

URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL GERAL DE PRONTO SOCORRO *

José Ottoni Outeiral **
Paulo Roberto Pérez ***

SINOPSE: Principais urgências psiquiátricas e seu tratamento.

1. Introdução
2. Revisão da Literatura
3. Metodologia
4. Resultados Estatísticos
5. Observações sobre o manejo das Urgências Psiquiátricas
6. Conclusões
7. Sugestões
8. Bibliografia Consultada

1. INTRODUÇÃO

1.1. O presente trabalho tem por objetivo verificar o percentual das urgências psiquiátricas em relação aos demais atendimentos prestados no Hospital Municipal de Pronto Socorro (Porto Alegre - RS), quais seus tipos mais freqüentes e como são manejadas essas urgências.

1.2. A motivação para a realização desta pesquisa surgiu da observação de que um número significa-

tivo de pacientes que procuram esse Serviço de Urgência necessita de atendimento psiquiátrico.

1.3. Dessa forma, procuramos uma melhor compreensão da situação atual das urgências psiquiátricas nesse Hospital Geral de Pronto Socorro e um fornecimento de contribuições para o atendimento dessas situações agudas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O que constitui uma urgência psiquiátrica?

Parece não haver uma definição precisa, abrangente, do que constitui uma urgência psiquiátrica.

Cassidy (1967) considerou urgência psiquiátrica como um distúrbio psicológico ou psicossocial, rápido e sério, que torna o indivíduo incapaz de enfrentar com sucesso sua situação de vida, suas relações interpessoais e/ou seus conflitos intrapsíquicos (7).

* Trabalho realizado no Hospital Municipal de Pronto Socorro (Porto Alegre-RS), sob a supervisão do Dr. Mauro Gus, em 1971. Na ocasião os autores realizavam estágio como internos (doutorandos) no Hospital.

** Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1971.
*** Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1971. Aluno do Curso de Especialização em psiquiatria e Médico-residente (Centro Psiquiátrico Melaine Klein) do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista em Psiquiatria da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior (CAPES) do MEC.

Esquibel classifica as urgências psiquiátricas em quatro grupos:

a) situações facilmente reconhecíveis: a sintomatologia é marcada e o paciente é reconhecido pela maioria das pessoas como em situação psiquiátrica aguda (episódio psicótico agudo, depressão severa, delírium tremens, etc.).

b) componente emocional em doenças físicas: como ocorre em alguns casos de doenças cardíacas ou em pacientes com extensas áreas de queimadura e que desenvolvem reações depressivas.

c) urgência psiquiátrica que se manifesta por sintomas físicos: dores abdominais, cefaléias, distúrbios gastro-intestinais, dificuldades respiratórias e grande número de outros sintomas.

d) crises emocionais que tradicionalmente não são consideradas como urgências psiquiátricas: crises de ajustamento produzidas por um conflito entre indivíduo e meio, como a fobia escolar em crianças. (10)

Frazier utiliza a Teoria do Stress de Selye para abordar as urgências psiquiátricas. Ele escreve que à medida que o «Stress» aumenta, a pessoa avança através dos estágios de alarma e mobilização (caracterizados por um esforço de auto-controle), resistência (com a consequente exacerbação dos mecanismos de defesa do ego) até que finalmente o estágio de exatão é alcançado. Nesse último estágio a urgência psiquiátrica se torna manifesta. (13)

Os autores norte-americanos aceitam, de uma maneira geral, a definição de Miller (1959) para urgência psiquiátrica. Ele considera em urgência psiquiátrica «qualquer indivíduo que tenha desenvolvido uma súbita desorganização em sua capacidade de controlar seu comportamento ou de efetuar suas atividades pessoais, vocacionais e sociais. Assim, urgência psiquiátrica refere-se mais ao comportamento do indivíduo do que a uma categoria de doença mental. Ela poderá surgir em pessoas com psiconeuroses psicóticas, distúrbios de personalidade, estados mentais orgânicos ou distúrbios psicossomáticos quando submetidas a «estresses» incomuns e súbitos. (13, 19).

Knijnik define urgência psiquiátrica como «uma situação de urgência médica cuja causalidade é exclusiva ou principalmente mental e cujos efeitos se expressam como perturbações que fazem sofrer o paciente, o ambiente ou ambos». (17)

Albuquerque escreve que nas urgências psiquiátricas «está presente uma ameaça à vida (suicídio, homicídio) ou à integridade do próprio paciente, de seus familiares ou de terceiros (automutilações, agressões), ou ao patrimônio moral (exibicionismo, cleptomania) ou material (depredações, gastos exagerados)». (1)

Guedes explica que os sintomas psiquiátricos surgem «quando sob

tensão de uma ansiedade, de causa interna ou externa, há incapacidade de resolvê-la nos níveis habituais de integração, ocorrendo uma regressão a um nível anterior de integração». (1) Blaya acrescenta que: por outro lado é possível que a desintegração ao nível adulto, reintegração a um nível patológico infantil e o aparecimento de novos moldes de adaptação — que são os sintomas psiquiátricos — possam ser disfunções fisiológicas, hormonais, causados por lesões anatômicas ou metabólicas, tóxicas, etc., em suma, alterações bioquímicas de origens diversas. Tais lesões e disfunções determinam elas mesmas, quando percebidas pelo sujeito, «estresses» psicológicos pela ameaça à integridade orgânica e à vida», e ainda que «o que caracteriza uma urgência psiquiátrica é a rapidez e subitaneidade do quadro racional psicopatológico que representa uma exacerbação aguda dos níveis de angústia e/ou culpa que levam à desintegração do ego maduro e racional, substituindo-o por um tipo de organização compatível com certas formas de conduta não racionais e não sociais». (16)

