

# EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Carlo Carandang, Clare Gray, Heizer Marval-Ospino & Shannon MacPhee

Edição em Português

Editores: Flávio Dias Silva e Fellipe Matos Melo Campos

Tradutores: Allan Antonelli Meira e Cibele Rezende Borba



Carlo Carandang MD, FAPA  
Psiquiatra, Halifax, Nova Scotia,  
Canadá  
Conflito de Interesse: Consultoria:  
Shire; Bolsa-auxílio: Pfizer; Honorários:  
Purdue, Bristol-Myers Squibb, Janssen

Clare Gray MD, FRCPC  
Chefe da Divisão do Serviço  
Psiquiátrico Comunitário do Children's  
Hospital of Eastern Ontario e  
professora adjunta do departamento de  
Psiquiatria da Universidade de Ottawa,  
Canadá.  
Conflito de interesse: nenhum revelado

Heizer Marval-Ospino MD, FRCPC.  
Psiquiatra, Halifax, Nova Scotia,  
Canadá  
Conflito de interesse: nenhum revelado

Shannon MacPhee MD, FRCPC  
Professora adjunta, Universidade de  
Dalhousie, Departamento de Medicina  
de Emergência e Chefe do setor de  
Emergência Médica do IWK Health  
Centre, Halifax, Nova Scotia, Canadá.  
Conflito de interesse: nenhum revelado

Esta publicação é direcionada para profissionais em treinamento ou em atividade no campo da Saúde Mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente representam o ponto de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever os melhores tratamentos e condutas baseados nas evidências científicas disponíveis e avaliadas pelos autores no momento da escrita da mesma e esses podem mudar de acordo com o resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar tal conhecimento em pacientes em concordância com as diretrizes e leis do respectivo país de atuação. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas das drogas, pois nem todas as dosagens e efeitos adversos são mencionados. Organizações, publicações e websites são citados e linkados para ilustrar problemas ou como fonte de mais informações. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossam seus conteúdos ou recomendações, os quais devem ser criticamente avaliados pelo leitor. Websites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2012. Essa é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso seja não comercial. Envie comentários sobre esse livro ou capítulo para [jmrey@bigpond.net.au](mailto:jmrey@bigpond.net.au)

Sugestão de citação: Carandang C, Gray C, Marval-Ospino H, MacPhee S. Child and adolescent psychiatric emergencies. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

**C**rianças e adolescentes que apresentam queixas agudas relacionadas à saúde mental exigem uma avaliação concisa, e ainda assim, sistemática, para determinar se o indivíduo está sofrendo um transtorno psiquiátrico agudo ou um problema de saúde mental que se apresenta em crise. Entretanto, antes da avaliação psiquiátrica de urgência, quadros mentais secundários a complicações clínicas devem ser descartados. Em última análise, a avaliação mental de urgência é necessária para determinar se um nível maior de cuidados é exigido, como o encaminhamento para internação, unidades de retaguarda hospitalar, ou para ambulatorios de saúde mental.

## **AValiação NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

A avaliação de uma emergência psiquiátrica de jovens em crise pode ocorrer em um contexto ambulatorial, mas o ideal é que se estabeleça dentro de um pronto-socorro de um hospital (PS). O PS é mais equipado para triagem e contenção das crises psiquiátricas de forma mais rápida e segura. Além disso, o paciente pediátrico em crise geralmente não é cooperativo e apresenta baixo controle do comportamento, podendo exigir contenção imediata para a manutenção de sua segurança e dos outros.

Este capítulo se concentrará na avaliação das emergências psiquiátricas no PS. A incidência de pacientes com problemas de saúde mental que buscam o pronto-socorro pediátrico está crescendo cada vez mais (Newton et al, 2009). Essa tendência tem sido atribuída, entre outros fatores, a um aumento da prevalência de transtornos mentais no contexto de uma disponibilidade limitada de recursos em saúde mental e ao uso crescente de substâncias, principalmente o álcool e anfetaminas, embora haja variações de acordo com os países. O PS é uma porta de entrada para o cuidado das crises, uma ponte com os serviços comunitários e tem sido descrito como uma *rede de segurança* para os pacientes e seus familiares. As apresentações de transtornos mentais mais comuns no PS pediátrico dos países ocidentais são: abuso de substâncias e overdoses, transtornos do humor, transtornos de ansiedade e transtornos comportamentais (Newton et al, 2009). Além disso, comportamentos suicidas e agressivos também podem ocorrer no PS e requerem avaliação e contenção rápidas, sistemáticas e concisas, para a manutenção da segurança do paciente e dos outros indivíduos. O manejo das situações de abuso infantil no PS também será discutido. Este capítulo proporciona ao clínico uma visão geral sobre a condução de uma avaliação na emergência, simultaneamente ao controle da crise e contenção de situações explosivas e potencialmente perigosas.

### **Objetivos da Avaliação na Emergência**

Os objetivos da avaliação na emergência são:

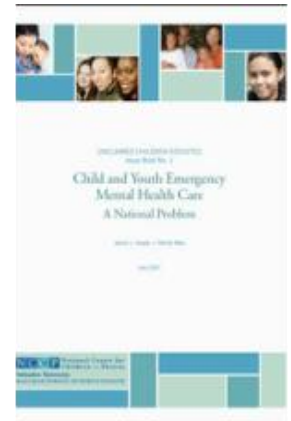
1. Determinar se o paciente está sob risco iminente de auto ou heteroagressão
2. Estabelecer a presença de um ou mais transtornos psiquiátricos

3. Identificar os fatores que podem ter causado ou contribuído para o início e persistência dos problemas (fatores genéticos, desenvolvimentais, familiares, sociais e clínicos)
4. Avaliar o nível funcional basal dos pacientes e o grau de acometimento pelo transtorno mental
5. Identificar pontos fortes como potencial fonte de apoio dentro do núcleo familiar e no meio social do paciente
6. Identificar os problemas-alvo para o tratamento e
7. Determinar a necessidade de internação hospitalar psiquiátrica

A avaliação da criança ou do adolescente difere do adulto em vários aspectos. Enquanto a maioria dos adultos busca ajuda por vontade própria, as crianças raramente o fazem. Além disso, de acordo com a idade e o desenvolvimento, algumas crianças são simplesmente incapazes de fornecer determinadas informações sobre o contexto histórico e clínico de sua condição de saúde. Portanto, os pais ou cuidadores comumente são a principal fonte de informação (não significando, contudo, que criança deva ser excluída do processo). Também é de suma importância a participação de outras fontes, como professores, funcionários de creche e outras pessoas do convívio do paciente. Outro aspecto crucial na avaliação clínica dessa população é o nível de desenvolvimento da criança, considerando a adequação dos comportamentos e funcionalidades. Para formular um julgamento preciso sobre o comportamento da criança, é necessária uma sólida compreensão acerca de suas fases do desenvolvimento. Semelhante à população adulta, a avaliação clínica na faixa etária pediátrica inclui uma anamnese detalhada, exame do estado mental, formulação das hipóteses diagnósticas (integrando todos os dados biológicos, psicológicos e sociais disponíveis) e diagnósticos diferenciais. Essa formulação integrada deve ser transmitida ao paciente e sua família e deve ser usada na negociação do plano de tratamento.

### Recomendações Gerais

Os profissionais médicos podem ter opiniões divergentes sobre a estrutura das entrevistas clínicas, embora a maioria concorde que estas variam de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento do paciente. Após um breve cumprimento e introdução, alguns profissionais preferem iniciar entrevistando o adolescente a sós e, em seguida, junto com os pais – ou cada grupo sozinho, se conflitos intensos estiverem presentes. Para as crianças, geralmente opta-se pelo oposto: entrevistar a criança juntamente com os pais ou os pais sozinhos e, posteriormente, entrevistar a criança sozinha. Crianças menores do que 12 anos são menos propensas a responder, de forma confiável, questionamentos sobre o humor, início e duração dos sintomas, comparações com seus colegas e perguntas que exigem julgamento (Granero Perez et al, 1998). Além disso, o encontro prévio com os pais pode fornecer orientações sobre os temas de interesse a serem abordados na entrevista



Clique na imagem para acessar o livro "Child and Youth Emergency Mental Health Care: A National Problem", por J.L. Cooper e R. Masi. The National Center for Children in Poverty (2007)

com a criança. Durante a anamnese, especialmente com crianças menores, pode ser útil iniciar a conversação com tópicos neutros, permitindo que a criança se sinta à vontade. Essa abordagem também permite a avaliação da fala, do discurso e dos padrões de pensamento da criança. Questionamentos sobre o comportamento ou emoções devem ser simples (por exemplo: “Você esteve se sentindo mal e chorou muito nesses últimos dias?”). É mais útil, e importante, compreender como a criança se sente, pensa e se comporta, do que procurar os motivos.



Clique na imagem para assistir a um videoclipe com explicações sobre o que os pais, crianças e profissionais de saúde devem saber quando uma criança é transferida da sala de emergência para uma avaliação do estado de saúde mental (8:45)

Os adolescentes valorizam a sua privacidade e independência e estão mais propensos a compartilhar informações quando sabem dos acordos do sigilo. Assim, a confidencialidade deve ser discutida desde o início. Os clínicos devem destacar as condições nas quais há a necessidade de compartilhar informações com os pais - como questões de segurança (pensamentos suicidas e homicidas). Quando há suspeita de abuso, deve ser explicado ao paciente que é obrigatório (na maioria dos países) a denúncia pelo profissional médico. Como a proteção da criança é primordial, a informação do abuso deve ser compartilhada com a agência local de proteção à criança. Questões delicadas, como abuso de substâncias, atividade sexual e gravidez, não são, necessariamente, condições que exijam a quebra da confidencialidade, com exceção de circunstâncias especiais (por exemplo, jovem dirigindo embriagado). Entretanto, a conduta mais apropriada deve ser o incentivo ao jovem a compartilhar tais informações diretamente com seus pais.

### **Diagnóstico**

É importante determinar se o paciente já possui um diagnóstico psiquiátrico ou algum problema de saúde mental. As apresentações de transtornos psiquiátricos agudos têm diferentes necessidades de tratamento, quando comparadas, por exemplo, a casos de transtornos de adaptação após um término de namoro. Transtornos psiquiátricos agudos e problemas de saúde mental serão discutidos mais adiante.

### **Histórico de Tratamento**

Um inventário e uma análise detalhada dos tratamentos anteriores, incluindo farmacoterapia e psicoterapia, são essenciais. A avaliação deve abordar a duração dos tratamentos, dosagem dos medicamentos, efeitos adversos, adesão ao tratamento, reações de hipersensibilidade e informações sobre respostas prévias (positivas ou negativas) do paciente.

### **Transtornos Coexistentes**

Em situações de emergência, o transtorno agudo de maior importância deve ser abordado primeiro (por exemplo, um adolescente com mania e TDAH deve ter o episódio maníaco abordado inicialmente no cenário do PS). Transtornos coexistentes que apresentem menor visibilidade e severidade devem ser abordados em outro momento, em contexto ambulatorial.

## **Avaliação da Família**

No cenário da avaliação de urgência, o foco deve ser o risco familiar elevado para problemas de saúde mental, tais como suicídio, abuso de substâncias, transtornos de humor e psicose. A história familiar de doença psiquiátrica pode sugerir um risco elevado ao desenvolvimento da mesma doença no paciente avaliado.

## **QUADROS PSIQUIÁTRICOS AGUDOS NO PS**

É importante avaliar se o paciente em crise no PS apresenta algum transtorno psiquiátrico subjacente. As formas agudas dos transtornos psiquiátricos mais comuns no PS estão listadas abaixo, juntamente com uma breve descrição clínica e mnemônica (Tabela J.1.1) (consulte os capítulos correspondentes no livro para obter mais detalhes sobre esses transtornos).

