única até 14 ^o dia Vacina dia 0, 1 mês, 6 meses
Tétano	<ul style="list-style-type: none"> • Ferimentos ou traumas associados e a depender do estado vacinal prévio 	Anatox tetânico – 1 amp. ou 0,5 mL IM + imunoglobulina humana antitetânica 250-500 UI IM	A depender do estado vacinal prévio

*Sorologia do agressor, sob seu consentimento informado: HIV (teste rápido, HCV, HBsAg, VDRL). Tempo de seguimento da vítima: 6 meses (não doar sangue/órgãos, não engravidar, não amamentar nesse período).

IM: intramuscular; VO: via oral; UI: unidades internacionais

Fonte: Brasil¹⁷ e Levin e colaboradores.²⁴

sexualmente vitimizadas.²⁸ Em indivíduos submetidos a violência sexual na vida adulta, há maior risco de desejo sexual hipoativo e transtorno da excitação (1,21-1,62) em mulheres, enquanto ejaculação retardada é 2,1 vezes maior em homens.²⁹

Homens e mulheres que sofrem abuso sexual na infância e/ou violência sexual na vida adulta recorrem com mais frequência, ao longo da vida,

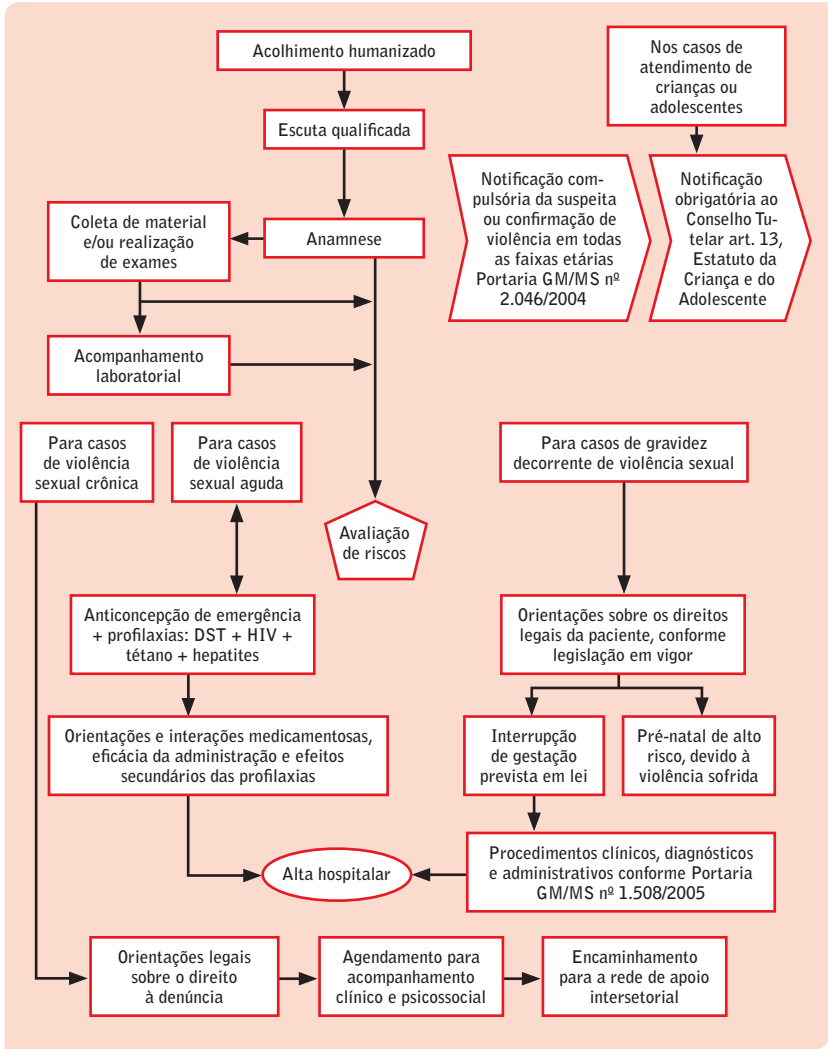


FIGURA 16.1

Algoritmo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual.

Fonte: Adaptada de Brasil.²⁵

aos serviços de emergência e ambulatoriais, tanto por comprometimento físico como psíquico.⁹

A resposta ao abuso e à violência sexual costuma ser diferente em homens e mulheres na idade adulta: eles tendem a identificar-se com o agressor, tornando-se abusadores. Elas, por sua vez, estabelecem relacionamentos futuros com abusadores físicos, emocionais e/ou sexuais. Ou seja, há diferenças de significado da experiência para ambos os gêneros quanto à percepção e à expressão de agressão e dependência, bem como para o desenvolvimento e a preservação da autoestima.

COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO

Consumo de álcool, uso de drogas e sexo sem proteção

O abuso sexual na infância ou na adolescência é fator de risco para engajamento em atividade sexual de risco na vida adulta. Sexo vaginal e/ou anal sem proteção, infecção por HIV/DSTs, múltiplos parceiros nos últimos três meses, sexo por dinheiro, relacionamento com parceiros portadores de HIV/DSTs ou usuários de drogas injetáveis, não utilização de contraceptivos, primeiro intercurso consensual antes dos 15 anos de idade e sexo sob influência de álcool ou drogas são comportamentos sexuais de risco frequentemente encontrados.³⁰ Portanto, além do atendimento de emergência aos pacientes submetidos a violência sexual, o encaminhamento precoce à psicoterapia e ao tratamento medicamentoso (quando necessário) auxilia na prevenção de situações deletérias à saúde física e mental desses pacientes na vida adulta.

No Brasil, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) encontrou que 29,2% das mulheres e 36,6% dos homens utilizam preservativo em todas as relações sexuais, o que mostra a baixa adesão à prática do sexo seguro.³¹ Consumo de álcool e uso de drogas ilícitas são fatores de risco para o uso inconsistente de preservativos. Sexo não protegido, sob influência de álcool, é reportado por 11% das mulheres e 15% dos homens.³² Em indivíduos vivendo com HIV/aids, o consumo de álcool eleva em 2 vezes o risco de intercurso sem preservativo.³³ O uso de drogas ilícitas é associado a comportamento sexual de risco, alta prevalência de DSTs e soropositividade de HIV (*odds ratio* [OD] = 4,178).³⁴

O uso inconsistente de preservativos em indivíduos no grupo de risco para HIV/aids não difere significativamente daqueles que não integram o grupo de risco.³⁵ Já pacientes psiquiátricos com graves transtornos mentais

são mais vulneráveis ao sexo de risco, reportando mais parceiros sexuais, menos uso de preservativo, mais sexo por dinheiro e menos suporte social.³⁶ Em indivíduos soropositivos, por sua vez, o sexo desprotegido pode conduzir à superinfecção com espécies virais diferentes, de modo que o uso de preservativos constitui um fator de proteção tanto aos parceiros quanto aos portadores de HIV.³⁷ Os escores de risco de transmissão do HIV em práticas sexuais não protegidas são apresentados no Quadro 16.3.

Apesar de rara, a transmissão do HIV pode ocorrer pelo sexo oral. Vale destacar, entretanto, que DSTs decorrentes de sexo oral podem favorecer a contaminação secundária pelo HIV.

Manejo

O aconselhamento para a adoção de medidas para o sexo seguro e a redução de danos em usuários de drogas são os pilares da prevenção de HIV/DSTs. Deve-se orientar sobre a importância do uso de preservativos em todas as relações sexuais e alertar que o consumo de álcool e o uso de drogas ilícitas comprometem a capacidade crítica, o que aumenta a vulnerabilidade.

QUADRO 16.3

Risco para transmissão do HIV em práticas sexuais não protegidas

Comportamento sexual	Escore de risco
Intercurso anal ou vaginal ativo desprotegido com parceria com mesmo "estado sorológico"	1
Intercurso anal ou vaginal passivo desprotegido com parceria com mesmo "estado sorológico"	2
Intercurso anal ou vaginal ativo desprotegido com parceria com "estado sorológico" diferente ou desconhecido	3
Intercurso anal ou vaginal passivo desprotegido com parceria com "estado sorológico" diferente ou desconhecido	4

Nota: Intercurso anal ou vaginal ativo refere-se àquele em que o pênis é introduzido; intercuro anal ou vaginal passivo, àquele em que o pênis é recebido.
Fonte: Stein e colaboradores.³⁷

de ao sexo sem proteção. Informar, também, que preservativos estão disponíveis na rede pública de saúde, bem como os *kits* de redução de danos (seringas, agulhas, potes para dissolução, algodão de desinfecção para o local da aplicação, preservativo e material educativo) para usuários de drogas, é outra conduta a ser adotada.³⁸

A quimioprofilaxia de HIV/aids e DSTs é feita de acordo com normas técnicas do Ministério da Saúde. Para indivíduo-fonte sabidamente HIV-positivos (casais sorodiscordantes), recomenda-se a quimioprofilaxia com esquema de três substâncias. Nas situações de exposição sexual em que a sorologia do parceiro é desconhecida, a quimioprofilaxia deve ser avaliada, considerando-se riscos e benefícios de sua indicação, conforme o tipo de exposição e o risco potencial da contaminação.³⁸

É essencial que o profissional da saúde reforce a importância da manutenção de práticas sexuais seguras durante e posteriormente a quimioprofilaxia do HIV/aids, evitando exposição do parceiro não infectado.

Compulsão sexual

O compulsivo sexual apresenta pulsões, pensamentos e fantasias sexuais intrusivos e comportamentos sexuais intensos e recorrentes que não podem ser evitados. Embora as práticas sexuais sejam socialmente aceitáveis, o engajamento em episódios repetitivos de busca por sexo torna-se o foco principal, causando dificuldade interpessoal e prejuízo a áreas de funcionamento social e/ou ocupacional do indivíduo, até a perpetração de crime contra os direitos e a dignidade sexual.³⁹

A compulsão sexual é preponderante em homens, iniciando na adolescência e evoluindo com curso crônico ou episódico. A exacerbação do comportamento sexual manifesta-se predominantemente por busca compulsiva de novas parcerias (múltiplos parceiros, incluindo desconhecidos); masturbação compulsiva; dependência de prostituição e pornografia; uso compulsivo de *sites* da internet para obter excitação sexual ou de salas para prática de sexo virtual. Práticas sexuais associadas às parafilias, como *voyeurismo* e exibicionismo, podem estar presentes.³⁹

O início do quadro, também conhecido como adição sexual ou impulso sexual excessivo, frequentemente é acompanhado por alguma egossintonia e ausência de sofrimento, o que influi na postergação da busca por tratamento. A negação, característica da compulsão sexual, favorece que o indivíduo oculte ou minimize as dificuldades, o que também contribui para o atraso na procura por auxílio médico. Quando o faz, a qualidade de vida já está bastante comprometida, podendo haver risco de suicídio.⁴⁰