Podemos definir uma situação como urgência, em medicina geral, quando a vida do paciente está em risco iminente, quando esse está em perigo de adquirir uma lesão permanente se não tratado imediatamente ou para livrá-lo de um sistema agudo insuportável. Urgência, em Psiquiatria, é acrescida de um outro elemento, que é o perigo que

o paciente poderá representar a si mesmo ou aos demais (integridade física, bens materiais, valores éticos, morais, sociais, etc.)

Em nosso meio, na década de 1920. 30, Jacinto Godoy, havia idealizado uma modalidade de atendimento para as Urgências Psiquiátricas. (2)

2.2. Alguns dados estatísticos sobre Urgências Psiquiátricas:

Alguns autores, têm encontrado um crescente aumento da procura de atendimento psiquiátrico nas Salas de Urgência dos Hospitais Gerais. (12, 9) Cassidy observa que o percentual de Urgências Psiquiátricas em relação às demais urgências atendidas em um Hospital Geral de Pronto Socorro pode variar de 2 a 52%, dependendo do Serviço e de como o médico encara a doença mental. Relata também que quando técnicas apuradas para avaliação diagnóstica são usadas, a percentagem situa-se em 10%. (7) Pifer encontrou 7%, (8) Johnson, de 10 a 12%, (16) Withely, 6,6% (23) e Frankel de 10 a 12%. (12)

Rosa considera o grande número de Urgências Psiquiátricas atendidas num Serviço de Pronto Socorro. (21) Andrade escreve que o Pronto Socorro Psiquiátrico da Zona Sul (anexo ao Hospital Pinel — GB) apresenta uma média diária de atendimento de 25 a 30 pacientes. (2)

Cassidy descreve o paciente típico de um Serviço de Urgência Psi-

quiátrica anexo a um Hospital Geral como «uma mulher, casada, no fim da década dos trinta e das classes socio-econômicas mais baixas»» A predominância de mulheres foi constatada por vários autores, oscilando entre 50,4% e 64%. (7, 9, 12, 19)

Atkins, constatou que 11% das Urgências Psiquiátricas correspondiam a tentativas de suicídio. Levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde mostrou que o suicídio inclui-se entre as 10 primeiras causas de morte. Por outro lado, as estatísticas revelam que as mulheres tentam mais o suicídio que os homens, mas estes suicidam-se em maior número do que as mulheres. (3)

Stengel situa a idade crítica para o suicídio entre 55-64 anos e para as tentativas de suicídio entre 24-44 anos. (22) Um estudo estatístico realizado no Hospital Pinel da Guanabara mostrou que as mulheres tentam mais o suicídio do que os homens, na proporção de 3 : 1. Todavia a maioria dos casos fatais referem-se aos homens. Solomon escreve que a alta incidência de suicídio não é devida às «tensões da Civilização Moderna» e que, guardando-se as devidas proporções, mantém-se a mesma do ano de 1900. (18)

3. METODOLOGIA

3.1. A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal de Pronto Socorro que atende a população da cidade de Porto Alegre (RS) — abrangendo cerca de oitocentos mil habi-

tales — e, eventualmente, das cidades vizinhas.

Os pacientes ao darem entrada no Hospital são encaminhadas às Salas de Atendimento Externo — SAEs, onde são atendidos e/ou triados a setores especializados (traumatologia, neurologia, buco-facial, plástica, clínica cardiologia, radiologia, cirurgia e otorrinolaringologia-oftalmologia-broncoesofagoscopia).

Os politraumatizados são encaminhados diretamente a uma sala especial destinada ao atendimento desses casos. Os pacientes que apresentam uma situação de emergência relacionada primariamente às especialidades de otorrino-oftalmologia são também encaminhados diretamente ao respectivo setor, chamado SORLOBE (Serviço de otorrinolaringologia, oftalmologia e broncoesofagoscopia).

Pacientes do sexo masculino, com idade acima de 4 anos, são atendidos na S.A.E. (Sala de atendimento externo) para homens. Pacientes do sexo feminino e crianças do sexo masculino com idade abaixo de 4 anos são atendidas na S.A.E. para mulheres.

3.2. A colheita dos dados estatísticos e as observações sobre o manejo das Urgências Psiquiátricas, foram feitas nas salas de atendimento externo, durante oito plantões de 24 horas, em diferentes dias da semana. O registro de dados e as observações foram feitas pelos autores, com a colaboração dos internos, permanecendo um observador (autor) em cada uma das salas de aten-

dimento externo (sala de homens e sala de mulheres). As observações sobre o manejo foram realizadas com toda a equipe (médicos, internos — estudantes da 5ª série médica — enfermeiros e atendentes), sendo dada especial atenção às atitudes da equipe às urgências psiquiátricas e ao comportamento de cada um dos membros que estava eventualmente envolvido em um atendimento.