### **Psicose**

A psicose é um transtorno do pensamento (delírios) e da sensopercepção (alucinações), com um comprometimento significativo do juízo de realidade. Jovens com psicose podem experimentar um declínio nas funções social e cognitiva previamente ao aparecimento dos sintomas psicóticos. Muitas vezes, esse declínio se manifesta no âmbito social, com piora do desempenho escolar, comportamentos e pensamentos bizarros ou excêntricos, déficit de autocuidados, desconfiança, ansiedade, irritabilidade, hostilidade e agressão. Os pacientes geralmente não buscam ajuda médica e muitas vezes são levados por familiares. No PS, o jovem pode aparentar receoso, apreensivo, irritado ou agitado. O mnemônico **THREAD** (Tabela J.1.1) pode ser útil para recordar os critérios de psicose.

### **Mania Aguda**

A principal característica de um episódio maníaco é a presença de humor expansivo, grandioso ou irritável, que represente uma mudança significativa em relação ao estado usual de humor do(a) jovem, com duração mínima de uma semana. O mnemônico **FIND** (Frequência, Intensidade, Número e Duração) (Kowatch et al, 2005) é uma estratégia recomendada na avaliação dos sintomas de jovens com mania. A mudança do estado do humor geralmente é acompanhada de alterações na autopercepção, manifestada pela grandiosidade. Durante um episódio maníaco, os adolescentes mostram uma diminuição acentuada na necessidade do sono, taquialia e “pressão” de fala, aumento do interesse por múltiplas atividades, comportamentos sexuais exacerbados devido à falta de controle do impulso e julgamento comprometido, além de vestimentas exageradas ou até mesmo provocativas. Durante os dias iniciais de um episódio maníaco, pode haver um aumento da produtividade, no entanto, comumente é autolimitada devido à crescente distratibilidade. Mais da metade dos adolescentes com mania pode desenvolver sintomas psicóticos, os quais geralmente são congruentes com o humor

(Yatham et al, 2009). O mnemônico para a mania é **DIGFAST** (Tabela J.1.1) desenvolvido por William Falk (Ghaemi, 2003, página 13).

### **Depressão**

Jovens com depressão geralmente apresentam irritabilidade, em vez de humor triste ou deprimido. Até 60% dos pacientes também tem ideias suicidas e 30% tenta o suicídio (Birmaher et al, 2007). A persistência do quadro de irritabilidade ou humor deprimido por mais de duas semanas está associada à deterioração funcional. Os jovens também podem exibir anedonia, isolamento social, declínio no desempenho escolar, perturbações no sono, fadiga, alterações de peso e de apetite. A auto-avaliação negativa, baixa auto-estima e distorções cognitivas levam a pensamentos de desvalia, desesperança, culpa, morte e suicídio. As crianças podem apresentar sintomas somáticos ou alterações comportamentais, pois elas podem não ter a capacidade cognitiva de verbalizar os pensamentos ou identificar o seu próprio estado de humor (Baren et al, 2008). Sintomas melancólicos ou psicóticos são incomuns nos quadros depressivos em crianças (Rao et al, 2009). O mnemônico para a depressão é o **SIGECAPS** (Tabela J.1.1), desenvolvido por Carrey Bruto (Ghaemi, 2003, p11).

### **Transtornos de Ansiedade**

Existem vários subtipos de transtornos de ansiedade em jovens, porém vamos nos concentrar na reação aguda ao estresse, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno do pânico e fobia social, uma vez que tais transtornos podem exigir atenção imediata no PS.

#### ***Reação Aguda ao Estresse***

A apresentação clínica dos jovens com reação aguda ao estresse é semelhante ao transtorno de estresse pós-traumático. No entanto, a duração da reação aguda é limitada a um mês após o evento traumático e o relato subjetivo do jovem é mais focado no trauma do que na revivescência do mesmo. Quando os jovens discorrem sobre o evento traumático, eles geralmente descrevem a experiência de maneira dissociativa. Por exemplo, podem descrever como se estivessem assistindo ao evento que lhes ocorreu, apresentando baixa modulação emocional, ou mesmo lacunas mnêmicas sobre o episódio.

#### ***Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)***

O TEPT requer a presença de um evento traumático, em que o indivíduo experimenta o medo extremo, desesperança ou horror. Em crianças menores, isto pode ser expresso através de agitação ou comportamento desorganizado. A experiência traumática leva o indivíduo a reexperienciar os sintomas associados ao trauma, evitação de estímulos relacionados ao evento, e à hiperexcitabilidade, que causa importante sofrimento ou prejuízo funcional. A maioria das pessoas expostas a um trauma grave desenvolve algum destes sintomas, mas geralmente a duração é inferior a um mês.

**Tabela J.1.1. Mnemônicos (em inglês) para transtornos psiquiátricos agudos em crianças e adolescentes:**

**THREAD** (psicose)

**Think:** pensamentos desordenados

**Hallucinations:** alucinações podem ocorrer

**Reduced:** redução do contato com a realidade

**Emotional:** controle emocional afetado (afeto incongruente, embotamento afetivo)

**Arousal:** agitação pode piorar os sintomas

**Delusions:** delírios podem ocorrer

**DIG FAST** (mania)

**Distractibility:** distratibilidade

**Insomnia:** insônia

**Grandiosity:** grandiosidade

**Flight of ideas:** fuga de ideias

**Activity:** aumento da atividade (hiperatividade)

**Speech:** pressão de fala

**Thoughtlessness:** imprudência (impulsividade)

**SIGECAPS** (depressão)

**Suicidal thoughts:** pensamentos suicidas

**Interests:** interesses diminuídos

**Guilt:** culpa

**Energy:** diminuição da energia

**Concentration:** concentração comprometida

**Appetite:** alterações do apetite (aumento ou diminuição)

**Psychomotor:** alterações psicomotoras (agitação ou retardo)

**Sleep:** distúrbios do sono (insônia ou hipersonia)

**TRAUMA** (transtorno de estresse pós-traumático)

**Traumatic event:** evento traumático

**Re-experience:** revivescência

**Avoidance:** evitação, fuga

**Unable to function:** funcionamento comprometido

**Month or more of symptoms:** um mês ou mais de duração

**Arousal increased:** agitação

**WILD** (abuso de substâncias):

**Work:** fracassos nas obrigações do trabalho, na escola e em casa

**Interpersonal or social:** consequências interpessoais ou sociais

**Legal:** problemas legais

**Danger:** uso perigoso

**ADDICTeD** (dependência de substâncias)

**Activities:** abandono ou redução das atividades habituais

**Dependence:** dependência - física - tolerância

**Dependence:** dependência - física - abstinência

**Intrapersonal (internal):** consequências pessoais – físicas ou psicológicas

**Can't:** não é capaz de abandonar ou reduzir o uso

**Time:** gasto expressivo de tempo para consumo

**Duration:** duração do uso é maior do que o pretendido

Quando os sintomas persistem por mais de um mês, o diagnóstico de TEPT é confirmado. Como o evento traumático é ligado ao aparecimento dos sintomas, crianças e adolescentes podem exibir sintomas e comportamentos que não apresentavam anteriormente. Os pais nem sempre conhecem a exposição da criança ao trauma – ou podem ainda ser os próprios perpetradores. A dificuldade no estabelecimento do diagnóstico reside no próprio fato de o paciente evitar o trauma, o que frequentemente impede o relato pelo jovem. Crianças menores podem reviver elementos traumáticos da experiência através de brincadeiras, pesadelos (muitas vezes, o conteúdo não tem relação com o trauma), comportamentos agressivos, ansiedade de separação ou medos, que nem sempre são associados à experiência traumática. Crianças mais velhas e adolescentes podem apresentar sintomas de ansiedade, uso de substâncias e automutilação. O mnemônico para TEPT (Tabela J.1.1) é **TRAUMA** (Khouzam, 2001).

### ***Transtorno do Pânico***

Uma crise de pânico é caracterizada pelo aparecimento súbito de medo intenso e de outros sintomas, com um pico dentro de dez minutos, tais como: palpitação, dispneia, parestesia, tontura, diaforese, tremor e sensação de sufocamento. Crianças e adolescentes podem apresentar crises de pânico em resposta à ansiedade provocada por estímulos, sem relação com qualquer transtorno ansioso, transtornos mentais ou outras condições médicas. O transtorno do pânico nos jovens pode ser considerado quando ocorrem crises repetitivas, com ou sem estímulo associado. Os jovens se preocupam com futuras crises e alteram seu comportamento, como uma tentativa de evitá-las.

### ***Fobia Social***

Crianças e adolescentes com fobia social experienciam um sofrimento acentuado e medo de situações de interação social, resultando em um padrão de evitação e ansiedade antecipatória desses eventos. As crianças menores podem não ser capazes de verbalizar quais são as situações relacionadas à ansiedade, assim, ela pode ser expressa por acessos de raiva ou crises de choro. Crianças mais velhas e adolescentes podem ter sintomas somáticos, tais como náuseas, dor abdominal ou cefaleia, relacionados a situações sociais. Como resultado, eles podem se recusar a assistir ou participar de atividades com os quais não estão familiarizados ou que exigem participação ativa. Esse quadro se manifesta em um espectro, que varia desde evitar erguer a mão para falar em sala, até a própria recusa em ir à escola ou comparecer em eventos sociais.

### **Transtornos de Comportamentos Disruptivos**

Transtornos comportamentais podem se apresentar no PS como comportamentos agressivos ou severamente disruptivos. Eles incluem o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno opositor-desafiante (TOD) e transtorno de conduta.



### ***Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)***

Os principais sintomas do TDAH são desatenção, hiperatividade e impulsividade. Crianças e adolescentes com TDAH são sintomáticos antes dos 7 anos de idade e seus sintomas levam ao comprometimento funcional em pelo menos dois domínios diferentes. Os sintomas ocorrem frequentemente e podem ser exacerbados em ambientes que exijam concentração e interesse. Os sintomas de hiperatividade e impulsividade são mais evidentes nos jovens, que se tornam agitados e barulhentos ou apresentam dificuldades para esperar ou permanecer sentados; como resultado de sua hiperatividade, lesionam-se com frequência. Crianças com TDAH que se apresentam no PS geralmente são levadas devido a comportamentos agressivos ou disruptivos.

### ***Transtorno Opositor-Desafiante (TOD)***

A principal característica é um padrão de desenvolvimento inapropriadamente desafiador, comportamento desobediente, negativista e hostil com figuras de autoridade. Este padrão deve persistir por pelo menos seis meses e causar comprometimento ocupacional, social ou acadêmico. Crianças e adolescentes com estes transtornos muitas vezes são retrucadores para com os pais e recusam o seguimento de regras, tornando o transtorno mais evidente no ambiente doméstico. Estes jovens são mais propensos à perda do controle, tornando-se agressivos, em geral verbalmente e sem a agressividade severa observada no transtorno de conduta.

### ***Transtorno de Conduta***

Crianças e adolescentes com transtorno de conduta têm uma incapacidade de apreciar a importância do bem-estar alheio e mostram pouca culpa ou remorso sobre o prejuízo a outrem. Eles apresentam um padrão comportamental repetitivo e persistente, em que os direitos básicos e normas sociais são violados. Muitas vezes, os pacientes apresentam um longo histórico de suspensões escolares, brigas, agressividade e comportamentos destrutivos. Frequentemente, mentiras são utilizadas para escapar de situações difíceis e o roubo é uma prática comum. Os quatro grupos principais de sintomáticos são: ameaça ou agressão a pessoas ou animais; destruição deliberada da propriedade alheia, violação das leis ou desrespeito repetido com as regras do ambiente domiciliar ou escolar; e mentiras frequentes para evitar consequências (American Psychiatric Association, 1994). Este padrão comportamental provoca prejuízo significativo nos âmbitos social, acadêmico e profissional.

### **Transtornos por Uso de Substâncias**

Adolescentes com uso e abuso de substâncias frequentemente se apresentam ao PS com quadros de intoxicação ou abstinência. É importante avaliar o padrão de uso da substância, para detectar abuso ou dependência da droga. Os dois tipos de padrão estão associados a comprometimento psicossocial e declínio acadêmico.