A relação entre abuso sexual na infância e compulsão sexual na idade adulta pode ser devido à reação de estresse pós-traumático desencadeada pelo abuso, o que implica dissociação, confusão, ansiedade e desconfiança. Em decorrência, é gerado um padrão de pouca adaptação ao estresse e menor capacidade para enfrentar situações críticas. O comportamento compulsivo torna-se, então, uma forma de alívio para a ansiedade.^{40,41}

Apesar da inexistência de critérios diagnósticos oficiais para compulsão sexual, critérios diagnósticos operacionais que se apoiam nos critérios para as dependências de substâncias psicoativas foram propostos.⁴² Assim, as compulsões sexuais seriam comportamentos sexuais exagerados (repetitivos e de elevada frequência) que causam sofrimento e prejuízo clínico significativo, manifesto por três ou mais dos seguintes aspectos:³⁹

- tolerância, quando são necessárias práticas sexuais cada vez mais intensas e frequentes para se obter a mesma satisfação que havia no início do quadro
- abstinência, com a presença de sintomas físicos ou psíquicos, quando o indivíduo se abstém de se engajar em práticas sexuais
- duração longa e intensidade crescente do comportamento
- fracasso em controlar o comportamento
- ritual de busca: muito tempo e energia gastos com atividades para obter sexo
- comprometimento das atividades sociais, ocupacionais e recreacionais
- continuidade do comportamento a despeito das consequências adversas

O sexo de risco está associado à compulsão sexual. Atividade sexual com múltiplos parceiros ou com anônimos, recurso frequente à prostituição e urgência de engajamento em práticas sexuais são fatores que levam ao sexo sem proteção. Consumo de álcool e uso de drogas ilícitas (principalmente psicoestimulantes) estão incorporados aos rituais de busca por sexo em cerca de 40% dos compulsivos sexuais, o que ajuda a inibir o uso consistente de preservativos.⁴¹

Comorbidades psiquiátricas são comuns em compulsivos sexuais, principalmente ansiedade, depressão, transtornos da alimentação e transtornos da personalidade.⁴¹

A abordagem terapêutica envolve fármacos, psicoterapia e terapia de casal ou familiar, oferecidos por tempo indeterminado. Os fármacos mais indicados são os ISRSs (fluoxetina, sertralina e paroxetina) e os estabilizadores do humor (topiramato e lamotrigina). A psicoterapia tem o objetivo de fortalecer os mecanismos de autorregulação e a capacidade para estabelecer relações interpessoais significativas e estáveis.^{39,41}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento às vítimas de abuso ou violência sexual em serviços de urgência é multidisciplinar, cabendo ao psiquiatra papel fundamental no acolhimento humanizado ao paciente e à família, bem como a escuta cuidadosa e a habilidade para obter a história para avaliação da violência sofrida. Confidencialidade, sigilo, isenção de juízo de valores e respeito ao paciente são essenciais.

Violência intrafamiliar (abuso psicológico, físico e negligência), consumo de álcool e uso de drogas ilícitas são fatores que aumentam a vulnerabilidade à violência sexual.

Transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, dependência de álcool, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, disfunções sexuais, transtornos da alimentação, comportamento sexual de risco, ideação suicida e tentativa de suicídio são consequências a curto e a longo prazo da violência sexual.

O atendimento inicial é medicamentoso e/ou psicoterápico, dependendo de cada caso. Deve-se considerar, também, em face das possíveis sequelas emocionais, o encaminhamento para tratamento psiquiátrico de longo prazo.

Indivíduos que adotam comportamento sexual de risco na vida adulta ou são compulsivos sexuais devem ser orientados quanto ao uso consistente de preservativos. Álcool e drogas predispõem a menos sexo protegido e a maior vulnerabilidade a DSTs.

REFERÊNCIAS

1. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Suppl):S197-204.
2. Waksman RD, Hirschheimer MR, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Brasília: CFM; 2011.
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2009 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm.
4. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013;58(3):469-83.

5. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Relatório abuso sexual do período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de janeiro de 2003. Rio de Janeiro: ABRAPIA; 2003. p. 6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: sistema de vigilância de violências e acidentes [Internet]. Brasília: MS; 2011 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mar/22/viva_2011.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [Internet]. Brasília: MS; c2013 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>.
8. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Study of mechanisms and factors related to sexual abuse in female children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77(5):413-9.
9. Walker EC, Holman TB, Busby DM. Childhood sexual abuse, other childhood factors, and pathways to survivors' adult relationship quality. *J Fam Viol*. 2009;24(6):397-406.
10. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negl*. 2007;31(2):111-23.
11. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl*. 2004;28(5):491-503.
12. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2009;124(1):79-86.
13. Ribas CB, Cunha Mda G, Schettini AP, Ribas J, Santos JE. Clinical and epidemiological profile of sexually transmitted diseases in children attending a referral center in the city of Manaus, Amazonas, Brazil. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):80-6.
14. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(2):320-4.
15. Mattar R, Abrahão AR, Andalaft Neto J, Machado SJ, Mancini S, Vieira BA, et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):459-64.
16. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica [Internet]. Brasília: CFM; 2009 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília: MS; 2010.
18. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
19. Madi SR, Knob L, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Violência sexual. Experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. *Rev AMRIGS*. 2010;54(1):13-8.

20. Moura LB, Gandolfi L, Vasconcelos AM, Pratesi R. Intimate partner violence against women in an economically vulnerable urban area, Central-West Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):944-53.
21. Centers for Disease Control and Prevention. The national intimate partner and sexual violence survey [Internet]. Atlanta: CDC; 2011 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/nisvs/>.
22. Butterfield MI, Panzer PG, Forneris CA. Victimization of women and its impact on assessment and treatment in the psychiatric emergency setting. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(4):875-96.
23. Kawsar M, Anfield A, Walters E, McCabe S, Forster GE. Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic. *Sex Transm Infect*. 2004;80(2):138-41.
24. Levin AS, Dias MB, Oliveira MS, Lobo RD. Guia de utilização de anti-infeciosos e recomendações para prevenção de infecções hospitalares 2009-2010. São Paulo: FMUSP; 2010. p. 135.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual [Internet]. Brasília: MS; 2011 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/cartazes/fluxo_atendimento_situacao_violencia_sexual.pdf.
26. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective evaluation of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress*. 1992;5:455-75.
27. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
28. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA*. 1997;277(17):1362-8.
29. Steel JL, Herlitz CA. Risk of sexual dysfunction in a randomly selected nonclinical sample of the Swedish population. *Obstet Gynecol*. 2007;109(3):663-8.
30. Senn TE, Carey MP, Vanable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(5):711-35.
31. Abdo CH. Descobrimento sexual do Brasil. São Paulo: Summus; 2004. p. 86.
32. Cashell-Smith ML, Connor JL, Kypri K. Harmful effects of alcohol on sexual behaviour in a New Zealand university community. *Drug Alcohol Rev*. 2007;26(6):645-51.
33. Shuper PA, Joharchi N, Irving H, Rehm J. Alcohol as a correlate of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: review and meta-analysis. *AIDS Behav*. 2009;13(6):1021-36.
34. Anderson JE, Wilson R, Doll L, Jones TS, Barker P. Condom use and HIV risk behaviors among U.S. adults: data from a national survey. *Fam Plann Perspect*. 1999;31(1):24-8.
35. Bassols AM, Boni Rd, Pechansky F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(4): 361-8.
36. Meade CS, Sikkema KJ. Psychiatric and psychosocial correlates of sexual risk behavior among adults with severe mental illness. *Community Ment Health J*. 2007;43(2):153-69.

37. Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(5):837-43.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: MS; 2006. p. 18-26.
39. Goodman A. Sexual addiction: nosology, diagnosis, etiology, and treatment. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 505-39.
40. Gigliotti A, Guimarães A, organizadores. *Dependência, compulsão e impulsividade.* Rio de Janeiro: Rubio; 2007.
41. Cooper A, Marcus ID. Men who are not in control of their sexual behavior. In: Levine SB, Risen CB, Althof SE, editors. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals.* New York: Brunner-Routledge; 2003. p. 311-32.
42. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR.* 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MANEJO DE SITUAÇÕES DE ESTRESSE AGUDO

Alexandre Tsumori Maezuka
Deise Daniela Mendes
Marcelo Feijó de Mello

Trauma é um conceito abrangente e multifacetado, e os eventos traumáticos, no decorrer da vida, são inúmeros e muito prevalentes. Em uma realidade em que a violência é presente em várias formas e em que todos os cidadãos estão vulneráveis a situações de estresse grave, especialmente as que incorrem em ameaça clara à vida, torna-se impossível que os profissionais da saúde deixem de considerar os efeitos nocivos e muitas vezes incapacitantes que tal fenômeno social disseminado, a violência, causa na vida mental das vítimas e na de seus familiares.

A partir da vivência direta ou indireta de uma situação violenta, uma pessoa pode desenvolver uma série de transtornos mentais, como transtorno de estresse agudo (TEA), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) agudo e crônico, transtorno de ajustamento e quadros psicóticos reativos breves.

A prevalência de TEA não é bem conhecida, por ser um conceito novo e ainda muito pouco estudado. Um estudo atual mostrou que ele ocorre em 10 a 20% das pessoas que passaram por eventos traumáticos recentemente.¹ Não há dados brasileiros, mas se presume que a prevalência seja elevada em decorrência dos altos níveis de violência. Contudo, de maneira geral, pode-se afirmar que a maioria das pessoas com TEA desenvolverá TEPT, e muitas pessoas desenvolvem TEPT sem ter TEA.²

Nos casos atendidos no pronto-socorro, a emergência cirúrgica ou clínica acaba se sobrepondo de maneira a deixar encoberto ao socorrista um estado emocional patológico da vítima após ter sofrido uma tentativa de assassinato, estupro, acidente automobilístico grave, desastre natural ou mesmo terrorismo. De forma acertada, a prioridade é estabilizar rapidamente a emergência que causa risco imediato à vida. No entanto, uma avaliação resumida e objetiva do paciente, com enfoque em identificação de sintomas preditivos, posterior à retirada do risco de vida, é fundamental para o tratamento precoce de condições graves, como o TEA, que poderão levar a uma das doenças psiquiátricas mais frequentes e incapacitantes no Brasil, o transtorno do estresse pós-traumático e suas comorbidades.

O objetivo deste capítulo é sensibilizar os profissionais da emergência para investigar, identificar e manejar adequadamente o paciente em situação de estresse agudo que desenvolve reação patológica, intencionando a identificação dos fatores de risco, a minimização de condutas potencialmente prejudiciais, a prevenção e a redução da incidência de transtornos mentais crônicos e incapacitantes e a intervenção de forma rápida em fases precoces do quadro patológico associado ao trauma.

CONCEITOS

Tanto o TEA quanto o TEPT são dos poucos transtornos mentais em que é possível saber com exatidão qual foi a causa e quando se deu o desencadeamento da doença. A presença do trauma e a violência que o gerou são obrigatórias em seu diagnóstico, e o tempo que se passou desde o evento torna-se importante a ponto de questionar-se uma “hora de ouro” ou “janela terapêutica” psiquiátrica para a intervenção e consequente prevenção das sequelas médicas mentais do traumatizado.³

O TEA é um diagnóstico recente, introduzido na quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV),⁴ caracterizado como uma reação patológica de indivíduos que passavam por uma situação considerada traumática, esta tem também o papel de identificar indivíduos mais suscetíveis a desenvolver outra doença mental, como o TEPT, aplicando abordagens preventivas aos mesmos.

