

Curso de Urgências Psiquiátricas



NOME DO CURSO: Urgências Psiquiátricas

Este curso aborda o atendimento integral e o manejo clínico em urgências psiquiátricas, com foco em diagnóstico diferencial, condutas de emergência, segurança do paciente e intervenções psicofarmacológicas. Desenvolvido para estruturar o conhecimento prático e teórico, o conteúdo abrange protocolos atualizados de contenção, avaliação do risco de suicídio, manejo da agitação psicomotora e abordagem de crises derivadas de transtornos mentais complexos.

#UrgenciasPsiquiatricas #EmergenciasPsiquiatricas #SaudeMental
#PsiquiatriaDeUrgencia #Psiquiatria #AtendimentoHumanizado
#ManejoDeCrise #Psicofarmacologia #SegurancaDoPaciente
#CrisePsiquiatrica

O QUE VOCÊ VAI APRENDER:

- * Reconhecimento precoce e diagnóstico diferencial de quadros graves de agitação e agressividade no ambiente de emergência.
- * Aplicação rigorosa e humanizada de técnicas de desescalada verbal e protocolos de contenção física e mecânica.
- * Avaliação de risco e intervenção imediata em episódios de comportamento suicida e automutilação.
- * Manejo psicofarmacológico agudo das síndromes psicóticas, episódios maníacos e crises de ansiedade severa.

- * Abordagem de urgências psiquiátricas decorrentes do uso, abuso e abstinência de substâncias psicoativas.
- * Identificação de causas orgânicas, metabólicas e neurológicas que simulam transtornos psiquiátricos primários.
- * Protocolos de atendimento em urgências na infância, adolescência, gestação e população idosa.
- * Conhecimento das diretrizes éticas, jurídicas e dos direitos do paciente em situação de internamento e atendimento emergencial.

PÚBLICO-ALVO:

- * Médicos generalistas, emergencistas, intensivistas e psiquiatras que atuam no pronto atendimento.
- * Enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas envolvidos na triagem e no cuidado emergencial.
- * Psicólogos e assistentes sociais integrados a equipes de saúde mental e serviços de urgência.
- * Estudantes e residentes da área da saúde que buscam especialização teórica no atendimento de crises psiquiátricas.

Módulo 1: Fundamentos e Organização dos Serviços de Urgência Psiquiátrica

Aula 1.1: Triagem e Acolhimento em Urgências Psiquiátricas

O acolhimento e a triagem em urgências psiquiátricas constituem a porta de entrada para a identificação precoce de riscos vitais e para a estabilização comportamental do indivíduo. Diferente do atendimento eletivo, a triagem emergencial exige a avaliação simultânea da gravidade dos sintomas psíquicos, do grau de sofrimento do paciente e do risco potencial de violência autodirigida ou heterodirigida. A aplicação de escalas padronizadas e o treinamento da equipe multiprofissional para identificar indicadores sutis de agitação ou intoxicação orgânica são pilares essenciais. O ambiente de recepção deve ser estruturado para oferecer redução de estímulos sensoriais, minimizando gatilhos para episódios de exacerbação sintomática.

Sob a perspectiva operacional, o profissional deve priorizar a coleta ágil de dados com acompanhantes ou serviços de resgate, sem negligenciar a escuta qualificada do próprio paciente. A falha na identificação de alterações nos sinais vitais durante a triagem representa um erro comum que pode levar ao mascaramento de condições médicas subjacentes, como hipoglicemia, sepse ou acidentes vasculares encefálicos. As boas práticas recomendam a criação de fluxos claros de priorização, assegurando que episódios de intoxicação grave, delírio ocupacional severo ou ideação suicida estruturada recebam intervenção médica imediata, garantindo a integridade física de toda a equipe e do sujeito assistido.

Aula 1.2: Estrutura Física e Segurança no Ambiente de Emergência

A arquitetura de uma unidade de urgência psiquiátrica deve conciliar a funcionalidade clínica com a prevenção rigorosa de acidentes e evasões.