### ***Abuso de Substâncias***

A principal característica do abuso de substâncias é a utilização contínua de uma substância, apesar das consequências, incluindo danos reais ou potenciais. O mnemônico para o abuso de substâncias (Quadro J.1.1) é **WILD** (Bogenschütz et al, 2001).

### ***Dependência de Substâncias***

Depois de uma exposição prolongada a uma substância viciante, o padrão de uso torna-se habitual e compulsivo. O jovem se apresenta incapaz de controlar a quantidade, a frequência e o uso da substância. As funções sociais são comprometidas, à medida que o jovem prefere se envolver com o uso da droga em detrimento a outras atividades (amigos, família, *hobbies*, escola e trabalho). O padrão desadaptativo do uso contínuo pode causar ou agravar problemas físicos e psicológicos relacionados à substância. Juntamente a esse padrão de uso, o jovem desenvolve tolerância, necessitando de doses progressivamente maiores para atingir o mesmo efeito, ou desenvolve sintomas de abstinência, quando se tem uma redução ou interrupção do uso. O mnemônico para dependência de substâncias (Quadro J.1.1) é **ADDICTeD** (Bogenschütz et al, 2001).

## **PROBLEMAS AGUDOS DE SAÚDE MENTAL NO PS**

Problemas agudos de saúde mental podem se apresentar no PS, associados ou não a transtornos psiquiátricos agudos. Somando-se à análise da presença de transtornos psiquiátricos, também é importante averiguar quadros mais agudos, tais como comportamento suicida, agressão, conflitos entre pais e filhos, transtornos de adaptação, abuso e situação de rua.

### **Comportamento Suicida**

A tentativa de suicídio é a forma mais comum de apresentação dos indivíduos jovens no PS. Após a estabilização do quadro, o clínico deve determinar o risco de suicídio do paciente. O suicídio é um dos principais problemas de saúde pública do mundo. Um estudo recente, que utilizou dados de 90 países, encontrou uma taxa de suicídio de 7,4 / 100.000 para os jovens de 15 a 19 anos de idade, com predominância do gênero masculino (10.5) em comparação com o feminino (4.1). Esse mesmo estudo constatou que o suicídio foi considerado causa de 9,1% de todos os óbitos nessa faixa etária, representando a terceira principal causa de morte em mulheres e a quarta causa em homens (Wasserman et al., 2005). Nos Estados Unidos, o suicídio é a terceira causa de morte entre jovens de 15 a 24 anos de idade, representando 12,2% de todos os óbitos nessa faixa etária (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Dados norte-americanos apontam que, no período de um ano, 14% dos estudantes das classes 9-12 apresentaram alguma ideiação suicida.

Essa pesquisa também mostrou que em um período de um ano, 11% dos estudantes já fez algum planejamento suicida, 6% já havia tentado o suicídio pelo menos uma vez e 2% exigiu atenção médica pela tentativa de suicídio (Eaton et al., 2009).

### *Avaliação do Risco de Suicídio*

O grau de confiabilidade (na avaliação) e a variabilidade (do risco) são dois critérios importantes nessa etapa. É essencial lembrar que os fatores de risco não causam o suicídio, mas são características associadas ao comportamento suicida. Esses fatores podem orientar o manejo de um paciente vulnerável.

### *Engajamento*

O engajamento é fundamental para a detecção, avaliação e manejo do risco de suicídio. O nível de engajamento deve ser levado em conta, pois reflete o grau de confiabilidade da própria avaliação de risco. Por exemplo, a falta de cooperação do paciente, associada à incapacidade do clínico de se engajar no caso, pode levar a uma avaliação pobre, com baixo grau de confiabilidade, e assim, o risco de suicídio pode ser maior do que o calculado.

O primeiro passo é o estabelecer uma aliança terapêutica. Há vários modos de fazê-la, porém, o mais importante, especialmente em um PS tumultuado, é a preocupação do profissional médico em manter contato visual e não parecer distraído ou apressado (por exemplo, em vez de realizar a entrevista em um consultório, fazê-la no ambiente de um corredor, em pé). Proporcione um ambiente calmo e seguro. Seja empático. A probabilidade de que o jovem compartilhe o seu pensamento e planejamento suicida será muito maior se ele sente o interesse e a empatia do profissional. É importante, também, que o médico esteja ciente dos seus próprios sentimentos em relação ao paciente (contratransferência). Esteja aberto para aceitar as crenças e os sentimentos dos jovens. Na maioria das culturas, o suicídio é visto de forma negativa, por isso, é importante que na avaliação de uma criança ou adolescente com risco de suicídio, o profissional apresente uma conduta imparcial, livre de julgamentos, promovendo a aliança terapêutica através de uma comunicação aberta e sincera.

Os limites da confidencialidade devem ser claramente explicados no início da avaliação. A confidencialidade deve ser mantida, a não ser que se constate o risco do paciente de agressão a si mesmo (suicídio) ou aos outros (homicídio), ou se um terceiro indivíduo o está prejudicando (maus-tratos). Essas situações permitem a quebra do sigilo médico.

### *Detecção*

A detecção consiste na avaliação dos fatores de risco pessoais, da intenção, letalidade, estado mental e informações secundárias. É importante questionar diretamente sobre ideação e planejamento suicida; isso não aumentará o risco do suicídio (Gould et al, 2005). Como mencionado acima, o engajamento é crucial na

detecção: introduza o tema delicadamente e através de perguntas inespecíficas, gradualmente, direcione seus questionamentos, por exemplo:

- Você já teve a sensação de não querer acordar e aproveitar o dia?
- Você já teve pensamentos de que você não pode continuar a viver?
- Você já pensou que seria bom ir dormir e nunca mais acordar?
- Você já pensou em dar fim à sua vida?
- Você já pensou em algum plano para acabar com a sua vida?
- Se sim, você pode me contar sobre ele?
- O quão perto você já ficou de realizar o seu plano?

*Fatores de Risco Pessoais:* O transtorno psiquiátrico é um fator de risco para o suicídio. Estudos de autópsia psicológica mostraram que, entre os adolescentes que cometeram suicídio, aproximadamente 90% tinha uma condição psiquiátrica, principalmente depressão, transtorno bipolar, uso e abuso de substâncias e transtornos de conduta (Brent et al, 1993; Shaffer & Pfeffer, 2001). A psicose na juventude também está associada a um risco elevado de suicídio, especialmente se há alucinações comandos para a realização do suicídio. A depressão, particularmente aquela com alto nível de desesperança, também está associada a um risco significativo. Por isso, outro critério importante é a avaliação do grau de desesperança. Perguntar “Você tem esperança de que as coisas irão melhorar?” pode ser útil na análise desse fator. Os pacientes que não têm esperança de que a sua condição vá melhorar são aqueles com maior risco. Perguntar sobre planos para o futuro imediato (por exemplo, o próximo fim de semana) como também para o futuro distante (após a formatura do ensino médio) pode auxiliar a determinar como os pacientes se veem no futuro. Indivíduos desorientados quanto ao futuro apresentam um alto risco de suicídio.

O planejamento do suicídio também acarreta um risco. Em contraste a isso, pensamentos passivos de suicídio têm risco mais baixo. Tentativa de suicídio recente também é um fator de risco; jovens que já tentaram o suicídio apresentam um maior risco de tentativas subsequentes. Entre as tentativas, o período de maior risco para o suicídio consumado consiste no primeiro ano após a primeira tentativa (Gould et al, 2003). Acontecimentos importantes e recentes, tais como perdas (término de um relacionamento ou demissão), humilhações (resultando em vergonha, culpa ou raiva) ou crises disciplinares, também são fatores de risco. O momento da tentativa de suicídio frequentemente está associado a um evento estressante de vida. Outros fatores de risco incluem alta recente (com menos de um mês) de internação psiquiátrica e intoxicação por álcool.

Jovens com história familiar de suicídio tem maior risco tanto para a tentativa quanto para a consumação do suicídio. Não está muito claro se esse aumento está associado a influências genéticas, ambientais ou ambas. Analisando

o fator genético, pode haver relação com a transmissão da tendência ao suicídio e de transtornos psiquiátricos, mesmo porque frequentemente esses dois fatores ocorrem juntos (Gould et al, 2003).

*Intencionalidade* se refere ao fato de a automutilação estar vinculada a desejo suicida dos jovens ou não (como nos casos de automutilação não suicida). O uso de escalas de 1 a 10 pode ser útil nos casos em que os jovens apresentam dificuldade para expressar seus pensamentos e emoções. Por exemplo, “numa escala de 1 a 10, sendo 1 nenhuma intenção de suicídio e 10 sendo a intenção definida para acabar com a sua vida, qual a probabilidade de você seguir com o seu plano suicida?” A maior parte das pessoas considera muito angustiante ter pensamentos suicidas e está mais disposta a discuti-los se é questionada sobre eles.

### *Letalidade*

Na avaliação do risco após uma tentativa de suicídio, é importante coletar uma história minuciosa dos acontecimentos que precederam a tentativa. Questionamentos sobre a letalidade incluem:

- A tentativa foi criteriosamente planejada ou foi impulsiva?
- A *ajuda* foi antecipada ou imprevista?
- Houve preparos e medidas que garantiriam a morte?
- Você acreditava que iria morrer?
- Houve conclusão de assuntos pessoais (por exemplo, planejamento para o futuro dos animais de estimação, pagamento de dívidas, despedidas, cartas e distribuição de posses)?
- Havia instrumentos letais próximos?

O profissional precisa avaliar a letalidade da tentativa, incluindo os aspectos objetivos e subjetivos. O médico tem conhecimento sobre os medicamentos potencialmente letais (paracetamol, por exemplo), já os pacientes nem sempre possuem esse conhecimento. Assim, um indivíduo pode tomar uma overdose não letal (por exemplo, de penicilina), acreditando que a medicação tenha um potencial letal. Na coleta de informações sobre as circunstâncias que envolveram a tentativa de suicídio, é importante avaliar a disponibilidade de ajuda e o potencial para abortar a tentativa. Esses dois critérios são importantes para determinar o grau de intenção.

É preferível começar com perguntas abertas, tais como “o que aconteceu para te trazer até aqui?” ou “você pode descrever o que aconteceu?”. Isso permite que os pacientes contem a sua história com suas próprias palavras. Em seguida, questione de forma mais direta para determinar os pensamentos e emoções do paciente antes, durante e depois do evento. Por exemplo (no caso de overdose):



- Como você conseguiu essas pílulas?
- O que você estava pensando e sentindo quando tomou essas pílulas?
- Onde você estava quando decidiu tomá-las?
- Quem estava lá? Você estava sozinho?
- Como você tomou as pílulas? Uma por vez? Ou tudo de uma só vez?
- O que aconteceu após ter tomado as pílulas?
- Como você se sente agora, já que não se matou?
- O que você pensa que aprendeu sobre tudo isso?
- Como você pensa que vai reagir na próxima vez?

Nos Estados Unidos, onde armas são prevalentes na população, o acesso a armas de fogo tem sido relacionado ao aumento do risco de suicídio entre os jovens. Um estudo constatou que o risco de suicídio consumado duplicou em residências que continham armas de fogo (Brent et al, 1991).

#### *Avaliação do Estado Mental*

Um estado mental de risco inclui depressão grave, alucinações de comando, delírios sobre a morte, preocupação com a desesperança, sentimentos de desvalia, raiva e hostilidade.

#### *Informações Complementares*

As informações complementares são importantes para validar as considerações dos pacientes, determinar diagnósticos e tratamentos psiquiátricos prévios e identificar comportamentos suicidas anteriores. Esses dados podem ser

obtidos através de registros médicos, relatórios da enfermagem, da polícia e de outros profissionais de saúde. As informações relatadas pela família e pelos amigos também são úteis para determinar se o comportamento é incomum, por quanto tempo as alterações comportamentais têm sido evidentes e se há suporte disponível ao paciente.