Segundo o DSM-5, os pacientes com TEA apresentam sintomas de:

- **Dissociação:** estreitamento do campo de consciência, redução da atenção, desorientação, incapacidade de compreensão de estímulos, anesiestimamento emocional, desrealização e despersonalização, amnésia dissociativa e estupor dissociativo.

- **Revivescência do evento traumático:** ocorre devido a uma hiperconsolidação das memórias traumáticas, que são integradas ao sistema de memórias narrativas do indivíduo, sendo frequentemente atualizadas por meio de lembranças recorrentes, pensamentos intrusivos, pesadelos e *flashbacks* acerca do evento. As lembranças são carregadas de forte teor emocional e de fenômenos sensoperceptivos. O paciente pode relatar sons e odores do ambiente, por exemplo, com facilidade. Durante os *flashbacks*, os pacientes podem apresentar alteração no campo da consciência e reviver o trauma como se ele estivesse acontecendo naquele momento.
- **Evitação:** os pacientes passam a evitar qualquer situação, local ou pessoa associados ao evento, os quais podem se generalizar para outras situações não relacionadas ao trauma, além de apresentarem sintomas de entorpecimento afetivo (*numbing*), redução da capacidade de reação, restrição afetiva, isolamento social, ideias de futuro abreviado e dificuldades na resolução de problemas.
- **Hiperestimulação autonômica:** crises de ansiedade, insônia, agitação, irritabilidade, dificuldade de concentração e resposta de sobressalto exagerada devido à hipervigilância.⁴
- **Humor negativo:** incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (p. ex., felicidade, satisfação ou sentimentos de amor).

EPIDEMIOLOGIA

O contato da população com eventos que preenchem o critério A é bastante frequente; um estudo nos Estados Unidos mostra homens (60,7%) e mulheres (51,2%) muito expostos a uma ou mais situações traumáticas no decorrer da vida. A repetição de eventos também é muito comum, com 56,3% dos homens e 48,7% das mulheres tendo passado por dois ou mais eventos.²

No mesmo estudo, apesar da alta exposição (cerca de 60%), a taxa de prevalência de TEPT é de 8%, variando de 10,4% para mulheres e de 5% para homens. O tipo de trauma sofrido também é decisivo para o desenvolvimento da doença. Nesse contexto, diante de estupro como situação traumática, a prevalência de adoecimento chega a 46%, para homens, e a 65%, para mulheres.²

No Brasil, a prevalência ao longo da vida de um indivíduo passar por um evento traumático nos grandes centros urbanos, como São Paulo, chega a assustadores 90%, sendo que os homens também são mais expostos ao longo da vida do que as mulheres. A prevalência de TEPT em São Paulo

é de 10,2%, sendo que a prevalência por gênero é de 14,5%, para o sexo feminino, e de 4,2%, para o masculino.⁵

Os principais estudos que avaliaram a incidência de TEA utilizaram as escalas diagnósticas *Acute Stress Disorder Interview* (ASDI) e *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-IV); seus resultados serão discutidos, brevemente, a seguir:

- Bryant e Harvey:⁶ conduzido com 92 vítimas de acidentes automobilísticos internadas. Destas, 13% apresentaram TEA total, e 21%, TEA parcial.
- Harvey e Bryant:⁷ conduzido com vítimas de diferentes tipos de trauma, sendo 32 vítimas de acidentes automobilísticos, 25 vítimas de assalto, 20 queimados e 25 que sofreram acidentes industriais. A incidência de TEA total foi de 13, 16, 10 e 12%, respectivamente, e a incidência de TEA parcial foi de 19, 12, 15 e 16%, respectivamente.
- Brewin e colaboradores:⁸ conduzido com 157 vítimas de assalto. A incidência de TEA total foi de 19%, e a prevalência de TEPT posterior foi de 20%.

A presença de todos os grupos de sintomas de TEA é um fator de risco preditivo importante para o TEPT, sendo que 78% desses pacientes desenvolvem TEPT crônico, apesar do diagnóstico simples ainda ser de baixa sensibilidade para avaliação do risco de TEPT. Isoladamente, a presença de sintomas dissociativos é o melhor preditor de risco.^{3,9}

NEUROBIOLOGIA DO ESTRESSE

Acredita-se que o TEA e o TEPT estejam relacionados a uma resposta inadequada ao estresse do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA).

Em uma situação fisiológica, após um evento estressor, ocorre hiperatividade noradrenérgica e do eixo HPA. O hipotálamo secreta o hormônio liberador de corticotrofina (CRH), que estimula a secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela hipófise, uma vez que se liga ao córtex da adrenal estimulando a liberação de cortisol. A liberação de CRH também ativa a via noradrenérgica do sistema *locus coeruleus* (LC), que aumenta a atividade do sistema nervoso simpático (SNS).¹⁰

A liberação de cortisol estimula a função cardiovascular e a mobilização de energia para defesa e também autolimita a ativação do eixo HPA, inibindo por *feedback* negativo a liberação de CRH e ACTH.

A hiperatividade noradrenérgica também mobiliza respostas de alerta, aumentando a frequência cardíaca, a pressão arterial, a disponibilidade de mobilização de glicose e causando hipervigilância. Pacientes com TEPT crônico apresentaram números mais altos de frequência cardíaca logo após o trauma.

Pacientes com TEA e TEPT agudo apresentam baixos níveis de cortisol e, com isso, mantêm os sistemas envolvidos na resposta ao estresse permanentemente ativos. A hiperativação do sistema noradrenérgico está associada aos sintomas de revivescência por ativação da amígdala e também causa a hiperestimulação autonômica.¹⁰

Níveis altos de CRH inibem vias serotoninérgicas, desencadeando comportamentos impulsivos e irritabilidade.

AValiação DO PACIENTE

Na avaliação inicial do paciente em trauma agudo (período transcorrido a partir do evento traumático inferior a 30 dias), alguns aspectos importantes devem ser abordados, conforme mostra o Quadro 17.1.

De maneira geral, a avaliação busca estabelecer o diagnóstico correto, o impacto dos sintomas e seus prejuízos, pesquisar risco preditivo de desenvolvimento de TEPT posterior, afastar outras condições clínicas e determinar se há necessidade de tratamento específico, de acordo com a apresentação do quadro clínico.

QUADRO 17.1

Prioridades a serem observadas na avaliação inicial

1. Estabilidade clínica: se o paciente encontra-se fora de emergência clínica ou cirúrgica, devidamente tratado e estabilizado.
2. Condições gerais do trauma: determinar o momento, o tipo, a gravidade e o mecanismo do trauma sofrido.
3. Reação do paciente diante do evento: se os sintomas são marcadamente anormais e/ou incapacitantes; atenção se sintomas dissociativos presentes.
4. Diagnóstico diferencial: na presença de alteração do nível de consciência e de sintomas aparentemente dissociativos, afastar outra causa devido a condição médica geral.

MANEJO

No atendimento inicial do paciente logo após o trauma agudo, é importante que o profissional da saúde reassegure a condição atual de segurança: o fato de estar em ambiente protegido, com suporte médico e segurança física, amparado por equipe e familiares, distante do local e da situação envolvidos no trauma.

Algumas condutas devem ser evitadas no caso de estresse agudo, visando a não fixação da memória traumática, que influirá diretamente no estabelecimento de doença mental posterior, conforme mostra o Quadro 17.2.

No contato com o paciente agudamente traumatizado, deve-se evitar a “patologização” das expressões usadas (p. ex., na descrição ou investigação de sintomas, preferir uso de palavras que se referem mais a sentimentos normais, como “medo”, em vez de palavras que costumam ser incluídas no diagnóstico psiquiátrico, como “pânico”).¹¹

Existem muitas evidências de que, durante o estresse agudo, deve-se evitar focar a entrevista em detalhes do trauma. Conduzir o paciente por meio de anamnese novamente à cena traumática para simples fim de investigação pode piorar seu prognóstico, aumentando a incidência de TEPT durante a evolução e contribuindo negativamente para seu estado de

QUADRO 17.2

O que evitar no atendimento

Retraumatização	Não induzir o paciente a descrever o evento traumático, não forçá-lo a retornar à cena violenta
Medicar desnecessariamente	Sintomas leves não devem ser medicados; evitar benzodiazepínicos
Vitimização	Não valorizar o impacto destruidor do trauma, não patologizar, não se referir a sintomas reacionais como doença mental
Cronificação	Uma vez feito o diagnóstico de TEPT agudo (sintomas persistem após 30 dias do trauma), encaminhar/tratar corretamente

“vitimização”. Dados acerca da situação traumática devem ser obtidos de preferência com familiares ou terceiros envolvidos (testemunhas, policiais, bombeiros, socorristas), e não diretamente com o paciente.

Investigar antecedentes pessoais, como eventos traumáticos anteriores, diagnóstico prévio de TEA ou TEPT ou história sugestiva de transtorno mental anterior, é uma conduta a ser adotada.

Deve-se concentrar as perguntas no que o paciente apresenta e gostaria de melhorar naquele momento, valorizando a prospecção e o sentido de futuro, já direcionando a como ele gostaria de se recuperar, ao seu rápido reestabelecimento e retorno à rotina normal de vida.¹²

A postura do profissional deve ser otimista, resgatando aspectos positivos reais do paciente, apontando sua capacidade de recuperação e retorno a atividades produtivas. Deve-se evitar a medicação de sintomas leves, orientando o paciente no sentido de que a maioria de suas reações emocionais é esperada e fisiológica.

No trauma agudo, benzodiazepínicos devem ser evitados, salvo em casos muito graves. Seu uso deve ser de curtíssimo prazo (poucos dias) e restrito a casos que apresentem algum risco. Em alguns estudos, pacientes que utilizaram benzodiazepínicos, principalmente de maneira prolongada (semanas a meses), desenvolveram mais diagnóstico TEPT do que aqueles que não haviam usado essas medicações.^{13,14}

Em casos de insônia, deve-se considerar o uso de indutores do sono não benzodiazepínicos. A trazodona, antidepressivo tetracíclico, por suas propriedades ansiolíticas e hipnóticas, tem sido utilizada com frequência.¹⁵ O uso de antipsicóticos atípicos, como risperidona, olanzapina e quetiapina, pode e deve ser considerado como opção de tratamento, seja no caso de sintomas dissociativos, de revivescência, seja no caso de hiperestimulação/hiper-reação.