3.3. Ainda que nem todos os pacientes apresentassem situações perfeitamente caracterizáveis como de urgência, para efeito de computação estatística e observação de atendimento, foram considerados como tal pelo fato de terem sido atendidos em Serviço de Pronto Socorro.

Acreditamos ser oportuno ressaltar que as observações estatísticas em Psiquiatria envolvem um grande número de dificuldades, causa frequente de erros. Ainda assim, pen-

samos que nosso trabalho poderá fornecer alguns dados interessantes, e talvez úteis, aos que trabalham em Serviço Médico de Urgência.

3.4. Para a computação estatística foram utilizadas duas classificações: uma abrangendo todos os tipos de urgência que dão entrada no Hospital, e outra exclusivamente sobre Urgências Psiquiátricas.

Tanto a classificação brasileira de Doenças Mentais, como a classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde, não se mostraram adequadas ao enquadramento de situações psiquiátricas agudas nas condições em que o trabalho foi realizado (registro simples e por pessoal não especializado). Assim, utilizamos a classificação de Henri Ey com algumas modificações por nós introduzidas. A classificação utilizada é a que segue: (11)

1. CRISES DE AGITAÇÃO AGUDA

- 1.a. Crise de mania aguda — as funções predominantemente alteradas são o pensamento, a afetividade e a conduta. Os principais sintomas encontrados são: fuga de idéias, euforia e hiperatividade motora.
- 1.b. Episódio confuso-onírico alcoólico. — alterações de consciência, alucinações, agitação incessante, angústia e/ou depressão, insônia, vômitos, desidratação. As formas mais graves correspondem ao delirium tremens. Inclui-se intoxicação alcoólica aguda.
- 1.c. Episódio confuso-onírico não alcoólico. — causado por enfermidades infecciosas, síndromes meningêicas, intoxicações (alucinogênicos, barbitúricos etc.).
- 1.d. Psicoses delirantes agudas. — afeto rígido, autismo, ambivalência, desagregação, pensamento delirante, alucinações.
- 1.e. Epilepsias. — estados pós-convulsivos. Estados de mal epilético. Outras manifestações epiléticas.

2. CRISES DEPRESSIVAS AGUDAS

- 2.a. Crise depressiva — Os sintomas principais são: inibição do pensamento, humor triste e inibição motora. Outras manifestações: choro, fadiga, perda de interesse, insônia, sentimento de desvalia, abandono e culpa, idéias de suicídio, morte e destruição.
- 2.b. Tentativas de suicídio.

3. NEUROSES REACIONAIS

3.a. Crises histero-ansiosas

— correspondem a manifestações somáticas expressas principalmente pela musculatura estriada e órgãos sensoriais (anestésias, paralisias, etc.) e a alterações de consciência em diferentes níveis. A ansiedade pode revestir-se de uma representação emocional mais ou menos teatral. Enquadra-se nos quadros histéricos conversivos e dissociativos.

3.b. Manifestações somáticas de ansiedade.

— a ansiedade se manifesta com expressão somática predominantemente por intermédio do Sistema Nervoso Autônomo (Simpático — Parassimpático).

4. RESULTADOS ESTATÍSTICOS

O número total de pacientes foi de 2.057. A média diária de atendimento correspondeu a 257 pacientes, tendo havido uma variação entre 228 e 300 (Quadro I).

Foram atendidos e/ou encaminhados para outros setores 994 pacientes na Sala de Homens e 859 na Sala de Mulheres. No setor de SORLOBE foram atendidos 201 pacientes e na sala de Politraumatizados 3 pacientes.

O número total de urgências atendidas foi de 2.177. Esse número excede ao de pacientes porque alguns deles apresentavam mais de um tipo de urgência.

 Q U A D R O I

	Nº TOTAL	MÉDIA DIÁRIA
PACIENTES	2.057	257,0
SAE DE HOMENS	994	124,0
SAE DE MULHERES	859	107,0
SORLOBE	201	25,0
S. POLITRAUMATIZADOS	3	—
Nº DE URGÊNCIAS	2.177	272,0
SAE DE HOMENS	1.077	135,0
SAE DE MULHERES	896	112,0

O maior número de atendimentos correspondeu a Ferimentos, Escoriações e Contusões atendidos no SAE — 32,3%, seguido de Urgências traumatológicas — 23,9%, Quadros clínicos agudos — 13,1% e Urgências Psiquiátricas — 10,4%. (Quadro II).