#### *Variabilidade do Risco*

A condição do risco é dinâmica e requer consecutivas avaliações. É importante identificar condições de risco altamente variáveis, assim, o clínico pode estabelecer um intervalo de segurança entre as avaliações. Intoxicação por álcool em indivíduos suicidas é um indicativo de risco variável e de baixo grau de confiabilidade da avaliação, pois os indivíduos não fornecem informações confiáveis na maioria dos casos e o álcool também promove redução do controle inibitório. Um risco altamente mutável implica a necessidade de reavaliação criteriosa (por exemplo, uma avaliação a cada 24 horas) e um manejo mais vigilante em relação à segurança.

#### *Confiabilidade da Avaliação de Risco*

A confiabilidade da avaliação de risco é influenciada por vários fatores. Os seguintes fatores indicam baixo grau de confiabilidade na avaliação:

- *Fatores do paciente:* impulsividade, abuso de drogas ou álcool, incapacidade de engajamento, falta de cooperação;
- Fatores do *ambiente* social: processo judicial iminente, divórcio com disputa pela guarda dos filhos; e
- *Fatores da avaliação clínica:* avaliação incompleta, incapacidade de obter informações complementares.

Similarmente ao risco de alta variabilidade, um grau baixo de confiabilidade na avaliação implica a necessidade de uma reavaliação criteriosa (por exemplo, dentro de 24 horas) e um manejo mais vigilante em relação à segurança e à obtenção de informações complementares.

#### ***Níveis de Risco do Suicídio e Manejo***

Após o término da avaliação, o próximo passo consiste na determinação do manejo apropriado. Casos considerados de alto risco de suicídio exigem admissão hospitalar para a manutenção da segurança. Jovens pouco cooperativos, que não desejam ser admitidos e que estão classificados como risco iminente de suicídio, podem ser admitidos involuntariamente para garantir a sua segurança (de acordo com as leis e regulamentos, o que varia entre os países). Aqueles considerados de baixo ou médio risco exigem um planejamento organizado de alta, de acordo com a opinião do paciente e de sua família, o que irá variar de pessoa para pessoa. O plano deve incluir informações escritas detalhadas sobre o seguimento, dados de contato e medicamentos (se houver). A discussão deve envolver os pais, cuidadores

e o próprio paciente, focando na criação de um ambiente domiciliar seguro com restrição ao acesso a potenciais instrumentos para suicídio (armas de fogo, medicamentos). Por fim, o plano de alta deve contemplar a orientação ao jovem e à sua família de que, se houver necessidade, eles podem voltar ao PS em qualquer momento.

Casos de alto risco geralmente envolvem vários dos seguintes componentes:

- Estado mental de risco (por exemplo, depressão grave, alucinações de comando ou delírios sobre a morte, preocupação com desesperança, sentimentos de desvalia, raiva, hostilidade).
- Tentativa de suicídio ou pensamentos suicidas (por exemplo, pensamentos contínuos e/ou específicos), evidência de intenção clara, tentativa anterior com alto grau de letalidade.
- Uso de substâncias (por exemplo, intoxicação por álcool).
- Histórico corroborativo (por exemplo, escassez de informações complementares ou relatos conflitantes).
- Potenciais e suporte (por exemplo, jovem que recusa a ajuda, falta de relacionamentos suportivos ou mesmo relacionamentos hostis).

Pacientes de alto risco necessitam de um ambiente seguro e protegido. A hospitalização involuntária só deve ser considerada se não houver alternativas adequadas e *se* (1) os pensamentos ou a intenção suicida são persistentes e intensos; *ou* (2) a tentativa é de natureza grave; *ou* (3) há evidência de transtorno mental grave. Se o paciente classificado como de alto risco foge da instalação hospitalar, deve-se tentar localizar o indivíduo e informar à polícia. Outras opções para os pacientes de alto risco incluem: internação voluntária, observação em casa (apenas se a família é capaz de fornecer vigilância 24 horas por dia e se o risco não for tão elevado) e seguimento contínuo. Planos de contingências devem ser estabelecidos para uma rápida avaliação, se ocorrer sofrimento ou agravamento dos sintomas.

Se o paciente de alto risco não é hospitalizado, uma nova reavaliação deve ocorrer dentro de 24 horas. Para um risco médio, a reavaliação deve ocorrer em uma semana. Já para o paciente de baixo risco, a reavaliação pode ocorrer em um mês. Em casos de nenhum risco evidente, é recomendável o encaminhamento para um ambulatório de saúde mental ou para o médico da família.

Deve-se ter cuidado com a alta variabilidade do risco, pois sua avaliação pode ser comprometida. Assim, é prudente que o clínico desenvolva um plano de segurança e garanta uma reavaliação dentro de 24 horas. Uma avaliação com baixo grau de confiabilidade também indica manutenção da segurança do paciente e reavaliação quando apropriado.



### **Contrato de Segurança**

Ao longo dos anos, muitos médicos têm adotado a estratégia de “contrato de segurança” ou “contrato não-suicídio” ao darem alta ao paciente com ideação suicida no PS. Não há evidências que fundamentem o uso de tais contratos, que podem ainda fornecer a falsa ideia de garantia (Garvey et al, 2009). A elaboração de um plano de segurança é muito mais realista e deve ser desenvolvido juntamente com o paciente e sua família. Basicamente, um plano de segurança lista o que o paciente concorda em fazer caso suas ideias suicidas retornem ou se agravem. Os principais componentes do plano incluem a eliminação dos facilitadores para a consumação do suicídio (por exemplo, a retirar arma de fogo e medicamentos) e os seguintes itens:

- Eliminação dos gatilhos que levam a pensamentos suicidas
- Estratégias de enfrentamento para lidar com o pensamento suicida, tais como: exercício físico, ouvir músicas, tomar banho, leitura.
- Amigos e membros da família com quem o paciente possa ligar em busca de suporte caso o sentimento suicida retorne
- Números para contato de emergências, profissionais de saúde mental ou membros dos grupos de apoio.
- Circunstâncias para o retorno ao PS.

### **Agressão e Comportamento Descontrolado**

O comportamento agressivo em crianças e adolescentes pode estar associado a uma gama de variáveis, como falta de cooperação, perda de controle, rebeldia, descumprimento de regras, hostilidade e violência. Os jovens que apresentam esse comportamento geralmente são levados ao PS por parentes, pela polícia ou por assistentes sociais. O tratamento e a contenção do jovem agressivo é uma das situações mais desafiadoras no PS. Além de uma equipe capacitada e empática, o PS deve apresentar estrutura adequada, uma equipe de segurança e uma boa relação os sistemas de aplicação das leis, justiça e de bem-estar da criança. Todos esses requisitos devem ser previamente estabelecidos, caso contrário, situações de agressão podem sair do controle e se tornarem perigosas para o paciente, para a equipe e para os outros indivíduos presentes no PS.

Os diagnósticos psiquiátricos mais comumente associados ao comportamento agressivo incluem os transtornos comportamentais disruptivos (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno opositor-desafiante e transtorno de conduta), transtornos do humor (irritabilidade associada à depressão ou mania) e abuso de substâncias (intoxicação). Outros diagnósticos relacionados à agressão são os transtornos do desenvolvimento (autismo e retardo mental), transtornos psicóticos e afecções gerais como traumatismos cranianos,



Clique na imagem para visualizar um vídeo com explicações gerais sobre o funcionamento de uma sala de emergência. (4:09)

principalmente se ocorrerem no contexto de uma família disfuncional ou sobrecarregada.

Adolescente, 14 anos, sexo feminino, foi trazida ao PS para uma avaliação de emergência. Ela se mostrou tímida e quieta. Apresentava cortes superficiais em seus braços (cerca de 50 cortes) e histórico de automutilação no último ano. No mês anterior, ela informou aos pais sobre os cortes, que ocorriam quando estava com o humor deprimido. Negou vontade de morrer. No entanto, persistiu com os cortes, que foram se tornando progressivamente mais profundos. Também relatou ser vítima de bullying no ambiente escolar e o surgimento de pensamentos intrusivos, frequentes e intensos sobre suicídio. Apesar dos sintomas, suas funções não foram prejudicadas, apresentava notas boas na escola, era perspicaz para a sua idade e afirmou que os cortes tinham o objetivo de aliviar a tensão e afastar a solidão. Descreveu dificuldades para dormir e mudanças em seu humor relacionadas a situações estressantes. O histórico familiar era significativo para depressão por parte materna. Negou uso de álcool ou outras substâncias e não apresentou sinais de intoxicação. Tinha um bom relacionamento com os pais, que a descreveram como uma “boa garota”.

Ela foi avaliada como sofrendo de automutilação deliberada e, possivelmente, com diagnóstico de depressão maior. O risco de suicídio foi considerado baixo e, assim, recebeu alta hospitalar com um encaminhamento para o ambulatório de saúde mental. Depois de seis dias, retornou ao PS após uma consulta ambulatorial, onde revelou ideias suicidas e sensação de exaustão e vontade de desistir. Sobre as ideias suicidas, foi vaga na descrição, mas negou quaisquer planejamentos. Ela se recusou a conversar com o profissional médico. Eventualmente, revelou que uma amiga morrera por suicídio no dia anterior. “Minha amiga estava sempre sorrindo e ninguém sabia porque ela nunca falava sobre isso, isto é como eu.”. Posteriormente, a paciente foi internada, voluntariamente, na unidade de internação psiquiátrica para adolescentes devido ao alto risco de suicídio.

No PS, a prevenção da piora do comportamento agressivo envolve várias medidas, incluindo a presença da equipe de segurança, detectores de metal, quartos de isolamento e a conscientização da equipe sobre a detecção precoce de situações potencialmente violentas. A previsão da violência ou agressão é muito difícil, mesmo para os médicos mais experientes.

A infraestrutura do PS é essencial para o manejo dos pacientes violentos ou agressivos. É recomendado que haja uma sala de observação com móveis especialmente projetados para não serem atirados (devem ser fixos ao chão), câmera com conexão para a sala de enfermagem ou estação de segurança com monitores, portas de saída que permitem a passagem rápida da equipe e alarmes de coação.

O manejo de uma situação que envolva violência ou perda do controle deve inicialmente envolver técnicas verbais de apaziguamento. As estratégias para lidar com essas situações incluem:

- Proporcionar ao indivíduo o maior espaço possível
- Não bloquear as saídas e deixar a porta do quarto aberta
- Manter-se entre o paciente e a porta
- Falar com o indivíduo de forma simples e honesta
- Ouvir o paciente; ser empático.
- Falar devagar e calmamente

- Oferecer opções, tanto quanto possível
- Oferecer comida e bebida
- Não confrontar o paciente
- Evitar contato visual direto e movimentos bruscos
- Permanecer pelo menos um braço de distância do paciente
- Estabelecer limites (“Eu estou aqui para ajudá-lo com seus problemas, mas não posso permitir que você continue com esse comportamento hostil”)
- Tentar, o quanto for possível, responder positivamente aos pedidos do paciente (“Claro que você pode comer algo, mas primeiro vamos...”)
- Evitar críticas ou discussões com o paciente
- Não interromper
- Evitar responder de modo ofensivo
- Não levar para o lado pessoal o comportamento agressivo do paciente.

Se os pacientes não responderem às técnicas verbais, a contenção química (também chamada de tranquilização rápida) pode ser necessária. Restrições química ou física só devem ser usadas se a criança ou o adolescente se apresentarem com tentativas de agressão a si mesmo ou aos outros. O consentimento dos pais deve ser obtido, quando possível. Na etapa inicial, os medicamentos são oferecidos por via oral. A via intramuscular só deve ser utilizada como último recurso.