Deve-se orientar pacientes e familiares para o fato de que muitos sintomas reacionais ao estresse agudo são esperados e fisiológicos e não necessariamente doença, mas também alertar para o fato da existência do diagnóstico de TEPT e de sua apresentação clínica, bem como para a necessidade de busca de reavaliação especializada com surgimento, persistência ou piora dos sintomas após 30 dias do trauma (Fig. 17.1).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Existem poucas evidências a respeito de tratamentos farmacológicos específicos para o TEA. Alguns estudos estão sendo elaborados com base na neurobiologia do estresse e das respostas anômalas a um evento traumáti-

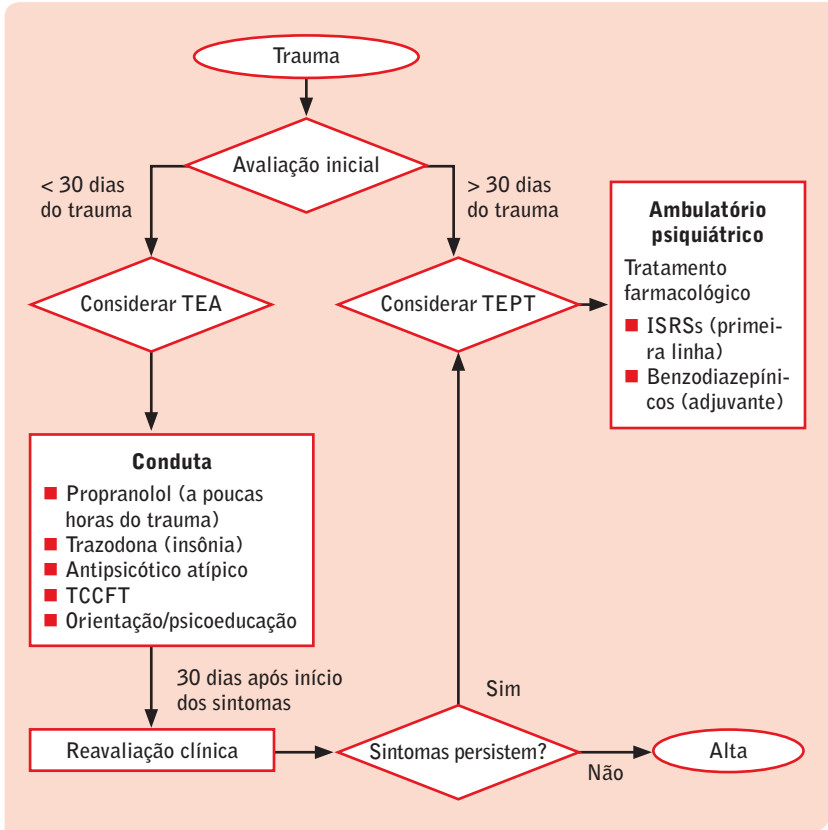


FIGURA 17.1

Algoritmo de manejo do estresse agudo.
TCCFT, terapia cognitivo-comportamental focada no trauma.

co. Diante de dois fatores observados (níveis baixos de cortisol e frequência cardíaca elevada) no momento do trauma, alguns autores sugerem que o uso precoce de glicocorticoides, como a hidrocortisona, de alfa-agonistas, como a clonidina, ou de um betabloqueador, como o propranolol, possa ser útil no tratamento do TEA e na prevenção do TEPT. Com poucas horas do evento traumático, alguns estudos sugerem benefícios e diminuição de sintomas com uso de betabloqueadores, embora não haja evidências de que esse anti-hipertensivo diminua a incidência de TEPT (Tab. 17.1).¹⁶

A hipótese de possíveis benefícios com o uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) no TEA foi sugerida, até porque esse grupo de fármacos é a primeira escolha no tratamento do TEPT agudo e crônico. Estudos em curso envolvendo o uso de escitalopram não mostram evidências de superioridade quando comparado com placebo, questionando a validade do uso desse grupo farmacológico no TEA.¹⁷

Existem alguns relatos de caso mostrando que os sintomas dissociativos, bem como os *flashbacks*, podem melhorar com o uso de antipsicóticos atípicos, como a risperidona.¹⁸ A prazolina, antagonista alfa-adrenérgico, mostrou eficácia em ensaios controlados na redução dos distúrbios do sono e dos pesadelos relacionados ao trauma em pacientes com TEPT instalado.¹⁹ No entanto, mais estudos são necessários com o uso desse medicamento para pacientes com TEA.

De maneira geral, as intervenções medicamentosas têm o objetivo de diminuir a intensidade dos sintomas do TEA, mas ainda não há dados consistentes que evidenciem que a farmacoterapia em fase precoce diminua o risco de TEPT, embora se saiba que não tratar, mesmo na fase aguda, está relacionado a maior cronificação dos sintomas.^{1,3,6}

PSICOTERAPIA

A abordagem psicoterápica com maior evidência científica de eficácia para o tratamento do TEA é a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCCFT). A terapêutica envolve a realização de cinco sessões de TCCFT nas quais são utilizadas técnicas de exposição prolongada e reestruturação cognitiva.

TABELA 17.1

Tratamento farmacológico do transtorno de estresse agudo (TEA)

Classe	Indicação	Medicamento	Doses diárias
Antipsicótico atípico	Sintomas moderados a graves do TEA	Risperidona Olanzapina Quetiapina	1-3 mg (1-2x/dia) 2,5-10 mg (noite) 25-100 mg (1-2x/dia)
Antidepressivo	Insônia	Trazodona	50-100 mg (noite)
Betabloqueador	Há poucas horas do trauma	Propranolol	80-120 mg (3x/dia)

A exposição prolongada é feita de forma imaginária e *in vivo*. A exposição imaginária consiste na ativação direta das memórias traumáticas, de forma repetida e detalhada, quanto aos seus aspectos narrativos, emocionais e perceptivos, até que o paciente não tenha mais sofrimento emocional e medo durante as recordações. Ele aprende que recordar o evento não oferece risco e, por meio da repetição, habitua-se a essas memórias, diminuindo a ansiedade provocada pela sua evocação. Durante a exposição *in vivo*, o paciente é convidado a listar todas as situações que tem evitado por lhe causarem medo. Ele fará uma hierarquia dessas situações, partindo das que causam menos medo para as que causam mais. Junto ao terapeuta, enfrentará uma situação de cada vez até que possa fazer essas atividades sem ansiedade, também por um mecanismo comportamental de habituação.

Com a reestruturação cognitiva, o paciente irá identificar e modificar crenças distorcidas, como pensamentos errôneos ou pouco adaptativos sobre o evento, sobre sua resposta ao evento e sobre suas perspectivas de futuro após ele. Após um evento traumático imprevisível, o indivíduo pode ter seu sistema de crenças sobre si, sobre os outros e sobre o mundo modificado. As distorções cognitivas mais comuns estão relacionadas a segurança, credibilidade, poder, autoestima e intimidade. Com isso, a informação sobre o evento não é assimilada e permanece ativa, resultando nos sintomas intrusivos e em emoções negativas como vergonha, medo, raiva e tristeza. A substituição por pensamentos mais adaptativos baseados não em crenças, mas em probabilidades e evidências (p. ex., probabilidade de estar seguro ou não diante de diferentes situações), faz as emoções negativas diminuírem com melhora do estado psíquico do paciente (Quadro 17.3).²⁰⁻²²

QUADRO 17.3

Orientações gerais no atendimento do transtorno de estresse agudo (TEA)

Reasseguramento

Reforçar condição atual de estabilidade clínica e segurança do paciente, afastando-o do ambiente da cena traumática, valorizando o "aqui e agora estou seguro" (ambiente hospitalar/consultório médico, presença da equipe de saúde, equipe de segurança, familiares, etc.).

(*Continua*)

QUADRO 17.3

Orientações gerais no atendimento do transtorno de estresse agudo (TEA) (continuação)

Investigação indireta	Pesquisar dados e detalhes sobre o trauma com terceiros ou familiares, quando possível.
Postura positiva	Demonstrar otimismo, reforçar aspectos saudáveis do paciente, focar na melhora e no retorno ao funcionamento normal, não medicar, não patologizar.
Antecedentes	Pesquisar história de traumas e transtornos mentais atuais e anteriores.
Diagnóstico	Dar atenção aos critérios de TEA; atenção se todos os critérios presentes e/ou sintomas graves e incapacitantes.
Psicofarmacoterapia	Evitar benzodiazepínicos. Considerar betabloqueadores há poucas horas do trauma; trazodona se insônia; baixas dosagens de antipsicóticos atípicos para sintomatologia moderada/grave.
Orientação e prevenção secundária	Pacientes e familiares devem ter noção básica a respeito do que é o TEPT, do quanto esperar, de quando e onde procurar ajuda.

REFERÊNCIAS

1. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(9):802-17.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
3. Zohar J, Sonnino R, Juven-Wetzler A, Cohen H. Can posttraumatic stress disorder be prevented? *CNS Spectr*. 2009;14(1 Suppl 1):44-51.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
5. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31 Suppl 2:S49-57.
6. Bryant RA, Harvey AG. Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. 1998;155(5):625-9.

7. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder across trauma population. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(7):443-6.
8. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry.* 1999;156(3):360-6.
9. Cahill SP, Pontoski K. Post-traumatic stress disorder and acute stress disorder I: their nature and assessment considerations. *Psychiatry (Edgmont).* 2005;2(4):14-25.
10. Southwick SM, Davis LL, Aikins DE, Rasmusson A, Barron, J, Morgan CA 3rd. Neurobiological alterations associated with PTSD. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. *Handbook of PTSD: science and practice.* New York: Guilford; 2007. p. 166-89.
11. Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. *Psychological first aid-field operations guide.* 2nd ed. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD; 2006.
12. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry.* 2007;70(4):283-315.
13. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry.* 1996;57(9):390-4.
14. Mellman TA, Bustamante V, David D, Fins AI. Hypnotic medication in the aftermath of trauma. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(12):1183-4.
15. Friedman MJ. Current and future drug treatment for posttraumatic stress disorder patients. *Psychiatr Ann.* 1998;28(397):461-8.
16. Bisson JI. Pharmacological treatment to prevent and treat post-traumatic stress disorder. *Torture.* 2008;18(2):104-6.
17. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(2):166-76.
18. Eidelman I, Seedat S, Stein DJ. Risperidone in the treatment of acute stress disorder in physically traumatized in-patients. *Depress Anxiety.* 2000;11(4):187-8.
19. Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, Ursano RJ. Guideline watch (march 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder [Internet]. Washington: APA Practice Guidelines; 2009 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1682793>.
20. Astin MC, Resick PA. Tratamento cognitivo – comportamental do TEPT. In: Caballo VE, editor. *Manual para o tratamento cognitivo – comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos.* São Paulo: Santos; 2002. p. 171-209.
21. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and counseling techniques. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(5):862-6.
22. Bryant RA, Moulds ML, Nixon RV. Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow up. *Behav Res Ther.* 2003;41(4):489-94.