 Q U A D R O II

	SALA DE HOMENS			SALA DE MULH.			TOTAL		
	Urg.	%	M.D.	Urg.	%	M.D.	Urg.	%	M.D.
I. Qd. clín. agudos	113	10,4	14,1	174	19,4	21,7	287	13,1	35,8
II. Urg. Neurológicas	29	2,6	3,6	36	4,0	4,5	65	2,9	8,1
III. Urg. Oftalmo-Otor.	—	—	—	—	—	—	201	9,2	25,1
IV. Urg. buco-facial	28	2,5	3,5	28	4,1	3,5	56	2,5	7,0
V. Urg. traumatológicas	287	26,5	35,8	235	26,1	29,3	522	23,0	75,1
VI. Urg. cirúrgicas	16	1,4	2,0	11	1,2	1,3	27	1,2	3,3
VII. Urg. psiquiátrica	96	8,8	12,0	132	14,7	16,5	228	10,4	28,5
VIII. Politraumatizados	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Urg. Plástica	44	4,7	5,5	41	4,5	5,1	85	3,9	10,6
X. Ferimentos, escor. e contusões (at. SAE)	464	43,0	58,0	239	26,6	29,8	703	32,3	87,8
T O T A L	1077	100%	134,8	896	100%	112,1	2177	100%	272,1

Q U A D R O I I I — Urgências Psiquiátricas

	SALA DE HOMENS			SALA DE MULH.			TOTAL		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c
1. CRISE DE AGITAÇÃO AGUDA	49	51,1	100%	24	18,1	100%	73	32,0	100%
a. Crise mania aguda	1	1,0	2,1	4	3,0	16,7	5	2,2	6,8
b. Epis. conf.—on. alcoólico	18	18,5	36,7	4	3,0	16,7	22	9,6	30,1
c. Ep. conf.—on. não alcoólico	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d. Psicoses del. agudas	8	8,0	16,3	3	2,2	12,5	11	4,8	15,0
e. Epilepsias	22	22,9	44,9	13	9,8	54,1	35	15,3	48,0
2. CRISE DEPRESSIVA AGUDA	6	6,2	100%	21	15,9	100%	27	11,8	100%
a. Crise depressiva	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b. Tentativas de suicídio	6	6,2	100%	17	12,8	81,0	23	10,0	85,6
3. NEUROSES REACIONAIS	41	42,6	100%	87	65,9	100,0	128	56,1	100%
a. Cr. histero-ansiosas	15	16,6	33,0	34	25,7	38,0	49	21,4	38,3
b. Man. som. de ansiedade	26	27,0	67,0	53	40,1	62,0	79	34,6	62,7
T O T A L	96	100%	—	132	100%	—	228	100%	—

(a) — urgências

(b) — % no total

(c) — % no grupo

(MD) — Média diária

Pelo quadro III verifica-se que:

a. houve predominância, no total das urgências psiquiátricas, das **Neuroses Reacionais** — 56,1%, seguida das **crises de Agitação Aguda** — 32,0% e **Crises Depressivas Agudas** — 11,8%;

b. nas **Neuroses Reacionais** houve predominância das **Manifestações Somáticas de Ansiedades**;

c. nas **Crises Depressivas Agudas** a maioria dos casos correspondeu a «**Tentativas de Suicídio**»;

d. nas **Crises de Agitação Aguda** a maior incidência correspondeu a **Epilepsia**;

e. na **Sala de Homens** a maior percentagem correspondeu a **Crises de Agitação Aguda** — 51,1% seguida de **Neuroses Reacionais** — 42,6%

e Crises Depressivas Agudas — 6,2%;

f. na Sala de Mulheres a maior percentagem correspondeu a Neuroses Reacionais — 65,9% seguida de Crises de Agitação aguda — 18,1% e Crises Depressivas Agudas — 15,9%;

g. nas Neuroses Reacionais houve predominância de Manifestações Somáticas de Ansiedade tanto na Sala de Mulheres — 62,0% (no grupo), como na Sala de Homens — 67,0% (no grupo) sobre Crises Hístero-Ansiosas;

h. na Sala de Homens houve maior incidência de Manifestações Somáticas de Ansiedade, do que na Sala de Mulheres;

i. na Sala de Mulheres houve maior incipiência de Crises Hístero-Ansiosas do que na Sala de Homens;

j. nas Crises Depressivas Agudas houve predominância absoluta, tanto na Sala de Homens como na Sala de Mulheres, de Crises Depressivas caracterizadas por tentativas de suicídio.

k. em relação a Epilepsias foi maior a incidência na Sala de Homens do que na Sala de Mulheres;

l. houve um maior número de Episódios confuso-oníricos alcoólicos na Sala de Homens do que na Sala de Mulheres.

Em relação às tentativas de suicídio a observação do Quadro IV nos mostra que:

a. houve maior número de tentativas de suicídios entre as mulheres do que entre os homens;

b. a faixa etária que apresentou maior incidência foi a de 20-40 anos;

c. a maioria dos pacientes informava tentar suicídio pela primeira vez;

d. não houve diferença significativa quanto a tratamento psiquiátrico anterior;

e. enquanto que, nas mulheres, dos 17 casos registrados, 15 foram atendidos no SAE e apenas dois hospitalizados, todos os casos atendidos na «Sala de Homens» necessitaram de hospitalização;

f. as tentativas de suicídio foram feitas com instrumentos consignados principalmente em «E950», da Classificação Internacional de Doenças da OMS. (Ingestão de substâncias sólidas e líquidas)*

QUADRO IV

	MULHERES	HOMENS	TOTAL
Número de tentativas	17	6	23
I D A D E			
0—20	7	—	7
20—40	10	3	13
40—60	—	3	3
60...	—	—	—
Tentativas anteriores			
nenhuma	14	3	17
uma	—	1	1
duas ou mais	3	2	5
Tratamento psiq. anterior			
sim	9	2	11
não	8	4	12
Atendimento			
SAE	15	—	15
Hospitalizados	2	6	8

* — As substâncias mais utilizadas foram os diazepínicos, seguidos dos barbitúricos.