Depois de uma longa viagem para o Líbano, uma garota de 15 anos, canadense com descendência libanesa, enfrentou problemas de reajuste no seu retorno para casa (sua atual escola tem poucos estudantes de descendência não-canadense e ela se sente “deslocada”). Os pais notaram uma mudança significativa em seu comportamento, levando ao surgimento de conflitos entre os pais e a filha. A jovem apresentou comportamentos de alto risco, tais como: passar a noite fora de casa e faltar a escola. Além disso, se tornou desafiante e desrespeitosa, e contra a vontade dos pais, começou a visitar uma comunidade com grande representação libanesa. Isto resultou em várias visitas ao PS, com seus pais sobrecarregados, insistindo que a filha era “doente mental”. Em uma ocasião, a jovem assaltou a própria mãe, sendo acusada legalmente e convidada a se retirar de casa. A adolescente foi incapaz de obedecer às regras da casa do vizinho, onde tinha sido provisoriamente realocada. Comportamentos agressivos culminaram em mais visitas ao PS com reuniões exaustivas com a família e tentativas de contornar a situação.

Enquanto esperava a próxima consulta no ambulatório de saúde mental, o médico da família prescreveu risperidona como um tratamento para a agressividade impulsiva. Posteriormente, após uma briga com a mãe, a jovem entrou em um ônibus e ingeriu cerca de 10 comprimidos de risperidona. Desenvolveu palpitações, assustou-se e chamou a mãe, que a levou de volta ao PS, onde foi submetida a monitorização e observação durante a noite. Na manhã seguinte, ela disse ao profissional médico que não tinha intenção de se matar. A hospitalização foi oferecida, mas recusada. No entanto, a jovem se tornou mais cooperativa e concordou em iniciar o planejamento de segurança, com realocação temporária para a casa de um membro da família e observação constante. Ela foi encaminhada para o seguimento em um ambulatório de saúde mental.

Três classes de medicamentos podem ser usadas para a contenção química: benzodiazepínicos, antipsicóticos típicos e atípicos. Em crianças e jovens, é tendência evitar antipsicóticos típicos de alta potência, como o haloperidol, devido ao alto risco de distonia aguda, especialmente em jovens meninos. Já os benzodiazepínicos, tais como o lorazepam, podem ser usados, mas há risco de reações paradoxais em crianças e jovens, intensificando a agitação.

Embora não haja um consenso ou evidência sistemática, a grande maioria dos profissionais concorda que a melhor escolha de medicação para a contenção química nesses pacientes seja a classe dos antipsicóticos atípicos, como a olanzapina ou ziprasidona.

Contenções química e física devem ser o último recurso. Equipes treinadas para a contenção física podem ser necessárias se o risco de dano iminente ao paciente ou à equipe estiver presente. A restrição física deve ser usada pelo menor intervalo de tempo necessário para a tranquilização do paciente. Pacientes em contenção física devem ser monitorados constantemente para garantir que não se machuquem e para determinar o melhor momento de remover a contenção.

### **Conflitos Entre Pais e Filhos**

Os conflitos entre pais e filhos podem assumir diversas formas e ocorrer por vários motivos. Sem recursos ou habilidades para a resolução desses conflitos, os pais podem recorrer ao PS, quando a situação foge do controle. As queixas incluem dificuldades na implementação da disciplina, discussões repetidas, desobediência, frustração, raiva e, em casos extremos, violência.

Situações conflitantes entre pais e filhos podem emergir em qualquer idade, porém na adolescência esses conflitos tendem a se intensificar. A busca dos adolescentes por independência e autonomia pode se opor diretamente aos desejos dos pais pelo controle sob as ações e comportamentos de seus filhos. Emergências costumam ocorrer após crises disciplinares ou legais, resultando na perda do controle pela criança e comportamentos agressivos consigo mesma ou com os outros, em um contexto de problemas crônicos que podem ser de longa data.

O profissional médico deve compreender o cerne do conflito, através de entrevistas com as crianças e com os pais, separadamente ou em conjunto, tendo em mente em que a hostilidade e emoção estarão presentes em ambos os lados, e que deverão ser contidas. A compreensão da problemática é crucial para a colaboração com soluções temporárias. Isso exigirá que o pai e o filho permaneçam na mesma sala, o que pode ser útil para enfatizar que a arte de negociar e estabelecer acordos é aprendida dentro de casa e que os pais devem estar preparados para ensinar isso aos seus filhos, conforme forem se desenvolvendo. A determinação da causa subjacente do conflito pode ser difícil e o motivo presente geralmente é um sintoma em meio a problemas crônicos de maiores dimensões.

O objetivo no PS é verificar se há algum transtorno físico ou mental associado e acalmar a situação, garantindo que a criança retorne segura para a casa ou para outro ambiente seguro. O planejamento da alta deve incluir encaminhamentos, através de recursos disponíveis na comunidade, para terapia em família e treinamento das habilidades parentais, objetivando o desenvolvimento de estratégias de comunicação e resolução de problemas de forma mais eficaz. Conflitos entre pais e filhos afetam toda a estrutura familiar e, idealmente, a resolução do conflito deve envolver todos os membros da família.

### **Transtornos de Adaptação**

Transtornos de adaptação são uma causa frequente de ida de crianças e jovens ao PS. Por definição, tais transtornos são reações a um estressor específico que vão além da reação normal esperada ou causam prejuízo funcional significativo. A morte de um ente querido, mudança para uma nova cidade ou nova escola, bullying, ruptura de um relacionamento amoroso e desempenho escolar ruim são apenas alguns exemplos de eventos desencadeadores de transtornos de adaptação em jovens vulneráveis. A avaliação deve incluir uma discussão sobre eventos estressores recentes que precipitaram o comparecimento no PS. Apesar de não apresentarem critérios suficientes para um episódio depressivo maior, pacientes com transtornos de adaptação podem apresentar um risco significativo para suicídio, por isso, é sempre importante o rastreamento do risco. Se não houver indicação para a admissão do paciente (por exemplo, baixo risco de suicídio), a conduta deve abordar um planejamento de alta com encaminhamento para seguimento ambulatorial.

### **Abuso**

Maus tratos na infância podem assumir diversas formas, incluindo negligência e abusos verbais, físicos e sexuais (ver Capítulo B.3). Por manter um alto nível de suspeição, o médico do PS é bem preparado para detectar maus-tratos à criança. A consulta com uma equipe de proteção à criança, se disponível, pode ser de inestimável valor para a tomada de decisões relativas à criança abusada.

A paciente é uma garota de 16 anos de idade que vive juntamente com a sua mãe. Ao longo dos últimos dois meses, ela apresentou sintomas depressivos caracterizados por choro e sono conturbado. A paciente e sua mãe foram despejadas do seu apartamento quatro meses atrás, e tiveram que passar várias semanas em um abrigo. Elas já tinham encontrado um apartamento para alugar, mas a paciente estava preocupada que poderia ser expulsa de casa por sua mãe, porque ela completou 16 anos recentemente e sua mãe fizera comentários sobre a necessidade de, eventualmente, encontrar um emprego e cuidar de si mesma. Em diversos momentos, elas não tinham dinheiro para comprar alimentos. A paciente e sua mãe brigavam constantemente e ela abandonou a escola, pois o ambiente domiciliar seria muito estressante para se concentrar nos estudos. A mãe a levou ao PS, afirmando preocupação pelo estado depressivo e abstenção escolar da filha, a qual passava a maior parte do dia isolada em seu quarto. A jovem negou ideias suicidas. Foi diagnosticada com transtorno de adaptação associado a humor deprimido, sendo encaminhada para seguimento no ambulatório de saúde mental.

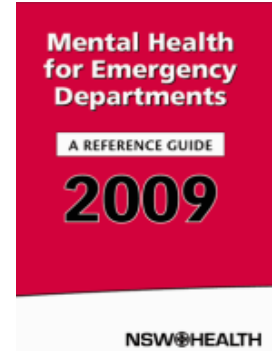
A maioria dos países tem requisitos legais em relação as notificações de suspeitas de abusos de crianças para as autoridades, o que deve ser feito de acordo com a legislação local.

### Situação de Rua

Jovens desabrigados geralmente se apresentam no DE com sintomas de transtornos mentais e muitas vezes são levados pela polícia devido a comportamentos arriscados. É importante adotar uma postura imparcial, receptiva e empática na avaliação de qualquer jovem, mas especialmente com os jovens desabrigados, pois eles já se sentem julgados de forma negativa. Sua aparência pode ser desanimadora: sujos, descabelados, tatuados e repletos de piercings. Nos Estados Unidos e em outras nações desenvolvidas, jovens desabrigados geralmente já frequentaram orfanatos ou abrigos e experienciaram diferentes níveis de disfunção familiar. Na maioria dos casos, eles abandonaram a casa por vontade própria ou devido a conflitos e abusos, não frequentavam a escola e se envolveram no uso de álcool e outras drogas, ou em atividades delinquentes. Eles têm uma rede de apoio frágil, que consiste basicamente em outros jovens desabrigados com histórico e comportamento semelhantes. Em contraste, jovens desabrigados de outras partes do mundo, em especial países de baixa renda, ficam assim muitas vezes devido à pobreza, fome, guerra ou instabilidade política. Nessas situações, geralmente os jovens desabrigados estão acompanhados de sua família (ver Capítulo J.4).

Um recente estudo alemão analisou a prevalência dos transtornos psiquiátricos entre jovens desabrigados e constatou que 80% dos indivíduos participantes apresentaram algum transtorno psiquiátrico (Aichorn et al, 2008). O diagnóstico mais comum foi abuso e dependência de substâncias (65%). Outros diagnósticos incluíram transtornos do humor, transtornos de ansiedade e alimentares. Mais da metade apresentou histórico de automutilação e 25% relatou, pelo menos, uma tentativa de suicídio. Esse estudo também revelou que quanto maior o tempo desabrigo, maior é a propensão para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e que jovens desabrigados tendem a se envolver mais em comportamentos de maior risco, quando comparados aos jovens da população em geral (Milburn et al, 2006). Tais comportamentos de alto risco incluem furto, prostituição, uso de drogas, múltiplos parceiros sexuais e envolvimento com gangues.

Estabelecer o *rapport* é extremamente importante para que se obtenham informações precisas e verdadeiras sobre o jovem; sente-se, mantenha contato visual, seja calmo e empático. A abordagem deve incluir uma avaliação do risco de suicídio e homicídio, bem como uma avaliação do estado de saúde física. É necessário explorar a situação de vida do paciente e fornecer informações sobre moradia, suporte profissional, auxílio financeiro e educacional. Encaminhamento ao serviço social e para acompanhamento ambulatorial em saúde mental também



Clique na imagem para acessar o guia de Saúde Mental no Departamento de Emergência (não especificado para os jovens) produzido por NSW Health, Sídney Austrália.

estão indicados, embora o seguimento geralmente apresente taxas baixas de comparecimento.

## AVALIAÇÃO MÉDICA DO PACIENTE DE SAÚDE MENTAL NO PS

Antes de conduzir um atendimento de urgência em saúde mental, devem-se descartar, inicialmente, transtornos mentais decorrentes de doenças clínicas. Jovens com transtornos mentais também podem ser acometidos por doenças físicas agudas não relacionadas à sua condição de base. Complicações do transtorno psiquiátrico ou de seu tratamento podem apresentar uma elevada morbimortalidade, se não forem detectadas e tratadas precocemente.

### Overdose

A overdose de drogas representa cerca de um quarto de todos os suicídios. Em muitos países, a overdose intencional de medicamentos é a apresentação mais frequente de autoagressão no PS. Grande parte dos países têm centros de toxicologia que devem ser contatados para determinar o manejo específico, de acordo com a substância ingerida. Paracetamol e salicilatos serão discutidos aqui porque são drogas facilmente disponíveis e amplamente utilizadas em overdose. Os antidepressivos tricíclicos também são analisados, pois, nessa situação, o profissional médico deve apresentar um plano traçado para o manejo e compreender a ameaça grave para a vida.