18

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Mariane Nunes Noto
Rodrigo Grassi-Oliveira

Pacientes com transtornos da personalidade, especialmente o transtorno da personalidade *borderline* (TPB), são frequentemente identificados em serviços de emergência, apesar de o diagnóstico ser complexo e particularmente difícil de ser realizado pela primeira vez em um contexto emergencial.¹ Embora pacientes com transtorno da personalidade apresentem caracteristicamente um padrão de comportamento, cognição e relacionamento interpessoal crônicos e duradouros, as situações de emergência podem ser de gravidade considerável e requerem foco na avaliação do risco de agressividade e de suicídio.² Os transtornos da personalidade podem coexistir com transtornos do humor, transtornos por uso de substâncias psicotivas e comorbidades clínicas. A avaliação e o manejo cuidadosos dessas situações clínicas complexas podem ter um impacto favorável na evolução dos pacientes.² O tratamento de indivíduos com transtorno da personalidade nos serviços de emergência pode representar um desafio para o profissional, pois os pacientes podem ter atitudes que prejudicam o tratamento, tornar-se ameaçadores ou manipuladores.² Diversas situações de crise podem estar relacionadas à procura por um serviço de emergência e incluem tentativas de suicídio e comportamento parassuicida, agitação psicomotora e comportamento violento e agudização de sintomas psiquiátricos.

CONCEITOS

Transtornos da personalidade são definidos como padrões persistentes, inflexíveis e mal-adaptativos na forma de pensar e interpretar o ambiente e a si próprio e no relacionamento interpessoal que se desviam acentuadamente do esperado para o contexto cultural do indivíduo.³ Os transtornos da personalidade têm início no fim da adolescência e início da idade adulta e caracterizam-se por um padrão estável e persistente de comportamento que se manifesta em diferentes contextos e provoca intenso sofrimento subjetivo ou prejuízos no funcionamento social ou ocupacional.³

Para fins didáticos, os transtornos da personalidade podem ser divididos em três grupos (ou *clusters*) com base em características semelhantes, conforme exemplificado no Quadro 18.1.

A American Psychiatric Association havia proposto uma mudança significativa nos critérios diagnósticos dos transtornos da personalidade para a quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5); o número de categorias seria reduzido, e seria adotado um critério dimensional em que cinco tipos de personalidade seriam classificados de acordo com a intensidade de características essenciais e acessórias. No entanto, as mudanças nas categorias dos transtornos da personalidade não

QUADRO 18.1

Transtornos da personalidade

- Grupo A – Os indivíduos mostram-se esquisitos ou excêntricos:
 - Transtorno da personalidade paranoide
 - Transtorno da personalidade esquizotípica
 - Transtorno da personalidade esquizoide
- Grupo B – Os indivíduos mostram-se dramáticos, emotivos e imprevisíveis:
 - Transtorno da personalidade antissocial
 - Transtorno da personalidade *borderline*
 - Transtorno da personalidade histriônica
 - Transtorno da personalidade narcisista
- Grupo C – Os indivíduos frequentemente se mostram ansiosos ou medrosos:
 - Transtorno da personalidade evitativa
 - Transtorno da personalidade dependente
 - Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva

foram incorporadas no DSM-5 e encontram-se citadas em uma sessão como guia para pesquisas futuras.⁴

EPIDEMIOLOGIA

Os transtornos da personalidade afetam cerca de 10 a 15% da população adulta. Sua prevalência é descrita da seguinte forma:⁵⁻⁸

- Transtorno da personalidade paranoide – 0,7-2,3%
- Transtorno da personalidade esquizotípica – 0,06-3,3%
- Transtorno da personalidade esquizoide – 0,8-4,9%
- Transtorno da personalidade antissocial – 0,6-4,1%
- Transtorno da personalidade *borderline* – 0,5-1,6%
- Transtorno da personalidade histriônica – 0,2-2%
- Transtorno da personalidade narcisista – 0,03-0,8%
- Transtorno da personalidade evitativa – 0,8-5,2%
- Transtorno da personalidade dependente – 0,5-1,5%
- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva – 1%

Os transtornos da personalidade *borderline*, histriônica e dependente são mais comuns em mulheres, e o transtorno da personalidade antissocial, mais comum em homens.³ Estudos indicam que indivíduos com esses transtornos tendem a viver sozinhos ou a ser separados/divorciados.^{6,9}

Os transtornos da personalidade costumam ser estáveis ao longo do tempo, com evidências de que indivíduos com transtorno da personalidade do Grupo B podem apresentar atenuação dos traços de personalidade.^{6-8,10}

A comorbidade entre diferentes tipos de transtornos da personalidade foi documentada em diversos estudos e ocorre com relativa frequência, o que sugere não haver um limite preciso entre as diferentes categorias desse transtorno.^{6,8,11}

AValiação DO PACIENTE

Pacientes com transtornos da personalidade, especialmente aqueles do Grupo B, apresentam pobre controle de impulsos,³ o que predispõe à procura de serviços de emergência devido a crises de agressividade e tentativas de suicídio. A maioria dos pacientes com transtornos da personalidade em uma emergência psiquiátrica apresenta o tipo *borderline*.¹ Grande parte das evidências disponíveis na literatura sobre transtornos da personalidade na emergência é focada nesse grupo de pacientes.

As medicações têm eficácia comprovada no manejo de sintomas associados aos transtornos da personalidade, e seu uso deve ser realizado em associação a tratamento psicoterápico baseado em evidências.¹² O risco de efeitos colaterais deve ser mensurado em relação aos possíveis benefícios de modo individualizado.¹² A medicação na emergência deve ser focada na sintomatologia aguda.

Os critérios para hospitalização são os mesmos daqueles utilizados para os outros transtornos psiquiátricos e incluem risco iminente para si e para os outros, inabilidade de realizar autocuidado e estressores psicossociais que, em intensidade, extrapolam a capacidade de suportá-los.¹³ Como a patologia de base permanece inalterada com a hospitalização, o tempo de permanência no hospital deve ser minimizado, para evitar a dependência, que subverte a recuperação das circunstâncias que levaram à internação.¹³ Estadas de curta duração podem ser utilizadas para estabilizar fatores ambientais, ajustar regime de medicação ou implementar intervenção psicoterapêutica breve.¹³

Após o paciente receber alta do setor de emergência psiquiátrica, deve receber encaminhamento para tratamento psiquiátrico ambulatorial ou em hospital-dia e ser avaliado em um intervalo de 24 a 48 horas.¹³ Todos os pacientes hospitalizados devido a manifestações dos transtornos da personalidade devem ser encaminhados para tratamento psicoterápico.¹³

A seguir, são resumidas as evidências de avaliação e manejo dos transtornos da personalidade específicos.

Transtorno da personalidade paranoide

Em geral os pacientes com transtorno da personalidade paranoide são avaliados no serviço de emergência não por causa do transtorno, mas devido a uma emergência clínica.² Eles frequentemente desconfiam do profissional e da conduta médica ou se recusam a ser tratados por acreditar que o tratamento possa ser maléfico e causar dano.²

Manejo

O manejo da emergência nesses pacientes inclui a avaliação e o tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas. O uso de psicofármacos é indicado em casos de agitação e ansiedade.¹² Em geral, a utilização de ansiolíticos é indicada nos casos de ansiedade aguda.¹² Podem ser necessários antipsicóticos em baixas doses por períodos curtos de tempo em episódios de agitação ou de agudização de sintomas persecutórios.¹² Durante a entrevista com

o paciente, é importante não ser confrontativo, e sim firme, e fornecer a ele dados claros sobre a realidade e sua condição atual. Devem-se explicar claramente todos os procedimentos e indicações de sua realização. Qualquer inconsistência ou dúvida pode aumentar a desconfiança do paciente, sendo a avaliação do risco de agressividade ou exacerbação de sintomas psicóticos primordial para analisar a necessidade de internação.²

Transtorno da personalidade esquizoide

Em geral os pacientes com transtorno da personalidade esquizoide procuram a emergência em razão de uma comorbidade médica ou psiquiátrica.²

Manejo

O manejo desses pacientes no serviço de emergência inclui primariamente o tratamento das comorbidades. Existem poucas evidências que suportam o tratamento farmacoterápico. Os antipsicóticos e antidepressivos podem ser benéficos para alguns indivíduos; estes últimos podem tornar o paciente menos sensível à rejeição social.¹² Ainda que sem muita evidência, os benzodiazepínicos podem reduzir a sensibilidade interpessoal.¹² Existe necessidade de privacidade no manejo da crise nesses pacientes. Os portadores desse transtorno podem parecer indiferentes, mas costumam ser responsáveis à intervenção de crise.²

Transtorno da personalidade esquizotípica

Pacientes com transtorno da personalidade esquizotípica geralmente procuram o serviço de emergência devido a exacerbações de sintomatologia psiquiátrica com sintomas psicóticos agudos, ansiedade ou depressão.²

Manejo

O conceito de transtorno esquizotípico no espectro da esquizofrenia dá suporte para tratamento com uso de antipsicóticos, que são benéficos, principalmente em relação à sintomatologia do tipo psicótica.¹⁴ Os antipsicóticos atípicos são preferíveis pelo menor risco de causarem sintomas extrapiramidais e discinesia tardia.¹⁴ É comum os sintomas psicóticos serem autoli-

mitados e responderem a baixas doses de antipsicóticos.² Estudos abertos sugerem que os antidepressivos podem ser benéficos no tratamento de autoagressividade, sintomatologia psicótica e sintomas depressivos; no entanto, a evidência é menos consistente.¹⁵ O manejo da emergência nesses pacientes inclui a avaliação e o tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas. Pacientes com esse transtorno podem ter o senso de realidade prejudicado, distorcer dados de realidade.² Na avaliação e durante o manejo verbal, é importante cuidar para não ser muito abrupto ou insistente e oferecer suporte emocional nas crises.² Avaliar se a internação hospitalar é indicada também é uma conduta a ser adotada.