5. OBSERVAÇÕES SOBRE O MANEJO DAS URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

5.1. A remoção e a chegada de pacientes no Hospital. Alguns tipos característicos de pacientes.

Observamos que os pacientes, em geral, costumam chegar ao Hospital trazidos por familiares ou amigos, pela polícia ou ainda, sozinhos. Cas-

sily observou que 20 a 35% dos pacientes em situação psiquiátrica aguda que chegam ao Serviço de Urgência de um Hospital Geral, são encaminhados por parentes ou amigos, ou vêm por eles mesmos, 5-30% são trazidos pela polícia e 10% são encaminhados por Clínico Geral. (7) É comum observar-se nos pacientes que chegam ao hospital em agitação, um alto nível de ansiedade, me-

do ou mesmo pânico. Contribui para isso a remoção do paciente com intervenção policial. Também nos trazidos por familiares se observa que a angústia que esses apresentam contribui para aumentar a agitação do doente.

Alguns pacientes procuram o Hospital em busca, especificamente, de medicação tranquilizante. Esses pacientes, em geral, são frequentadores assíduos do Serviço. Muitos alcoólatras procuram o Hospital solicitando apenas guia de encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Com exceção daqueles que apresentam quadro psiquiátrico facilmente reconhecido pelos familiares ou circunstâncias e, às vezes, percebido pelo próprio doente, a maioria dos que chegam ao Hospital, procura atendimento clínico geral para seus sintomas orgânicos.

5.2. a equipe de atendimento.

Observamos que é diverso o comportamento, frente às urgências psiquiátricas, dos diferentes membros da equipe de atendimento. A atitude variou desde um envolvimento prejudicial até ao rechaço do paciente. Os internos são, dentre os membros da equipe, os que nos parecem desenvolver uma atitude mais curiosa, interessada e compreensiva frente a esses casos. A enfermagem e os atendentes nos pareceram encarar o doente mental menos como um doente do que como uma pessoa com problemas morais adotando uma atitude agressiva para com o paciente. Ainda que tal fa-

to ocorresse também com os outros membros da equipe, ele foi mais evidente com estes. Essas diferentes atitudes nos parecem devidas, além de às características individuais de personalidade, a diferenças na formação e compreensão da saúde mental. No caso dos internos podemos entender sua atitude — curiosa, interessada e compreensiva — pelo desenvolvimento dado nos últimos anos ao ensino de Psiquiatria Dinâmica no Currículo Médico e à Difusão de aspectos emocionais nas enfermarias de Clínica Médica. (5)

5.3. O atendimento dispensado ao paciente psiquiátrico. A medicação. A utilização (contenção mecânica) de correias. O amoníaco e os Hy.

Em regra, o atendimento consiste na aplicação de tranquilizantes e nos casos em que o paciente se mostra agitado também pela contenção mecânica.

Os tranquilizantes são usados com a característica de substitutos da relação médico-paciente.

Há desconhecimento de que a atitude do terapeuta poderá potencializar ou diminuir o efeito da medicação. Os psicofármacos mais empregados são os benzodiazepínicos, surgindo dificuldades quanto ao uso das demais drogas existentes no Hospital, derivados da fenotiazina e barbitúricos, havendo receio quanto a seus efeitos colaterais (parada respiratória, hipotensão ortostática, etc.). As associações medicamentosas são pouco utilizadas.

A contenção com correias (cintas de couro com as quais os pacientes são presos às macas) e a inalação amoniacal são de uso corrente, principalmente nos casos histéricos e de agitação psico-motora.

«O medo à agressão que desperta o paciente agitado na equipe faz com que esta utilize métodos violentos na contenção. Isto agita mais o doente, o que por sua vez aumenta a tensão da equipe, criando-se um círculo vicioso». (4)

A utilização rotineira e por tempo prolongado de contenção com correias reflete a dificuldade existente no Serviço em atender as Urgências psiquiátricas. Os psicofármacos dispensam, pela tranquilização que dão ao paciente, a utilização deste método. Há evidentemente necessidade de contenção em pacientes com intensa agitação, esta porém deve ser utilizada apenas até à sedação do paciente com o uso de tranquilizantes — pelo tempo estritamente necessário — e sempre sendo explicado ao doente, a necessidade da medida.

Os histéricos (todas as situações psiquiátricas, mas estas particularmente) despertam muita ansiedade na Equipe que tem dificuldade de lidar com esses pacientes. A equipe sente-se então atingida na onipotência — a idéia de que está apta a lidar com todo e qualquer paciente — e reage rechaçando o Hy, não o reconhecendo como doente e sim como um fingido, e o agride com palavras (traz o histuri para o trans-

plante) e com a inalação amoniacal. O amoniaco levanta logo o paciente restaurando a onipotência atingida da equipe, sendo considerado então como o método mais eficaz para o atendimento das crises histero-ansiosas.