### Salicilatos

Os salicilatos são amplamente utilizados por suas propriedades analgésicas e antipiréticas e podem ser comprados sem receita médica. A intoxicação leve é resultado da ingestão aguda de 150 mg/kg de ácido acetilsalicílico. Já as intoxicações graves ocorrem com doses de 300 a 500 mg/kg. O salicilato mais potente que pode ser adquirido sem receita médica é o óleo de gaultéria. Cada cinco mililitros contém o equivalente a 7,5 g de ácido acetilsalicílico (Olson et al, 2007). Uma gota de óleo de gaultéria pode ser fatal em uma criança e é uma ameaça significativa para a vida do paciente com overdose intencional. Salicilatos, em overdose, podem levar a graves transtornos metabólicos e respiratórios. Os mecanismos primários de toxicidade são:

- Estimulação do centro respiratório levando à *alcalose respiratória*.
- Aumento da *taxa metabólica* pela disjunção da fosforilação oxidativa.
- *Acidose metabólica* através da inibição do metabolismo dos lipídios e dos carboidratos, a qual se manifesta clinicamente com taquicardia, taquipneia, hipoglicemia e febre.

- Destruição dos hepatócitos
- Inibição plaquetária

Vômitos podem ocorrer na fase inicial após a ingestão. Em seguida, os pacientes relatam zumbidos, crises graves de taquipneia, letargia e hipertermia. A apresentação clínica progride com o passar do tempo e pode evoluir para convulsões, coma, edema pulmonar, culminando em colapso cardiovascular (Olson et al, 2007). No desconhecimento da história de ingestão de salicilato, a overdose intencional deve ser fortemente suspeitada na associação de alcalose respiratória e acidose metabólica. Nessa situação, níveis séricos de salicilato, glicemia, gasometria, eletrólitos, hemograma e coagulograma (tempo de tromboplastina parcial / INR) são os exames que devem ser solicitados. Se a sintomatologia clínica sugerir, a radiografia de tórax pode ser útil para avaliar a presença de edema pulmonar.

O carvão ativado é indicado nos casos com até uma hora da ingestão de salicilato. A segunda dose deve ser considerada se o produto ingerido apresenta revestimento ou liberação contínua.

A monitorização intensiva é necessária e o tratamento deve ser adaptado de acordo com as possíveis complicações. O pilar da terapia consiste na alcalinização da urina. A decisão sobre o início do tratamento com bicarbonato baseia-se na presença dos sintomas, independentemente do nível sérico de salicilato. O bicarbonato atua aumentando a excreção urinária de salicilato através do aprisionamento iônico. O objetivo da terapia é a manutenção do pH urinário entre 7,5 a 8 e do fluxo de decorrente do desacoplamento da urina de 1 ml/kg/hora. Um bolus único IV de 1-2 mEq/kg de bicarbonato de sódio (NaHCO<sub>3</sub>) é administrado seguido de uma infusão de 5% de glicose (D5) com NaHCO<sub>3</sub> e 20-40 mEq/L de cloreto de potássio (KCl). A análise meticulosa da excreção urinária, do pH sérico e urinário, do nível sérico de potássio, do estado mental e da condição pulmonar deve ser realizada periodicamente.

Cuidados que devem ser tomados para lidar com possíveis complicações da overdose de salicilato:

- Suporte das vias aéreas com ventilação mecânica, se necessário
- Manejo da hipertermia com resfriamento externo
- Manejo das convulsões com benzodiazepínicos
- Reposição do déficit hídrico com solução cristaloide
- Correção da hipocalemia (em pacientes que não se apresentam anúricos)
- Tratamento da hipoglicemia com glicose



A hemodiálise é recomendada para pacientes com acidose refratária, transtorno eletrolítico severo, toxicidade grave do SNC ou agravamento clínico, apesar da alcalinização urinária. O estado clínico do paciente deve ser o fator mais importante a ser considerado na decisão da hemodiálise, mas alguns estudos sugerem que níveis séricos de salicilato maiores que 1.000 mg/L são uma indicação adicional (Olson et al, 2007).

### ***Paracetamol***

Atualmente, overdoses com analgésicos (acidentais e intencionais) tem a maior taxa de incidência na população, dentre todas as causas de overdose (Bronstein et al, 2010). O paracetamol pode produzir efeitos tóxicos com uma única ingesta superior a 200 mg/kg. O fígado é o principal órgão acometido. A toxicidade ocorre quando a produção de -acetil-p-benzo-quinona imina (NAPQUI) pelo citocromo P450 excede a capacidade de desintoxicação (Dart et al, 2006). A NAPQUI, por sua vez, apresenta um efeito citotóxico direto sobre os hepatócitos. Se o paciente possui menos de duas horas de exposição, está indicada a administração de carvão ativado. Os níveis séricos de paracetamol, AST e ALT são necessários a partir de um intervalo mínimo de quatro horas pós-exposição e devem ser traçados no nomograma de Rumack-Matthew. Se a exposição se encontra no limite tóxico, foi demonstrado que a n-acetilcisteína pode ser útil para diminuir a mortalidade e o dano hepatocelular (Dart et al, 2006). Ambas as formas, oral e endovenosa, da acetilcisteína estão disponíveis e apresentam eficácia comparável (Perry e Shannon, 1998).

### ***Antidepressivos Tricíclicos***

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) apresentam uma taxa de mortalidade global de 6% (Eyer et al, 2009). É recomendável consultar imediatamente o centro de toxicologia regional e a unidade de terapia intensiva nos casos de overdose com tricíclicos. O carvão ativado deve ser administrado se o paciente chegar ao PS dentro de uma hora após a ingestão. A overdose de ADTs deve ser suspeitada em pacientes que apresentam síndrome tóxica anticolinérgica, tais como disfunções cardíaca e neurológica. O mnemônico para a síndrome tóxica anticolinérgica é facilmente lembrado: *“Quente como uma lebre, cego como um morcego, seco como um osso, vermelho como uma beterraba, louco como um chapeleiro”*.

Alterações nos sinais vitais são variáveis, dependendo do estado do paciente e pode incluir extremos de hipertensão ou hipotensão. Taquicardia e hipertensão arterial são comumente vistos e resultam da inibição da recaptação das catecolaminas. A hipotensão arterial é geralmente leve e decorre do bloqueio periférico dos receptores alfa-adrenérgicos, levando à vasodilatação e hipotensão. A hipotensão geralmente pode ser controlada com a posição de Trendelenburg ou a infusão de *bolus* de cristalóide (Olson et al, 2007).

A *cardiotoxicidade direta* e perturbações da condução cardíaca ocorrem através da inibição dos canais rápidos de sódio e dos efeitos depressores na

membrana. O método essencial de investigação é o eletrocardiograma. *Alargamento do QRS maior do que 100ms é a melhor correlação clínica para o grau de severidade tóxica* (Braden et al, 1986). O atraso na repolarização é evidenciado pelo alargamento do QRS, como também pelo prolongamento dos intervalos QT e PR. O paciente está em risco para ectopias ventriculares, incluindo fibrilação ventricular, taquicardia ventricular ou assistolia. A associação de acidose mista (respiratória e metabólica) aumenta ainda mais a probabilidade de arritmias cardíacas. O bicarbonato de sódio 1-2 mEq / kg atua revertendo o efeito depressivo na membrana e o bloqueio do canal de sódio e está indicado quando o prolongamento do QRS é maior do que 100 milissegundos. Arritmias cardíacas específicas devem ser tratadas de acordo com os protocolos da [American Heart Association](#). A procainamida deve ser rigorosamente evitada em overdose com antidepressivos tricíclicos, pois seu mecanismo de ação pode exacerbar a cardiotoxicidade.

As manifestações neurológicas da overdose de ADTs evoluem progressivamente após a ingestão do medicamento. Inicialmente, os pacientes apresentam agitação significativa, mas podem progredir rapidamente para um nível de consciência profundamente alterado, com perda do reflexo das vias aéreas. Como 2 a cada 3 pacientes que apresentam overdose ingeriram diversas substâncias, o tratamento empírico inclui naloxone e glicose. A parada respiratória e a perda do reflexo das vias aéreas podem ocorrer abruptamente. O profissional médico deve se antecipar e estar preparado para a intubação precoce no manejo da overdose por tricíclicos.

Convulsões ocorrem em 20% dos pacientes com overdose por tricíclicos. O manejo inicial deve incluir um benzodiazepínico. No entanto, o tratamento de segunda linha envolve bloqueio neuromuscular com um agente não-despolarizante para a prevenção de hipertermia e rabdomiólise (manifestações associadas a um ataque convulsivo prolongado). O monitoramento eletroencefalográfico contínuo é necessário quando o paciente está paralisado e ventilado, para a avaliação dos sinais de atividade de convulsão cerebral (Olson et al, 2007).

### **Automutilação**

A automutilação é um complexo grupo de comportamentos resultantes da destruição deliberada do tecido corporal. É um comportamento comum entre jovens sem intenção suicida e está associado a condições orgânicas, psicológicas e psiquiátricas. As manifestações mais frequentes de automutilação incluem cortes ou queimaduras no braço ou na região do punho. Além de uma avaliação criteriosa para o risco de ideação suicida e para a presença de outros transtornos psiquiátricos, o manejo também envolve a limpeza e a sutura das feridas. O paciente deve ser abordado de forma imparcial. O estado vacinal para o tétano deve ser documentado e atualizado, se necessário. O paciente deve ser informado sobre os riscos de transmissão do HIV e hepatite na partilha de navalhas ou outros objetos pontiagudos destinados para a automutilação (Dallam, 1997).

## **Intoxicação**

Adolescentes intoxicados consistem em um problema crescente no PS. Na intoxicação, as habilidades de percepção, coordenação e julgamento estão alteradas. Isso coloca os jovens em situações de alto risco para lesões, assim, um exame físico cuidadoso e completo se faz necessário para descartar injúrias coexistentes. A ingestão de uma substância conhecida não deve impedir que o profissional médico considere outros diagnósticos diferenciais. Traumatismos cranianos ou agressões físicas certamente podem coexistir em pacientes intoxicados com alterações no nível de consciência.

A maioria das intoxicações é tratada de forma conservadora. O manejo visa estabilizar os sinais vitais e controlar os possíveis efeitos colaterais, como, por exemplo, a agitação. É uma prática padrão dosar os níveis sérios de paracetamol, ácido acetilsalicílico e etanol em pacientes com ingesta conhecida. A triagem urinária de amplo espectro para drogas é raramente utilizada, sua indicação é reservada para casos específicos.

Taxas epidemiológicas sobre o uso de drogas ilícitas variam de acordo com a localidade e com a época. O [Instituto Nacional de Abuso de Drogas](#) fornece informações oportunas na emergência sobre as tendências do uso de drogas ilícitas em diversos centros americanos, o que pode ser diferente em outros países. Apesar das diferenças epidemiológicas de cada país, o profissional médico deve reconhecer e tratar a ingestão de álcool, cocaína, fenciclidina (PCP), opioides, ecstasy, quetamina e ácido *gama*-hidroxibutírico (GHB).

### ***Etanol***

A intoxicação por etanol geralmente se apresenta com fala escandida (arrastada), julgamento comprometido e perda das habilidades motoras finas. Concentrações sanguíneas significativamente elevadas podem levar à depressão respiratória e do SNC, culminando na perda dos reflexos protetores e óbito (ver também Capítulo G.1). Nos pacientes levemente comprometidos, a rotina laboratorial inclui apenas a detecção do nível sérico de glicose. Contudo, um acometimento mais importante geralmente é investigado com glicemia, gasometria, ânion gap e nível sérico de etanol. Lesões ocultas e ingestão de outras substâncias devem ser investigadas. O manejo é basicamente de suporte.