Transtorno da personalidade antissocial

Raramente pacientes com transtorno da personalidade antissocial comparecem ao serviço de emergência devido ao transtorno. Em geral, a procura pelo serviço se dá por uma comorbidade médica ou pelo uso de substâncias.² Esses indivíduos podem procurar a emergência buscando a hospitalização para evitar consequências de suas ações, como atos criminais ou confrontos interpessoais com agressividade.² Pacientes com esse tipo de transtorno podem ser manipuladores; podem esconder suas reais intenções e usar a sedução para conseguir benefícios ou recompensas. Há notável desconsideração pelos sentimentos alheios e falta de empatia. Apresentam pobre controle de impulsos e podem tornar-se agressivos.² Queixas somáticas e pensamentos de suicídio podem expressar-se na entrevista.²

Estudos demonstram associação entre comportamento suicida e transtorno da personalidade antissocial. Esses pacientes apresentam risco aumentado, em relação à população em geral, de morrer por causas violentas, incluindo suicídio.¹⁰ Nesse sentido, cerca de 20% da população entre 13 e 19 anos que morre por suicídio preenche critérios diagnósticos para transtorno da conduta ou da personalidade antissocial.¹¹ Entre as tentativas de suicídio não fatais em adolescentes, 45% dos meninos e um terço das meninas têm transtorno da personalidade antissocial.⁹ O risco de morte por suicídio durante a vida entre aqueles com esse transtorno situa-se em torno de 5%.¹⁶

Manejo

Não há nenhuma medicação aprovada pelos órgãos reguladores brasileiros ou norte-americanos para o tratamento desse transtorno. Contudo, algumas

medicações podem auxiliar em certas condições comumente associadas ao transtorno, em especial na agressividade. O manejo da emergência nesses pacientes inclui a avaliação e o tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas, especialmente o uso de substâncias.² O tratamento do transtorno pode ser muitas vezes difícil, e o insucesso no processo terapêutico é encontrado com frequência.² Existem poucas evidências que dão suporte para o tratamento medicamentoso nesses pacientes. Alguns estudos demonstraram redução no comportamento agressivo e na impulsividade em detentos tratados com lítio e fenitoína, porém com importantes falhas metodológicas.¹⁴ Até o momento, existe suporte apenas para o tratamento de impulsividade e agressividade. Há evidência para o uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e estabilizadores do humor para descontrole de impulsos e se ISRS e outros antidepressivos para desregulação emocional e baixas doses de antipsicóticos para anormalidades cognitivas e de percepção.^{14,17} No manejo verbal dos pacientes, é importante estabelecer limites claros, fornecer dados sobre a realidade da situação e estar atento a possíveis manipulações do paciente.² A hospitalização pode ser necessária se ele demonstrar risco de agressividade. As tentativas de suicídio devem ser consideradas sérias, a não ser que existam evidências contrárias.² O tratamento deve ser efetuado por profissionais experientes em um ambiente altamente estruturado.²

Transtorno da personalidade *borderline*

As tentativas de suicídio e a autoagressão constituem um dos critérios diagnósticos do transtorno da personalidade *borderline*. As idas ao serviço de emergência podem ser frequentes e incluir tentativas de suicídio, sintomas psicóticos (alucinações auditivas e visuais) e crises dissociativas. Esses pacientes costumam procurar o serviço de emergência após uma tentativa de suicídio, gesto suicida ou comportamento parassuicida (automutilação, sem intenção de morte).

Pacientes com transtorno da personalidade *borderline* representam de 9 a 33% de todos os suicídios efetivados.¹⁰ Pacientes com quatro ou mais tentativas de suicídio em um ano geralmente preenchem critérios para TPB; e estas correspondem a 12% das visitas ao serviço de emergência em um ano.¹⁶ Como referido, o TPB é o único cujas tentativas recorrentes de suicídio e comportamento automutilatório fazem parte dos critérios diagnósticos. História de comportamento suicida é encontrada em 60 a 78% dos pacientes com TPB.¹⁶ Uma metanálise encontrou um risco aumentado de suicídio nessa população em comparação à população em geral, e esse risco é ainda maior nos pacientes nas fases iniciais da doença.¹⁸ O risco de morte

por suicídio durante a vida no TPB varia em torno de 3 a 10%.¹⁰ Os pacientes com o transtorno têm média de 3,3 tentativas de suicídio ao longo da vida; no entanto, altas taxas de recorrência de comportamento suicida não excluem um risco real de suicídio.

É importante ressaltar que há evidências de fatores de risco específicos associados com risco de suicídio entre esses pacientes, os quais incluem impulsividade, presença de história de abuso na infância e comorbidade com transtorno do humor e/ou transtorno por uso de substâncias.¹⁹

Manejo

Pacientes com transtorno da personalidade *borderline* estão em risco de suicídio, e estressores psicossociais podem aumentá-lo.¹⁰ A investigação, no serviço de emergência, deve avaliar a presença de comorbidade com transtorno do humor atual e aumento recente no consumo de substâncias psicoativas.¹⁰ Devem-se investigar tentativas prévias de suicídio (meios utilizados, letalidade e situações em que ocorreram).¹⁰ Impreterivelmente, deve-se averiguar se há planejamento suicida atual e acesso a meios de suicídio.

A questão primordial no atendimento dos pacientes com TPB é avaliar a indicação de internação psiquiátrica, que não tem eficácia documentada nesses pacientes e pode até mesmo estar associada a piora do quadro clínico, regressão do comportamento com passividade, uso de substâncias, autoagressão e desobediência a regras.²⁰ Tentativas de suicídio graves e presença de sintomas psicóticos podem indicar a necessidade de internação hospitalar, porém, internações mais curtas podem ser benéficas.^{20,21} O tratamento em hospitais-dia pode ser uma alternativa custo-efetiva nos casos em que a internação não é indicada. O paciente que apresenta tentativas de suicídio menos graves ou ameaças pode ser mantido na observação da emergência durante a noite para que possa ser tranquilizado e para que seja reavaliada a situação em que se encontra.²⁰ As intervenções terapêuticas na emergência devem prover suporte ao paciente. A abordagem psicoterapêutica específica deve ser iniciada no seguimento, após controle adequado da sintomatologia aguda no contexto da emergência.¹⁰

Quando um paciente com TPB se apresentar em um episódio de crise, o profissional deve:

- a) manter a calma e assumir uma postura não confrontativa,
- b) tentar entender a crise a partir do ponto de vista da pessoa (atitude validante),
- c) investigar as razões para o início da crise,

- d) assumir uma entrevista aberta e empática, incluindo afirmações validantes,
- e) procurar estimular a reflexão sobre possíveis soluções,
- f) evitar minimizar as razões alegadas para a crise,
- g) cuidar para não oferecer soluções antes de esclarecer completamente o problema,
- h) investigar alternativas antes de considerar indicar internação e
- i) oferecer um retorno breve e acordado com a pessoa.¹⁹

Os tratamentos medicamentosos em situações de crise são amplamente reconhecidos, todavia, não há qualquer tratamento específico para o TPB. O que existe é alguma evidência para o uso de antipsicóticos atípicos, estabilizadores do humor e suplementação dietética com ácido graxo ômega-3. A maioria dessas evidências, entretanto, deriva de estudos únicos.²² Uma metanálise recente mostrou que os estabilizadores do humor, com exceção do divalproato, têm efeitos importantes na redução dos sintomas de raiva. Além disso, mostrou que o uso de antidepressivos não tem efeito na redução de sintomas depressivos; apenas o uso de carbamazepina e divalproato produziu efeitos moderados. Por fim, os antipsicóticos demonstraram efeitos moderados na redução da raiva, em especial o uso de aripiprazol, mas nenhum efeito em sintomas depressivos. Os autores ressaltam que a maioria dos estudos excluiu pacientes com comportamento autolesivo e uso de drogas e álcool, o que obviamente limita a generalização para a maioria dos pacientes.²³

A farmacoterapia deve ser usada com base na sintomatologia (i.e., sintomas-alvo) e concomitantemente à psicoterapia.²¹ Os estudos que avaliam o uso de medicações nesse transtorno têm limitações metodológicas importantes e, em geral, avaliam a farmacoterapia em curto intervalo de tempo. Além disso, a medicação prescrita durante a crise pode continuar a ser prescrita inadvertidamente após sua remissão, resultando em usuários utilizando polifarmacoterapia de forma crônica. De fato, pacientes com TPB tendem a cair nessa situação com mais frequência que outros pacientes.¹⁹

A Royal College of Psychiatrists, de Londres, publicou um conjunto de diretrizes¹⁹ em que sugere alguns cuidados quando da prescrição para o paciente com TPB:

- avaliar o risco da prescrição, incluindo o uso de álcool e outras drogas
- considerar o efeito psicológico que a prescrição trará para o paciente e para o prescritor, incluindo o impacto que essa decisão trará para a relação terapêutica, a vinculação e o tratamento continuado

- assegurar-se de que não há outra intervenção mais apropriada antes de prescrever
- usar monoterapia e evitar polifarmacoterapia sempre que possível
- considerar o uso de sedativos com muito cuidado durante a crise, e não ultrapassar mais de uma semana
- escolher substâncias com a menor possibilidade de efeitos colaterais e risco de adição
- usar a dose mínima efetiva
- prescrever poucas quantidades e com maior frequência se houver risco de *overdose*
- combinar com a pessoa quais seriam os sintomas-alvo da intervenção
- combinar com a pessoa um plano de adesão
- suspender o uso da medicação se após um período de teste os sintomas não remitem
- considerar indicar outros tratamentos, como psicoterapia
- garantir com o paciente o seu retorno
- se for prescrito o tratamento farmacológico e ele não puder ser interrompido em uma semana, o comprometimento com o seguimento continuado e sistemático deve ser garantido e combinado junto com o paciente, sendo isso registrado

Transtorno da personalidade histriônica

Pacientes com transtorno da personalidade histriônica podem procurar o serviço de emergência para obter atenção.² A necessidade de ser o centro das atenções pode levar esses pacientes a adotar um comportamento inadequado, com queixas somáticas inespecíficas.² Suas queixas podem mudar rapidamente, e o discurso é marcado por conteúdo dramático e teatral.² Existem poucos estudos que avaliam o risco de suicídio em relação a esse tipo de transtorno, e tais estudos apresentam falhas metodológicas. Ferreira de Castro e colaboradores²⁴ encontraram esse transtorno como o mais prevalente (22%) associado a comportamento autodestrutivo sem clara intenção suicida.

Manejo

Devem-se investigar causas orgânicas para as queixas somáticas dos pacientes.² O manejo da emergência inclui a avaliação e o tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas.² A farmacoterapia deve ser direciona-

da com foco na sintomatologia aguda. O uso de antidepressivos demonstra benefício nos sintomas depressivos e nas queixas somáticas; os ansiolíticos podem ter papel no tratamento da ansiedade aguda, e os antipsicóticos podem endereçar microepisódios psicóticos ou sintomas psicóticos-símile.¹² Deve-se avaliar o risco de agressividade e suicídio. É preciso ter em mente, no entanto, que as queixas desses pacientes podem ser exageradas e volúveis.² Muitas vezes, as ameaças de suicídio podem ser um meio de ganhar a atenção desejada ou de manter controle sobre um relacionamento afetivo. Devido à baixa autoestima e à sensibilidade à rejeição, sintomas depressivos podem ocorrer. Antidepressivos podem ser necessários nesses casos. O tratamento ambulatorial de longo prazo deve incluir psicoterapia.²

Transtorno da personalidade narcisista

Em geral os pacientes com transtorno da personalidade narcisista apresentam-se ao setor de emergência devido a comorbidades psiquiátricas ou disforia.² Às vezes, podem apresentar-se em um episódio de fúria (normalmente raiva profunda relacionada a uma ofensa imaginada e direcionada à pessoa responsável pela ofensa).² Pacientes com esse transtorno costumam ficar surpresos ou enraivecidos quando não recebem a admiração que consideram merecer.² Esse transtorno tem menores taxas de prevalência em relação aos demais do Grupo B, e existem menos dados disponíveis na literatura sobre as taxas de suicídio nessa população. Um estudo que avaliou a morte por suicídio de 43 adultos jovens de 18 a 21 anos encontrou uma frequência de 23,3% de transtorno da personalidade narcisista.²⁵ Estudos sugerem que a evolução desse transtorno está associada a risco aumentado de suicídio.^{26,27}