Freud (1909) em Cinco lições de Psicanálise escreve que: «com o rótulo de histeria pouco se altera, portanto, a situação do doente, conquanto que para o médico tudo se modifica. Pode-se observar que este se comporta para com o histérico de modo completamente diverso do que para com o que sofre de doença orgânica. Nega-se a conceder ao primeiro o mesmo interesse que dá ao segundo, pois não obstante as aparências, o mal daquele é muito menos grave. Mas acresce outra circunstância: o médico, que por seus estudos, adquiriu tantos conhecimentos vedados aos leigos, pode formar uma idéia da etiologia das doenças e de suas lesões, como por exemplo, nos casos de apoplexia ou de tumor cerebral, idéia que até certo ponto deve ser exata, pois lhe permite compreender os pormenores do quadro mórbido. Em face, porém, das particularidades dos fenômenos histéricos, todo o seu saber e o seu preparo em anatomia, fisiologia e patologia deixam-no desamparado. Não pode compreender a histeria, diante da qual se sente como um leigo, posição nada agradável a quem tenha em alta estima o próprio saber. Os histéricos, ficam, assim privados de sua simpatia. Ele os considera como transgressões das leis de sua

ciência, tal como os crentes consideravam os hereges: julga-os capazes de todo o mal, acusa-os de exagero e de simulação, e pune-os com lhes retirar seu interesse». (14)

Só ocasionalmente é dada oportunidade ao paciente de ventilar seus problemas com o médico ou seu substituto, e quando isto ocorre é comum ouvi-lo dizer ao doente que *você não tem nada, é só um problema de nervos*. Esta atitude de dizer ao doente que *ele não tem nada* — negando assim a existência da doença — exprime a dificuldade em tratar os quadros psiquiátricos. O doente se sente rechaçado com isto porque, como explica Guedes, ele percebe «como muito perigosas suas fantasias e imagina que agride o mundo exterior ao projetá-las». (15) Isto faz com que o doente sinta muito medo de ser agredido. O fato de o médico não lhe dar atenção suficiente pode ser sentido pelo paciente tanto como uma agressão — confirmando na realidade suas fantasias inconscientes — como a confirmação de que tem uma doença tão grave que o médico não pode (ou não quer) tratá-lo. Uma atitude compreensiva por parte do médico corrige as fantasias do paciente, acalmando-o.

Chafetz observa, e isto é evidente, que uma boa relação médico-paciente, num Serviço de Urgência poderá inibir ou estimular o doente a seguir a orientação sugerida pelo médico. (9)

Verificou-se a dificuldade que tem a equipe em estabelecer um diagnós-

tico para as Urgências Psiquiátricas. Os boletins de atendimento apresentavam rotineiramente, como causa de atendimento: *distonia neuro-vegetativa*, para pacientes com o mais diversos quadros. O diagnóstico correto da Urgência possibilitará tanto um melhor atendimento na Sala de Emergência, como facilitará a compreensão da situação do doente pelo médico ao qual for encaminhado.

5.4. A família, Contato com familiares e encaminhamento de doentes.

O contato com familiares de doentes mentais habitualmente não é feito, deixando-se de fazer uma correta avaliação da situação aguda do paciente e perdendo-se uma boa oportunidade de esclarecer a família sobre a doença. Quando um familiar procura saber sobre a situação do doente, via de regra, lhe é dito — da mesma forma que ao paciente — *que está tudo bem. Ele não tem nada, é só um problema de nervos*.

Rocha nos mostra que a «intensidade dos sintomas e a incapacidade de lidar com eles, provoca no grupo familiar a ruptura de seu equilíbrio emocional, em maior ou menor grau, de acordo com a integração do mesmo, reduzindo-lhe a condição de prestar uma ajuda efetiva, além do que a ansiedade liberada nos familiares tem efeitos nocivos ao paciente». (20) O grupo familiar ao perceber a gravidade do caso toma a decisão de solicitar ajuda ao médico. Esta decisão desperta um sentimento de culpa, pois a solicitação de atendimento médico é percebida

como algo agressivo ao paciente, o que aumenta a ansiedade existente.

O médico é então sentido de maneira dissociada, idealizada, como uma pessoa que vai resolver os problemas e também como uma pessoa que irá agredir o paciente. O terapeuta deverá lidar com estes aspectos a fim de poder atuar adequadamente.

Guedes explica que as crises psiquiátricas mobilizam muita ansiedade e que esta contagia a família estabelecendo-se, então, um círculo vicioso. «O paciente angustia a família e esta, por sua vez, aumenta a angústia do paciente». Na realidade uma situação de emergência psiquiátrica resulta de uma prolongada tensão intrafamiliar e «o doente, como o mais fraco desta situação, recolhe e capitaliza as tensões grupais e, por isso mesmo, ecioa em uma situação de emergência.» (15)

As vezes tornou-se difícil reconhecer qual o membro mais perturbado da família: os acompanhantes ou aqueles tidos como doentes. Esta observação também foi feita por Cassidy, Coleman e Zusman (7, 9, 24).