### ***Metanol***

A ingestão de metanol e etilenoglicol apresenta uma alta taxa de morbimortalidade. Inicialmente, o quadro clínico é indistinguível da intoxicação clássica por etanol. No entanto, com a metabolização dessas duas substâncias, a formação dos seus produtos pode levar à acidose metabólica. Além da profunda acidose metabólica associada à ingestão de metanol, o seu metabólito (ácido fórmico) promove danos em diversos órgãos, especialmente nos olhos. *A ingestão de metanol pode causar cegueira.*

O acúmulo de ácido glioxílico, produto do metabolismo do etilenoglicol, apresenta uma progressão sintomatológica, começando com hiperventilação após 12 horas da ingestão e evoluindo com arritmias e insuficiência renal. Na intoxicação por metanol ou etilenoglicol, acidose metabólica está associada a um anion gap alargado. Os níveis de metanol e etilenoglicol nem sempre estão disponíveis imediatamente. Se o acesso aos níveis séricos é limitado, o tratamento empírico com fomepizol não deve ser adiado. Um quadro grave de acidose metabólica deve ser tratado com infusão de bicarbonato. O ácido fólico 1 mg/kg deve ser administrado nos casos de ingestão de metanol, enquanto a tiamina e a piridoxina são indicadas nas ingestões de etilenoglicol. Esses regimes de tratamento promovem diminuição da produção e aumento da eliminação dos metabólitos tóxicos.

No passado, a infusão de etanol era amplamente utilizada no tratamento de intoxicações por metanol e etilenoglicol. A premissa se baseia no fato de que o etanol atua como antagonista competitivo para essas duas substâncias. Os graves efeitos colaterais da depressão respiratória e do SNC causados pelo etanol tornam essa prática obsoleta, já que há ampla disponibilidade do fomepizol.

### ***Cocaína***

A cocaína é uma droga simpaticomimética que promove o aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da temperatura. Os pacientes intoxicados com cocaína se apresentam agitados, com intensa atividade motora e tem um risco elevado de rabdomiólise. A morbidade a longo prazo associada à cocaína não é decorrente apenas da sua alta taxa de dependência, como também das sérias complicações cardíacas e nervosas relacionadas ao uso da substância. Tais complicações incluem infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e hemorragias cerebrais. O tratamento é de suporte e dirigido para as possíveis complicações. Geralmente, benzodiazepínicos são recomendados para o controle da agitação. Medidas adjuvantes para controle da hipertermia ou das complicações cardíacas são utilizadas de acordo com a necessidade.

### ***Fenciclidina (PCP)***

A fenciclidina (PCP ou pó-de-anjo) pode ser utilizada por via oral, endovenosa ou intranasal e é frequentemente misturada a outras drogas, como a maconha. A PCP apresenta propriedades simpaticomiméticas e dissociativas. O manejo envolve cuidados de suporte. Restrições físicas podem ser necessárias em pacientes com severa agitação psicomotora. Labilidade emocional extrema ou transtornos comportamentais também podem ser controlados com benzodiazepínicos ou um antipsicótico atípico, tal como a olanzapina.

### ***Opioides***

A overdose por opioides é facilmente reconhecida através das pupilas puntiformes, depressão respiratória e alteração do estado mental. Naloxone, um

antídoto efetivo, rapidamente normaliza os efeitos da overdose. O tratamento de suporte, incluindo o manejo da depressão respiratória, deve ser antecipado.

### ***Ecstasy***

Ecstasy é uma droga estimulante e alucinógena. Não há antídoto específico disponível para o tratamento da overdose por ecstasy. O tratamento visa normalizar o estado de hidratação, controlar a agitação (por meio de benzodiazepínicos) e tratar complicações específicas, incluindo a hipertensão, hipertermia e rabdomiólise.

### ***Quetamina***

A quetamina é uma droga recreativa utilizada pelas suas propriedades dissociativas. Os usuários geralmente apresentam taquicardia, hipertensão, nistagmo e alteração do estado mental. Na condição de overdose, a quetamina pode levar à hipertermia, convulsões e depressão respiratória. O tratamento é de suporte com uso ocasional de benzodiazepínico, se necessário.

### ***Ácido gama-hidroxibutírico (GHB)***

GHB é um ansiolítico e sedativo. Pacientes com overdose podem apresentar depressão respiratória e do sistema nervoso central. O manejo é direcionado para as complicações já citadas.

### **Síndrome Serotoninérgica**

A síndrome serotoninérgica é uma complicação frequente do uso de medicações antidepressivas, especialmente em combinação com outros fármacos. As manifestações incluem um largo espectro de gravidade clínica. Os casos leves podem se manifestar com diarreia, inquietação e ansiedade e frequentemente são sobrepostos ao diagnóstico subjacente do paciente. Entretanto, a falha no reconhecimento dos sintomas precocemente e um consequente aumento inadequado na dosagem do antidepressivo (por exemplo, inibidores da recaptação de serotonina) podem agravar o quadro clínico.

A tríade sintomatológica da síndrome envolve: alterações do estado mental, hiperatividade autonômica e anormalidades neuromusculares. Em relação à hiperatividade autonômica, a síndrome apresenta:

- Taquicardia
- Hipertensão
- Hipertermia
- Midríase
- Diaforese
- Ruídos intestinais hiperativos
- Tremores

Já no início do quadro, os pacientes podem apresentar tremores. Outros sinais de acometimento neuromuscular, geralmente mais pronunciados nas extremidades inferiores, são hipertonias musculares e mioclonias. *Clonus* oculares também têm sido relatados em casos de síndrome serotoninérgica. Os afetados pela síndrome se apresentam agitados e têm discursos acelerados.

O manejo desses pacientes depende da gravidade clínica. Casos leves podem ser tratados de forma conservadora com a administração de benzodiazepínicos (por exemplo, diazepam). A restrição física deve ser evitada: uma maior atividade muscular agrava a hipertermia e a rabdomiólise. Jovens ou crianças com hipertermia importante ( $> 41,1\text{ C}^\circ$ ) devem ser paralisados, intubados e ventilados. A escolha da substância com ação paralítica é limitada a um agente não-despolarizante (vecurônio), utilizado para a prevenção da atividade muscular e consequente elevação da temperatura. *A succinilcolina deve ser evitada* nessa situação, pelo risco de rabdomiólise, hipercalemia e arritmia cardíaca subsequentes. A terapia com antagonistas serotoninérgicos pode ser útil para o controle da síndrome. Outros agentes com atividade antagonista para o 5-HT<sub>2A</sub>, como a olanzapina, também podem ser eleitos para o manejo dos sintomas graves. É fundamental que a droga agressora tenha o uso descontinuado (Boyer, 2011).

### **Sintomas Extrapiramidais Agudos**

Sintomas extrapiramidais agudos são referentes a uma gama de transtornos do movimento que ocorrem durante o uso de medicamentos bloqueadores do receptor dopaminérgico. Vários medicamentos estão associados: anti-eméticos (metoclopramida), bloqueadores dos canais de cálcio, antagonistas dos canais de cálcio (flunarizina) e antipsicóticos. Os antipsicóticos atípicos, em contraste com os antipsicóticos mais antigos, apresentam uma taxa inferior, mas ainda persistente, de incidência dos sintomas extrapiramidais (Dayalu & Chou, 2008).

A sintomatologia extrapiramidal pode ser dividida em síndromes agudas e tardias. Em relação às síndromes agudas, têm-se:

- Distonias agudas
- Pseudoparkinsonismo
- Acatisia

As *distonias* têm como causa o desequilíbrio no balanço entre os sistemas dopaminérgico e colinérgico. Aproximadamente metade das distonias agudas ocorre nas primeiras 48 horas de uso do medicamento (van Harten et al, 1999). Os pacientes acometidos com reações distônicas agudas geralmente apresentam movimentos corporais de torção, repetitivos ou anormalidades na postura. A atividade muscular é intensamente dolorosa. A maioria das distonias envolve a face, pescoço e garganta e é representada por síndromes clínicas tais como a crise oculogírica, opistótono, trismo e torcicolo.

A administração imediata de benztropina 1 a 2 mg ou difenidramina 2550 mg, por via intramuscular ou endovenosa, resultará na recuperação rápida do paciente. O tratamento pode ser repetido em intervalos de 30 minutos. A prescrição médica deve reavaliar a escolha do antipsicótico ou incluir o uso concomitante de alguma medicação anticolinérgica.

O *laringoespasma* é considerado a reação distônica aguda mais grave. Há risco iminente de vida quando o espasmo completo da musculatura das cordas vocais resulta no fechamento total da glote. O estridor, geralmente, é a manifestação inicial e o quadro evolui progressivamente para a obstrução completa das vias aéreas, exigindo reconhecimento e tratamento precoce pela equipe médica. É uma complicação extremamente rara do uso de antipsicóticos e pode ser reconhecida pelo pânico do paciente que está incapaz de respirar. O manejo inicial atua na ventilação com pressão positiva, com o objetivo de reverter a obstrução. A administração imediata de um anticolinérgico (benztropina 0.5-2mg IM/IV ou difenidramina 25-50mg IM/IV) é recomendada. Se a saturação de oxigênio continua a cair, a administração de um relaxante muscular é útil para facilitar a ventilação com pressão positiva (Miller et al, 2009). O relaxante de escolha em uma situação de emergência é a succinilcolina 4-5 mg IM (quando o acesso endovenoso não estiver disponível de imediato). É importante ressaltar que o paciente acometido com reação distônica aguda exigirá terapia oral com anticolinérgicos por no mínimo quatro semanas após a alta.

A apresentação do *pseudoparkinsonismo* inclui, pelo menos, um dos seguintes sintomas: bradicinesia, rigidez, tremores ou instabilidade postural. O tremor ocorre no repouso e desaparece com o movimento. A rigidez é definida como aumento da resistência ao se deslocar um membro, pescoço ou tronco através de movimentos passivos. A chamada rigidez em “roda denteada” geralmente se apresenta em extremidades superiores à medida que um músculo é estirado em torno de uma articulação, ocorrendo uma resistência rítmica, similar a uma catraca, que interrompe o movimento harmonioso habitual da articulação. As características da bradicinesia mais associadas ao uso dos antipsicóticos são a falta de expressão facial e comprometimento da coordenação fina. A instabilidade postural pode ser detectada pelo acometimento dos reflexos normais de equilíbrio em um desafio de postura. O pseudoparkinsonismo é uma reação intermediária que pode ocorrer alguns meses após o início do tratamento. A sintomatologia apresenta melhora gradual após a interrupção do uso dos antipsicóticos, mas a resolução completa pode levar semanas ou até meses (Dayalu & Chou, 2008). Além da remoção do agente causador (antagonista dopaminérgico), a rigidez em “roda denteada” geralmente é aliviada com a administração oral de anticolinérgicos.

A *acatisia* pode ser reconhecida clinicamente por inquietação psicomotora, incapacidade de sentar e movimentos motores repetitivos. Os pacientes relatam uma sensação de inquietação interior e ansiedade. O risco de acatisia é muito elevado com o uso de antipsicóticos típicos (20-40%) e é marcadamente menor em

comparação com os antipsicóticos atípicos. O manejo pode ser complexo. O primeiro passo deve ser a redução da dosagem do antipsicótico ou mudança da medicação. O uso de betabloqueadores, anticolinérgicos e anti-histamínicos pode ser considerado.

### **Intoxicação Por Lítio**

Apesar de ser usado há mais de 60 anos, o mecanismo de ação do lítio ainda permanece obscuro. Efeitos significativos a longo prazo incluem ganho de peso, comprometimento da tireoide, insuficiência renal, *diabetes insipidus* e déficits cognitivos (Waring et al, 2006). O espectro dos efeitos tóxicos depende do contexto clínico:

- Intoxicação aguda em um indivíduo que não faz uso habitual de lítio
- Intoxicação aguda no uso crônico
- Intoxicação crônica (geralmente ocorre como resultado do monitoramento ineficaz e não será discutido aqui).