Manejo

O manejo da emergência nesses pacientes inclui a avaliação e o tratamento de comorbidades clínicas e psiquiátricas.² As comorbidades psiquiátricas mais comuns incluem depressão, anorexia nervosa ou uso de substâncias. Não existem evidências consistentes que corroborem o tratamento farmacológico nesses pacientes.² As medicações devem ser usadas com alvo baseado na sintomatologia aguda. Devido a oscilações frequentes de humor, os estabilizadores do humor, como o carbonato de lítio, podem ser benéficos.¹² Como esses pacientes podem apresentar sintomas depressivos, principalmente relacionados à sensibilidade aumentada à rejeição social,

o uso de antidepressivos, em especial ISRSs, também pode ser benéfico.¹² Acessar o risco de agressividade é de suma importância, sobretudo se o paciente estiver em um episódio de fúria narcisista, que pode levar a risco de homicídio.² Nesses casos, a hospitalização pode ser necessária.² Ameaças de suicídio devem ser consideradas, e a avaliação deve investigar a necessidade de internação.²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo da emergência em pacientes com transtorno da personalidade deve levar em consideração três pontos fundamentais:²⁸

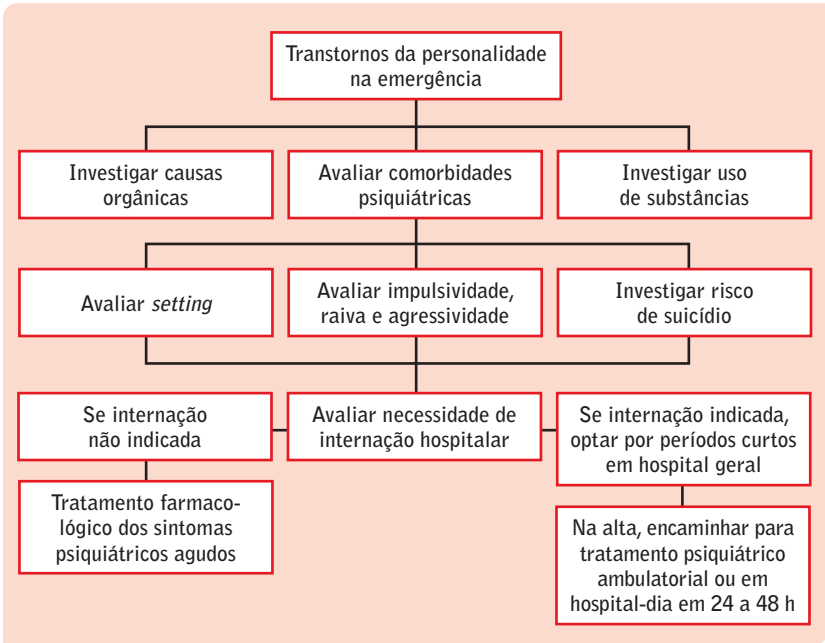
- suicídio
- raiva, impulsividade e agressividade e
- quebra de barreiras

Inicialmente, o profissional deve assumir uma postura colaborativa e comunicativa com os outros profissionais envolvidos, cuidando para registrar todos os passos do atendimento, incluindo o raciocínio clínico. Em relação ao risco de suicídio, o profissional deverá monitorar o paciente cuidadosamente durante a crise, levando em consideração as comorbidades. Esse perfil de paciente requer que a hospitalização seja uma estratégia que deva ser seriamente considerada. Todavia, o risco crônico de suicídio deve ser abordado em psicoterapia, com o envolvimento da família, se adequado.

No que diz respeito à raiva e à agressividade, o profissional deve monitorar o comportamento impulsivo e agressivo tomando precauções que assegurem a integridade do paciente e da equipe assistente. Além disso, é crucial a abordagem de sentimentos de abandono e rejeição, pois eles frequentemente são gatilhos para comportamentos violentos.

Por fim, os pacientes com transtornos da personalidade podem gerar sentimentos contratransferenciais (ou ressonância) importantes, que devem ser monitorados, pois geralmente tentam desviar a rotina e burlar normas estabelecidas na relação terapêutica.

Assim, é interessante considerar um algoritmo de avaliação (Fig. 18.1), cuja preocupação é garantir uma abordagem de curto prazo para o tratamento da manifestação sintomatológica, incluindo a indicação de internação.

**FIGURA 18.1**

Algoritmo de avaliação para abordagem dos transtornos da personalidade.

REFERÊNCIAS

1. Berrino A, Ohlendorf P, Duriaux S, Burnand Y, Lorillard S, Andreoli A. Crisis intervention at the general hospital: an appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res.* 2011;186(2-3):287-92.
2. Khouzam HR, Tan DT, Gill TS. *Handbook of emergency psychiatry.* Philadelphia: Mosby; 2007.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
4. Black DW. DSM-5 is approved, but personality disorders criteria have not changed. *Ann Clin Psychiatry.* 2013;25(1):1.
5. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;62(6):553-64.

6. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P et al. Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *Br J Psychiatry*. 2006;189:12-9
7. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd, Brown CH, Costa PT Jr, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002;180:536-42.
8. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):590-6.
9. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(3):167-73.
10. Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):527-43
11. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):834-9.
12. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
13. Bienenfeld D. Personality disorders treatment and management [Internet]. New York: WebMD; 2013 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/294307-treatment>.
14. Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ. Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011;14(9):1257-88.
15. Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, Meltzer HY. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(8):1064-7.
16. Frances A, Fyer M, Clarkin J. Personality and suicide. *Ann N Y Acad Sci*. 1986; 487: 281-93.
17. Soloff PH. Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bull Menninger Clin*. 1998;62(2):195-214.
18. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. 2005;59(5):319-24.
19. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline personality disorder: treatment and management [Internet]. London: Royal College of Psychiatrists; 2009 [capturado em 30 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf>.
20. Biskin RS, Paris J. Management of borderline personality disorder. *CMAJ*. 2012;184(17):1897-902.
21. Gunderson JG. Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med*. 2011;364(21):2037-42.
22. Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(6):CD005653.
23. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord*. 2009;23(2): 156-74.

24. Ferreira de Castro E, Cunha MA, Pimenta F, Costa I. Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;97(1):25-31.
25. Apter A, Bleich A, King RA, Kron S, Fluch A, Kotler M, et al. Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(2):138-42.
26. Heisel MJ, Links PS, Conn D, van Reekum R, Flett GL. Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(9):734-41.
27. Stone MH. Long-term follow-up of narcissistic/borderline patients. *Psychiatr Clin North Am.* 1989;12(3):621-41.
28. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Association; 2001.

ÍNDICE

A

- Abuso sexual na infância e na adolescência, 274-281
- avaliação de pacientes, 279-281
- características, 275-276
 - frequência e duração, 275
 - o agressor, 276
 - tipos de abuso, 276
 - vulnerabilidade, 275
- epidemiologia, 274-275
- manejo, 281
- sinais e sintomas, 276-279
 - comportamento sexualizado, 277
 - doenças sexualmente transmissíveis, 278
 - gravidez decorrente, 279
 - lesões físicas, 276-277
 - quadros psiquiátricos e comportamentais, 277-278
- Ácido valproico, intoxicação por, 121
- Adolescentes *ver* Crianças e adolescentes
- Agitação, 210-213, 228, 236, 237-238q, 240, 241-242t
 - ver também* Agressividade e agitação psicomotora
 - em crianças e adolescentes, 210-213
 - em idosos, 228, 236, 237-238q, 240, 241-242t
- Agressividade e agitação psicomotora, 100-114, 205, 210-213
- avaliação, 102-104, 105-106
 - diagnóstico diferencial, 103-104, 105q
 - estimativa do risco de violência, 104, 106q
- crianças e adolescentes, 210-213
- epidemiologia, 101-102
- manejo, 104, 107-114
 - medidas coercivas, 107-114
 - medidas não coercivas, 107, 108q
- Álcool, 146-162
 - abstinência, 160-161
 - manejo da intoxicação por, 155-157
- Alterações do nível de consciência, 58-63
 - convulsões, 60
 - doenças vasculares, 60-61
 - drogas, 61-63
 - trauma craniocéfálico, 59-60
- Alterações hematológicas causadas por psicofármacos, 117-120
- Amnésia dissociativa, 189

- Anamnese, 22-24
- Anorexia nervosa, 205-206, 213-214
crianças e adolescentes, 213-214
- Ansiedade, 41-44
aguda *ver* Pânico, ataques de
sintomas somáticos da, 43q
- Anticonvulsivantes, 267-268
na gestação e na amamentação,
267-268
- Antidepressivos tricíclicos, 265
na gestação e na amamentação, 265
- Antipsicóticos, 110-113, 268-269
na gestação e na amamentação,
268-269
- Arritmias cardíacas causadas por
psicofármacos, 127-130
- Aspectos ético-legais, 69-84, 218, 222,
255-257
avaliação de risco, 73-74
e notificação de abusos e
maus-tratos de crianças e
adolescentes, 218-222
internação psiquiátrica, 74-80
sigilo médico, 70-73
situações especiais, 81-84
- Ataques de pânico *ver* Pânico,
ataques de
- Atendimento de emergência,
objetivos, 18
- Atendimento domiciliar e remoção
psiquiátrica, 245-257
aspectos médico-legais, 255-257
avaliação do paciente, 247-248
avaliação no local, 252-253
contato prévio, 249-252
epidemiologia, 246
equipe, 249
infraestrutura, 248-249
manejo, 253-254
tomada de decisão terapêutica,
254-255, 256f
- Avaliação de risco, 73-74
- Avaliação do paciente, 17-46
anamnese, 22-24
aproximação paciente-examinador,
18-19
afetiva, 19
contexto do paciente, 19
esclarecimentos, 19
sentimentos negativos do
paciente, 19
avaliações não presenciais, 45
diagnóstico diferencial de alterações
de comportamento, 21q
exame do estado mental (EEM),
24-29
exame físico, 29-30, 31-32
exames complementares, 30,
32-34
internação, indicações de, 45-46
e avaliação de risco psiquiátrico,
46f
organização ambiental, 19-20
situações específicas, 35-44
paciente ansioso, 41-44
paciente psicótico, 38
paciente sem motivação para
tratamento, 44
paciente suicida, 35-37
paciente violento, 38-41
suspeita de organicidade, 22q
- B**
- Benzodiazepínicos, 112, 146-162,
261-263
abstinência, 161-162
manejo da intoxicação por, 158
na gestação e na amamentação,
261-263
- C**
- Carbamazepina, intoxicação por,
120-121
- Carbonato de lítio na gestação e na
amamentação, 267
- Cocaína, 146-162
abstinência, 161
manejo da intoxicação por, 157-158
- Coercivas, medidas, 107-114
antipsicóticos atípicos, 112, 113
antipsicóticos típicos, 110-112
benzodiazepínicos, 112
continuação dos cuidados, 113-114
farmacoterapia, 109-110