A observação mostrou que não é realizado o encaminhamento de doentes mentais a Serviços especializados. Contribui para isso a falta de motivação da Equipe e o desconhecimento dos recursos que a comunidade dispõe para a Saúde Mental. Quando há encaminhamento, ele é feito para o Hospital Psiquiátrico São Pedro (há uma ficha especial) mesmo que o doente possua recursos financeiros ou previdenciários que lhe permitam a internação

em outras unidades hospitalares, ou ainda, que possa ser atendido em ambulatório.

6. CONCLUSÕES

Os resultados estatísticos e as observações sobre o atendimento dispensado às Urgências Psiquiátricas no Hospital Municipal de Pronto Socorro nos permitiu concluir que:

6.1. As Urgências Psiquiátricas representam 10,4% do total das urgências atendidas no HMPS, com uma média diária de 28,5 pacientes.

É interessante ressaltar que os pacientes que apresentavam situações psiquiátricas não reconheciam, em geral, e da mesma forma os familiares, que sua doença era mental, constituindo exceção aqueles casos em que a conduta dos pacientes estava grosseiramente desviada da realidade. Johnson observa que os pacientes «pensam que têm mais problemas orgânicos do que psicológicos» (16) Frazier refere que os pacientes procuram primeiro o médico da família para atendê-los e não o psiquiatra (ou um Serviço de Emergência Psiquiátrica). (13)

É pouco provável que os pacientes procurassem atendimento em um Serviço de Urgência Psiquiátrica sem que para tanto houvessem sido orientados por um Clínico Geral ou por um Hospital Geral de Pronto Socorro. Há uma tendência em negar a existência da doença mental no grupo familiar. Isto mostra a importância do serviço prestado pelo médico socorrista no campo da

Psiquiatria Preventiva e num projeto comunitário de Saúde Mental.

Ainda que alguns casos não tivessem tido uma elucidação diagnóstica adequada não haveria alteração significativa nos percentuais encontrados.

Esses resultados não são os que esperávamos, baseados na experiência do estágio como internos. Acreditávamos que o percentual das Urgências Psiquiátricas em relação às demais urgências fosse mais elevado. Os resultados estatísticos nos mostraram os dados reais. Aquela idéia talvez se deva ao fato de que estas urgências chamam mais atenção pelo comportamento bizarro e desadaptado dos pacientes e pela ansiedade que desperta na equipe de atendimento e familiares.

6.2. A maior incidência, dentro do grupo das Urgências Psiquiátricas, correspondeu a **Manifestações Somáticas de Ansiedade**, seguida de **Crises histero-ansiosas**. Esses resultados eram por nós esperados.

Ainda que, quando do planejamento inicial, as **Tentativas de suicídio** não houvessem chamado a atenção, o assunto, com o desenvolver da pesquisa, mostrou sua importância. As tentativas de suicídio representam 10% das Urgências Psiquiátricas, tendo havido maior ou menor risco à vida do paciente.

Acreditamos que qualquer tentativa de suicídio, qualquer que seja o método utilizado, e mesmo que a vida do paciente não corra risco, representa um grave sintoma de doença mental. Quanto à necessidade ou não de encaminhamento especializa-

do, concordamos com Guedes que diz ser preferível hospitalizar um paciente, em caso de dúvida, do que concluir após o suicídio, que isto era necessário. (15)

6.3. Consideramos, pelas observações realizadas, que não é o mais adequado o manejo das Urgências Psiquiátricas no Hospital Municipal de Pronto Socorro. Concorre para tanto dificuldades materiais e de treinamento de pessoal técnico.

7. SUGESTÕES

7.1. Melhor formação da Equipe para o atendimento de Urgências Psiquiátricas. Na realidade o médico socorrista além do tratamento adequado da urgência, poderá fazer o diagnóstico precoce, um encaminhamento correto e esclarecer os familiares dos pacientes sobre aspectos de saúde mental, contribuindo assim para um trabalho de Psiquiatria preventiva e comunitária.

Chafetz observou que todos os tipos de Urgências Psiquiátricas passam pelo Hospital Geral que se constitui assim uma fonte importante para a mobilização de recursos terapêuticos da comunidade. (8)

7.2. Organização de uma Unidade Psiquiátrica para atendimento de urgências junto ao Hospital Municipal de Pronto Socorro. Esta Unidade seria atendida por psiquiatras, na própria sala de atendimento externo e/ou num local destinado para tanto. A Unidade poderia dispor de um pequeno número de leitos para onde, os pacientes que necessita-

sem, após o atendimento inicial, poderiam ser encaminhados, podendo permanecer hospitalizados de 24 a 72 horas (Short-term bed), após o que seriam encaminhados conforme as necessidades (a um hospital psiquiátrico ou a atendimento ambulatorial). Experiência deste tipo é realizada no Pronto Socorro Psiquiátrico da Zona Sul (anexo ao Hospital Pinel, Guanabara), tendo sido constatado que a maioria dos doentes não precisa permanecer mais de 48 horas no Serviço (2). Atendimento deste tipo poderá diminuir a necessidade de hospitalização para muitas pessoas em situações agudas.

7.3. Melhor compreensão por parte da Equipe, da importância do encaminhamento precoce, quando em situações agudas, de pacientes psiquiátricos a serviços especializados. Para isso será necessário divulgar junto à Equipe os recursos de que a

comunidade dispõe para atendimento do doente mental.