*A intoxicação aguda durante o uso crônico é preocupante porque a meia-vida do lítio é significativamente prolongada nos pacientes com terapia de longa data, em comparação com aqueles que não fazem uso habitual da medicação (meia-vida de 51 horas contra 13 horas, respectivamente). Os pacientes que fazem uso crônico de doses superiores ao limite terapêutico têm alto risco de intoxicação por lítio.*

Acometimentos neurológicos e cardíacos são predominantes no quadro de toxicidade por lítio. A aparência do paciente já indica intoxicação: fala arrastada, falta de coordenação e alterações comportamentais. Em níveis séricos mais elevados, os sintomas podem evoluir para convulsões, coma e óbito. As lesões neurológicas podem se tornar permanentes, independentemente da eficácia do manejo na intoxicação. Os transtornos cardíacos incluem bloqueio AV, arritmias e alterações inespecíficas do segmento ST-T.

O carvão ativado não adsorve o lítio em quantidade significativa, assim, não apresenta benefícios nos casos de overdose aguda. A hemodiálise e hemodiafiltração contínua são altamente eficazes na redução das concentrações séricas de lítio. A disponibilidade e a experiência prática são os critérios determinantes para a escolha do método de tratamento nos casos de intoxicação aguda em um indivíduo que não faz uso habitual de lítio e intoxicação aguda no uso crônico (Waring et al, 2006).

### **Traumatismo Cranioencefálico**

Crianças com transtornos mentais apresentam um risco elevado de traumatismo cranioencefálico quando comparadas com a população em geral. Comportamentos de risco, tais como uso de drogas e autoagressão, elevam a taxa de incidência. Crianças com lesões cranianas podem referir cefaleia, convulsões, perda de consciência, vômitos, amnésia ou estados confusionais.



A triagem clínica em pacientes jovens com lesões na cabeça deve ser realizada por um médico experiente. Crianças ou jovens que se encontram clinicamente instáveis, com sinais vitais alterados, Escala de Coma de Glasgow (ECG) inferior a 15 ou com sinal neurológico focal evidente necessitam de estabilização médica imediata. Um importante estudo canadense multicêntrico constatou que 4,1% das crianças e jovens que apresentaram um ferimento na cabeça foram acometidos com hemorragia intracraniana e apenas 0,6% necessitaram de tratamento neurocirúrgico (Osmond et al, 2010). Os critérios decisivos para o uso da tomografia computadorizada em crianças com lesão na cabeça foram desenvolvidos por Osmond et al (2010). A presença de qualquer um destes fatores indica a necessidade da tomografia computadorizada para a investigação diagnóstica:

- Escala de Coma de Glasgow com pontuação < 15 (até 2 horas após o evento traumático)
- Suspeita de fratura de crânio
- História de agravamento da cefaleia
- Irritabilidade durante o exame físico
- Qualquer sinal de fratura de base de crânio
- Hematoma de grandes proporções no couro cabeludo
- Mecanismo de lesão perigoso

As crianças que não preenchem os critérios para a tomografia computadorizada devem ser observadas por um período de seis horas e, após esse intervalo, liberadas e acompanhadas por um adulto responsável. Os cuidadores devem ser instruídos a procurar ajuda médica se ocorrer alteração no nível de consciência da criança, vômitos repetidos, piora da cefaleia ou novos sintomas neurológicos focais após a alta. Aproximadamente 20% dos pacientes com hematoma epidural terá um intervalo lúcido e, posteriormente, deterioração dentro de 24 horas. Isso ressalta a importância das instruções eficazes no momento da alta.

## **Delirium**

O delirium pode ocorrer em qualquer idade, e é mais comum na faixa pediátrica. Delirium é considerado um estado confusional agudo, com flutuações no nível de consciência e déficits cognitivos, que ocorre em um período variável de horas a dias.

Há uma série de fatores associados ao estado de delirium em crianças, eles estão relacionados na Tabela J.1.2.

**Tabela J.1.2 Causas comuns de *delirium* em crianças e adolescentes**

**Causas Clínicas:**

- Febre
- *Status epilepticus* não-convulsivo
- Enxaqueca confusional da infância
- Lúpus eritematoso sistêmico com acometimento do SNC
- Estágio terminal de HIV/AIDS

**Causas Medicamentosas:**

- Anticolinérgicos
- Antipsicóticos
- Retirada brusca de benzodiazepínicos
- Drogas de abuso

O quadro clínico de um paciente pediátrico com *delirium* é semelhante à sintomatologia do paciente adulto. Os sintomas mais comuns incluem:

- Irritabilidade e agitação
- Alterações no ciclo sono-vigília
- Labilidade do humor

É importante lembrar, contudo, que algumas nuances podem ser observadas na população pediátrica, tais como: regressão dos marcos do desenvolvimento, redução do contato visual e atitudes inconsoláveis apesar da presença do cuidador habitual (Hatherill & Flisher, 2010). A presença dos pais e de objetos familiares auxilia a resolução do quadro. O manejo do *delirium* pediátrico é controverso. Medicamentos que devem ser considerados incluem: haloperidol 0,15-0,25 mg / dose IV e risperidona de 0,10,2 mg / kg por via oral. A utilização de benzodiazepínicos pode levar a um efeito de desinibição e exacerbação do quadro confusional.

## CONFIDENCIALIDADE NO PS

A confidencialidade é um componente-chave na relação médico-paciente. É importante que as crianças, os jovens e seus pais compreendam que as informações do paciente serão mantidas em sigilo e somente divulgadas (por exemplo, para agências de proteção à criança) em casos específicos. Os limites da confidencialidade devem ser claramente estabelecidos no início da abordagem. Embora a legislação varie de acordo com o país e com a faixa etária do paciente, a confidencialidade deve ser mantida a menos que a informação obtida sugira que a criança ou o jovem tem risco de autoagressão (risco de suicídio), agressão aos outros (risco de homicídio) ou história de abuso (maus-tratos). Estas situações permitem a quebra do sigilo para a progressão da investigação do caso.

Jovens com transtornos mentais podem estar preocupados com a quantidade de informações compartilhadas com os seus pais. Delinear os limites do sigilo geralmente reduz os níveis de preocupação. Se uma criança ou jovem entende a

importância da confidencialidade (com as exceções descritas acima), eles podem ser mais propensos a se abrir e falar honestamente sobre os seus sintomas e anseios.

Em geral, os profissionais médicos podem receber informações ilimitadas dos pais e de outras fontes não-médicas (equipe escolar, polícia, cuidadores) sobre a criança ou adolescente, sem a necessidade do consentimento do paciente. No entanto, não é permitido compartilhar informações com os pais ou com fontes não-médicas sem o consentimento do paciente (com as exceções mencionadas).

A legislação de privacidade varia entre os países. Algumas jurisdições permitem que o médico compartilhe informações clínicas do paciente com outros profissionais médicos considerados dentro do “círculo de cuidado”, sem o consentimento por escrito do paciente. Há também variações em relação à idade em que o paciente pode consentir a divulgação das informações – 16 anos em vários países. É crucial que os clínicos estejam atualizados com a legislação do seu local de atuação (ver Capítulo A.1).

## SUMÁRIO

A abordagem clínica de crianças e adolescentes com emergências psiquiátricas requer uma avaliação sistemática, concisa e rápida do transtorno psiquiátrico agudo, problemas agudos de saúde mental e complicações agudas decorrentes de doenças mentais. A avaliação e tratamento das emergências psiquiátricas agudas em crianças e adolescentes no PS exigem uma abordagem composta idealmente por um psiquiatra infantil, assistente social, equipe de enfermagem e um médico emergencista. Uma vez que as complicações médicas forem abordadas, o principal objetivo da avaliação é determinar o risco à segurança do paciente. Se houver risco iminente de danos a si ou aos outros, a admissão na internação psiquiátrica deve ser indicada, mesmo nos casos em que há desaprovação da decisão pelo paciente ou sua família, pelo propósito de garantir a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

- Aichorn W, Santeler S, Stelzig-Schöler R et al (2008) [Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents]. *Neuropsychiatrie*, 22:180-188.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baren JM, Mace SE, Hendry PL et al (2008) Children's mental health emergencies-part 2: emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders. *Pediatric Emergency Care*, 24:485-498.
- Birmaher B, Brent D, Bernet W et al (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:1503-1526.
- Bogenschutz MP, Quinn DK (2001) Acronyms for substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:474-475.
- Boyer EW (2005) The serotonin syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 352:1112-1120.
- Braden NJ, Jackson JE, Walson PD (1986). Tricyclic antidepressant overdose. *Pediatric Clinics of North America*, 33:287-97
- Brent DA, Perper JA, Allman CJ et al (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 266:2989-2995.
- Brent DA, Perper JA, Mortiz G et al (1993) Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:521-529.
- Bronstein, Alvin C, Cantilena LR et al (2010). Annual report of the American Association of Poison Control Centers' national poison data system (NPDS): 27th annual report. *Clinical Toxicology*, 48: 979-1178.
- Carandang C, Kratochvil C, Scahill L, Martin A (2010). Running a pediatric psychopharmacology clinic: practical aspects. In: Martin A, Scahill L, Kratochvil C (eds) *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice*, 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Oxford University Press.
- Carandang CG, Martin A (2009) Clinical assessment of children and adolescents with depression. In: Rey JM and Birmaher B (eds) *Treating Child and Adolescent Depression*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 23-40.
- [Centers for Disease Control and Prevention \(2010\). Webbased Injury Statistics Query and Reporting System \(WISQARS\).](#)
- Dallam S (1997). The identification and management of self-mutilating patients in primary care. *The Nurse Practitioner*, 5:151-165.
- Dart RC, Erdman AR, Olson KR et al (2006). Acetaminophen poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clinical Toxicology*, 44:1-18.
- Dayalu P, Chou KL (2008) Antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms and their management. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 9:1451-1462. Eaton DK, Kann L, Kinchen S (2010). *Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2009. Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR 59 (SS-5):1-142.*
- Eyer F, Stenzel J, Schuster T et al (2009). Risk assessment of severe tricyclic antidepressant overdose. *Human & Experimental Toxicology*, 28:511-519.
- Garvey KA, Penn JV, Campbell AL et al (2009). Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37:363-370.
- Ghaemi SN (2003). *Mood Disorders: A Practical Guide*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM et al (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42: 386-405.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M et al (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293:1635-1643.
- Granero Perez R, Ezpeleta Ascaso L, Domenech Massons JM et al (1998). Characteristics of the subject and interview influencing the test-retest reliability of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:963-972.
- Hatherill S, Flisher AJ (2010). Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 68:337-344. Khouzam HR (2001) A simple mnemonic for the diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. *Western Journal of Medicine*, 174:424.
- Khouzam HR (2001) A simple mnemonic for the diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. *Western Journal of Medicine*, 174:424.
- Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B et al (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:213-235.
- Milburn NG, Rotheram-Borus MJ, Rice E et al (2006). Crossnational variations in behavioral profiles among homeless youth. *American Journal of Community Psychology*, 37:63-76. Miller RD et al (eds) (2009). *Miller's Anesthesia*, 7th Edition. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.
- Newton AS, Ali S, Johnson DW et al (2009). A 4 year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11:447-454.

- Olson KR (2007). Salicylates. *Poisoning & Drug Overdose* (5th McGraw-Hill Medical, pp333-335.ed).
- Osmond MH, Klassen TP, Wells GA et al (2010). CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *Canadian Medical Association Journal*, 182:341-348.
- Perry HE, Shannon MW (1998). Efficacy of oral versus intravenous N-acetylcysteine in acetaminophen overdose: results of an open-label, clinical trial. *The Journal of Pediatrics*, 132:149-52.
- Rao U, Chen L (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:45-62.
- Shaffer D, Pfeffer CR (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:24S-51S.
- van Harten PN, Hoek HW, Kahn RS (1999). Acute dystonia induced by drug treatment. *British Medical Journal*, 319:623-626.
- Waring WS (2006). Management of lithium toxicity. *Toxicology Review*, 25:221-230.
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang G (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4:114-120.
- Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A et al (2009). 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 Disorders*, 11:225-255.
-