- Comportamento sexual de risco, 291-294
 compulsão sexual, 293-294
 consumo de álcool, 291-293
 sexo sem proteção, 291-293
 uso de drogas, 293-293
- Comportamento suicida, 205
ver também Suicídio
- Comportamento violento *ver*
 Paciente violento, 38-41
- Confusion Assessment Method* (CAM)
 (em português), 93-94
- Contenção, medidas de, 82-83
 contenção física, 82-83
- Crianças e adolescentes, 204-222,
 274-281
 abuso sexual, 274-281
 avaliação do paciente, 206-215
 agitação e agressividade,
 210-213
 anorexia nervosa, 213-214
 comportamento suicida,
 208-210, 211q
 maus-tratos, 207-208, 209f
 sintomas dissociativos, 215
 epidemiologia, 206
 manejo, 215-222
 abusos e maus-tratos, questões
 legais, 218, 222
 internação, 216
 tratamento farmacológico,
 216-218, 219-221t
- Crise hipertensiva causada por
 psicofármacos, 132-135
- D**
- Delirium*, 87-98, 228, 229q, 236, 240,
 242
 conceitos, 88-89
 diagnóstico, 90-92
 em idosos, 228, 229q, 236, 240, 242
 investigação etiológica, 92, 94-95
 epidemiologia, 89-90
 manejo, 95-98
- Depressão e antidepressivos na
 gestação e na amamentação,
 265-266
 antidepressivos tricíclicos, 265
- inibidores seletivos da recaptação de
 noradrenalina, 265-266
 inibidores seletivos da recaptação de
 serotonina, 265-266
- Desescalonamento verbal, 108q
- Discinesia tardia causada por
 psicofármacos, 130-132, 133f
- Dispneia, 52-55
 doenças cardíacas, 54-55
 doenças obstrutivas das vias aéreas,
 52-53
 doenças oclusivas pulmonares, 54
- Distúrbios endócrinos, 63-65
 hiperglicemia, 64-65
 hipertireoidismo, 63
 hipoglicemia, 63-64
 hipotireoidismo, 63
- Distúrbios hidreletrolíticos, 65-66
 hipercalcemia, 65
 hipocalcemia, 65-66
 hiponatremia, 65
- Dor abdominal, 55-58
 afecções urológicas e ginecológicas,
 58
 aneurisma de aorta abdominal, 57
 apendicite aguda, 55
 colecistite aguda, 56
 diverticulite, 57-58
 isquemia mesentérica, 56-57
 obstrução intestinal, 57
 pancreatite aguda, 56
 úlcera perforada, 55-56
- Dor torácica, 49-52
 dissecação aórtica aguda, 50-51
 distúrbios neuromusculares, 52
 doenças gastrintestinais, 51
 pericardite aguda, 51
 pneumonia, 51
 pneumotórax, 51
 síndrome coronariana aguda (SCA),
 50
 transtornos psiquiátricos, 52
 tromboembolismo pulmonar, 51
- Drogas de abuso, 61-63, 146-162,
 228-229
 abstinência, 149, 160-162
 avaliação, 151-153, 154

em idosos, 228-229
 epidemiologia, 149, 151
 etapas no *continuum* do uso de,
 148q
 intoxicação aguda, 148
 manejo, 153, 155-160

E

Emergências clínicas, 49-66
 alterações do nível de consciência,
 58-63
 dispneia, 52-55
 distúrbios endócrinos, 63-65
 distúrbios hidreletrolíticos, 65-66
 dor abdominal, 55-58
 dor torácica, 49-52
 fálencia de órgãos, 66
 Estabilizadores do humor, 266-268
 na amamentação, 266-268
 na gestação, 266-268
 Estresse agudo, manejo de situações
 de, 299-309
 avaliação do paciente, 302-304
 epidemiologia, 301-302
 manejo, 303-306
 neurobiologia, 301-303
 psicoterapia, 306-309
 tratamento farmacológico, 305-307
 Exame do estado mental (EEM),
 24-29
 funções mentais relacionadas a
 transtornos funcionais,
 28-29q
 funções mentais relacionadas a
 transtornos orgânicos, 26-27q
 Exame neurológico, 31-32q

F

Fálencia de órgãos, 66
 encefalopatia hepática, 66
 uremia, 66
 Fuga dissociativa, 190

G

Gestação e amamentação e uso de
 psicofármacos, 259-269

antipsicóticos, 268-269
 benzodiazepínicos, 261-263
 depressão e antidepressivos,
 265-266
 transtorno bipolar e estabilizadores
 do humor, 266-268

H

Hiperglicemia, 64-65
 Hipertireoidismo, 63
 Hipoglicemia, 63-64
 Hipotireoidismo, 63
 Hipercalcemia, 65
 Hipocalcemia, 65-66
 Hiponatremia, 65, 125-127
 causada por psicofármacos, 125-127
 Humor, estabilizadores do, 266-268

I

Idosos, 225-243
 avaliação do paciente, 230-239
 epidemiologia, 227-230
 manejo, 239-243
 Inibidores seletivos da recaptção
 de serotonina e/ou de
 noradrenalina, 265-266
 na gestação e na amamentação,
 265-266
 Internação, 45-46, 74-80, 216
 aspectos ético-legais, 74-80
 alta a pedido, 83
 compulsória, 78-80
 fuga, 83-84
 involuntária, 75-77
 pacientes e familiares que não
 aceitam a indicação, 81
 voluntária, 74-75
 voluntária que se torna
 involuntária, 77-78
 de crianças e adolescentes, 216
 indicações de, 45-46
 e avaliação de risco psiquiátrico,
 46f
 Intervenções comportamentais e
 ambientais, 108q
 Intoxicações por psicofármacos
 ver Psicofármacos

L

Lítio, intoxicação por, 123-125
 Luto, 195-198
 avaliação do paciente, 197
 epidemiologia, 196-197
 manejo, 197-198

M

Maconha, 146-162
 abstinência, 162
 manejo da intoxicação por,
 158-159
 Maus-tratos, 206, 207-208, 209f, 230,
 236, 238-239, 242-243
 a crianças, 206, 207-208, 209f
 a idosos, 230, 236, 238-239,
 242-243
 Miniexame do Estado Mental (MEM),
 25q

N

Noradrenalina, inibidores seletivos da
 recaptação de, 265-266
 Neurológico, exame, 31-32q

O

Opioides, 146-162
 abstinência, 162
 manejo da intoxicação por, 159

P

Paciente agitado *ver* Agressividade e
 agitação psicomotora
 Paciente desacompanhado, 81-82
 Paciente psicótico, 38, 39q
 psicoses orgânicas e funcionais, 39q
 Paciente violento, 38-41
 Pânico, ataques de, 175-181
 avaliação do paciente, 178
 diagnóstico diferencial, 177q
 epidemiologia, 177
 manejo, 178-180
 farmacológico, 179-180
 psicoterápico, 178-179
 Psicofármacos, 116-144, 216-218,
 219-221t, 259-270

intoxicações e efeitos adversos,
 116-144
 alterações hematológicas,
 117-120
 arritmias cardíacas, 127-130
 crise hipertensiva, 132-135
 hiponatremia, 125-127
 intoxicação por ácido valproico,
 121
 intoxicação por carbamazepina,
 120-121
 intoxicação por lítio, 123-125
 intoxicação por tricíclicos
 e tetracíclicos, 121-123
 reações cutâneas, 116-117
 síndrome neuroléptica maligna,
 135-139
 síndrome serotoninérgica, 141-143
 síndromes extrapiramidais,
 139-141
 síndromes tardias – discinesia
 tardia, 130-132, 133f
 mais utilizados em crianças e
 adolescentes, 216-218,
 219-221t
 na gestação e na amamentação,
 259-269
 Psicose *ver* Pacientes psicóticos
 em idosos, 228

Q

Quadros psiquiátricos e
 comportamentais, 277-278,
 287, 289, 291
 associados à violência sexual, 287,
 289, 291
 associados a abuso sexual na
 infância e na adolescência,
 277-278

R

Reações cutâneas a psicofármacos,
 116-117
 Remoção psiquiátrica *ver* Atendimento
 domiciliar e remoção
 psiquiátrica

S

Serotonina, inibidores seletivos da recaptação de, 265-266

Sigilo médico, 70-73

Síndrome neuroléptica maligna causada por psicofármacos, 135-139

International Consensus Study of Neuroleptic Malignant Syndrome, 136t

Síndrome serotoninérgica causada por psicofármacos, 141-143

Síndromes extrapiramidais causadas por psicofármacos, 139-141

acatisia, 139-140

distonia aguda induzida por antipsicótico, 141

parkinsonismo induzido por antipsicótico, 140-141

Síndromes tardias – discinesia tardia causada por psicofármacos, 130-132, 133f

Solventes, 146-162

manejo da intoxicação por, 159-160

Substâncias, abuso de *ver* Drogas de abuso

Suicídio, 35-37, 165-172, 208-210, 211q, 227-228, 232, 234-235, 239

de idosos, 227-228, 232, 234-235, 239

na infância e adolescência, 208-210, 211q

risco de, 165-172

avaliação do paciente, 35-37, 168-170, 172f

epidemiologia, 166-168

manejo, 170-171, 172f

T

Transtorno bipolar e estabilizadores do humor na gestação e na amamentação, 266-268

anticonvulsivantes, 267-268

carbonato de lítio, 267

Transtorno de despersonalização/

desrealização, 190

Transtorno de estresse agudo (TEA) *ver* Estresse agudo, manejo de situações de

Transtorno dissociativo de identidade, 189-190

Transtornos conversivos, 183-188

avaliação do paciente, 185-186

característica fundamental, 184

causas, 184

classificação, 185

diagnóstico diferencial, 186, 187q

epidemiologia, 185

fatores predisponentes, manejo, 186, 188

prevenção, 188

sintomas comuns, 184

Transtornos da personalidade, 311-323

avaliação do paciente, 313-314

epidemiologia, 313

transtorno da personalidade antissocial, 316-317

transtorno da personalidade *borderline*, 317-320

transtorno da personalidade esquizoide, 315

transtorno da personalidade esquizotípica, 315-316

transtorno da personalidade histriônica, 320-321

transtorno da personalidade narcisista, 321-322

transtorno da personalidade paranoide, 314-315

Transtornos de ajustamento, 198-201

avaliação do paciente, 200

conceitos, 199

epidemiologia, 200

manejo, 200-201

psicofarmacologia, 201

Transtornos dissociativos, 188-193

amnésia dissociativa, 189

avaliação do paciente, 191

característica fundamental, 188

causas, 188

diagnóstico diferencial, 191

epidemiologia, 189

fatores predisponentes, 188
fuga dissociativa, 190
 manejo, 191-192
 na população em geral, 188
 prevenção, 192
transtorno de despersonalização/
 desrealização, 190
transtorno dissociativo de
 identidade, 189-190
Tricíclicos e tetracíclicos, intoxicação
 por, 121-123

U

Uso de drogas de abuso *ver* Drogas
 de abuso
Uso de psicofármacos *ver* Psicofármacos

V

Violência, 38-41 *ver também*
 Agressividade e agitação
 psicomotora
Violência sexual na vida adulta,
 282-291
 avaliação do paciente, 283-285
 epidemiologia, 282-283
 fluxo de atendimento, 290f
 manejo, 285-287, 290f
 profilaxia dos agravos decorrentes,
 288-289t
quadros psiquiátricos associados,
 287, 289, 291