RESUMO: O trabalho fornece dados de uma pesquisa feita em um Hospital Geral de Pronto Socorro, onde são verificados os percentuais das Urgências Psiquiátricas em relação as demais urgências, quais seus tipos, e como são manejadas pela Equipe Técnica essas situações agudas. Faz também uma revisão da literatura e sugestões para o atendimento desses casos.

SUMMARY: The work gives informations of a research in a General Hospital of First Aids, where the percentual of psychiatric urgencies are checked in relation to the other urgencies, kinds of these acute situations and how they are handled by the Thecnical Staff. A revision of bibliography and suggestions about the management of these urgencies were also made.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — ALBUQUERQUE, Manoel Antonio. Tratamentos psiquiátricos de urgência. Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, 6, 89-95, 1962.
- 2 — ANDRADE, Oswald Moraes. «Organização e funcionamento hospitalar como fator terapêutico.» In: CONGRESSO NACIONAL DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL, 8º. Porto Alegre, 1967. p.22-31 [Relatório do tema oficial psiquiátrico]
- 3 — ATKINS, Robert W. Psychiatric emergency service; implications for the patients, the physician, the family, the hospital, and the community. Archives of General Psychiatry, 17(2):176-82, Aug. 1967.
- 4 — AVILA, Nara A.C.C. et alii. O Atendimento de agitados em um serviço para doentes mentais agudos. Porto Alegre, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina UFRGS, Divisão Melanie Klein, 1967. [Datilografado]

- 5 — BAKER, A.P. & BUCHANT, T. Psychiatric emergencies in general practice. *The Central African Journal of Medicine*, 15(8):179-84, Aug. 1969.
- 6 — BLAYA, Marcelo. A Urgência psiquiátrica na clinica geral. *Revista de Medicina ATM*, 3:11-32, 1968.
- 7 — CASSIDY, W.J. Psychiatric emergencies. *Henry Ford Hospital Medical Journal*, 15(2):119-31, 1967.
- 8 — CHAFETZ, M.E.; MULLER, J.J.; BLANE, H.T. Acute psychiatric services in the general Hospital. III. statistical survey. *American Journal of Psychiatry*, 124 (4, Suppl.):46-57, Oct. 1967.
- 9 — COLEMAN, Jules & ERRERA, Paul. The General hospital emergency room and its psychiatric problems. *American Journal Public Health and the Nation's Health*, 53(8):1294-301, 1963.
- 10 — ESQUIBEL, Augusto J. Some thoughts about «emergencies» in psychiatry. *Boletim da Clinica Psiquiatrica*, 5(3):125-32, set. 1966.
- 11 — EY, Henry; BERNARD, P.; BRISSET, Ch. «Las Urgencias psiquiátricas» In: *Tratado de psiquiatria*. 2.ed. Barcelona, Toray-Masson, 1969. 7a. parte, p.1013-17.
- 12 — FRANKEL, Fred H.; CHAFETZ, Morris E.; BLANE, Howard T. Treatment of psychosocial crises in the emergency services of general hospital. *Journal of American Medical Association*, 195 (8):626-8, Feb. 21. 1966.
- 13 — FRAZIER, S.H. Principles of psychiatric emergency management. *Current Psychiatric Therapies*, 9:106-15, 1969.
- 14 — FREUD, Sigmund. Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci, e outros trabalhos. Trad. de Jayme Salomão et alii. Pref. Anna Freud. Comentários e notas de James Strachey. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969. 252p. [Edições Standard brasileiras das obras completas de Sigmund Freud, v.11]
- 15 — GUEDES, Fernando Luiz. Primeiros cuidados em psiquiatria. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 12(2):5-13, 1968.
- 16 — JOHNSON, J. Psychiatric emergencies in the community. *Comprehensive Psychiatry*, 10(4):275-84, Jul. 1969.
- 17 — KNIJNIK, Leão H. Urgências psiquiátricas e seu tratamento imediato. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 10(2):15-25, 1966.
- 18 — McCOURT, William F. & SOLOMAN, Philip. «Suicides» In: SOLOMAN, Philip & PATCH, Vernon D. *Handbook of psychiatry*. Los Altos, Lange, 1969. cap. 20, p.246-53.
- 19 — MULLER, J.J.; BLANE, T.T.; CHAFETZ, M.E. Acute psychiatric services. *American Journal of Psychiatry*, 124 (4 suppl.):37-45, Oct. 1967.

- 20 — ROCHA, Fernando J.B. et alii. Urgências psiquiátricas. *Revista de Psiquiatria Dinamica*, 7(4):86-9, 1968.
- 21 — ROSA, José Alberto Pereira. Urgências em psiquiatria. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 54(3):235-40, jul./set. 1967.
- 22 — STENGEL, Erwin. *Psicologia del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires, Hormé, 1965. 177p.
- 23 — WHITELEY, J.S. & DENISON, D.M. The Psychiatric casualty. *British Journal of Psychiatry*, 109:488-90, Jul. 1963.
- 24 — ZUSMAN, J. Emergency room psychiatry. *Current Psychiatry Therapies*, 9:182-5, 1969.