A escolha de mobiliário fixo, a ausência de objetos perfurocortantes, o cabeamento embutido e a instalação de vidros laminados de alta resistência são requisitos fundamentais para mitigar riscos operacionais. O espaço físico deve ser amplo, possuir rotas de fuga desimpedidas para os profissionais e permitir a visualização constante dos pacientes sem invadir excessivamente sua privacidade. Iluminação adequada, controle de ruídos e ventilação adequada influenciam diretamente no nível de ansiedade dos indivíduos em crise.

Na prática diária, a inspeção contínua dos leitos e das áreas de circulação é uma responsabilidade compartilhada por toda a equipe de saúde. Negligenciar a varredura do espaço pode permitir que objetos do cotidiano, como cabos de carregadores, cintos ou recipientes de vidro, sejam utilizados em tentativas de autoagressão ou agressão à equipe. O impacto profissional de um ambiente estruturado reflete-se na diminuição do estresse ocupacional e na contenção indireta da agitação comportamental. Garantir que as portas de emergência funcionem corretamente e que as salas de atendimento possuam duas saídas acessíveis são condutas operacionais indispensáveis.

Aula 1.3: Aspectos Éticos e Legais no Atendimento Emergencial

O manejo de urgências psiquiátricas envolve complexas deliberações éticas e jurídicas, especialmente no tocante ao consentimento informado e à restrição da liberdade individual. A legislação vigente estabelece critérios rigorosos para as modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória, exigindo notificação aos órgãos competentes quando houver risco iminente para o paciente ou para terceiros. O

profissional de saúde deve atuar respaldado no princípio da beneficência e da não maleficência, documentando de forma minuciosa em prontuário todas as justificativas técnicas que fundamentaram decisões relativas a procedimentos invasivos ou restritivos.

A elaboração detalhada do prontuário médico e de enfermagem é a principal salvaguarda legal e garantia do direito do paciente. Um erro comum é o registro genérico de condutas, sem a especificação dos sintomas que motivaram a intervenção ou a falha das tentativas de negociação prévias. O contexto operacional exige conhecimento claro sobre a capacidade civil momentânea do indivíduo e a identificação do responsável legal. O respeito à dignidade humana deve ser mantido mesmo em situações de extrema gravidade, evitando abordagens punitivas ou discriminatórias, consolidando uma prática assistencial respaldada pelas diretrizes legais da saúde mental.

Aula 1.4: Comunicação Terapêutica em Situações de Crise

A comunicação terapêutica em momentos de exacerbação sintomática é uma ferramenta de intervenção primária destinada a descalar a tensão emocional e restabelecer o vínculo. O profissional deve adotar uma postura corporal neutra, manter distância física de segurança e utilizar tom de voz calmo, firme e pausado. É imperativo evitar confrontações diretas, argumentações lógicas complexas ou invalidação dos delírios e alucinações apresentados pelo paciente. A validação do sofrimento emocional, sem a concordância com o conteúdo sintomático irreal, permite reduzir a percepção de ameaça vivida pelo sujeito.

A aplicação prática dessa técnica exige escuta ativa e mensagens diretas, curtas e claras. O erro mais frequente consiste em interromper o paciente abruptamente, elevar o tom de voz em resposta à agressividade verbal ou adotar uma postura defensiva e autoritária. O impacto profissional de uma comunicação eficaz reflete-se na drástica redução da necessidade de intervenções físicas ou farmacológicas de emergência. A consolidação dessa habilidade requer treinamento contínuo das equipes para identificar sinais não verbais de escalada da ansiedade, ajustando o discurso para manter o controle da situação de forma segura.

Aula 1.5: Atuação da Equipe Multiprofissional no Pronto Atendimento

A complexidade das urgências psiquiátricas demanda uma atuação integrada e sinérgica entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem. A divisão clara de papéis durante o atendimento de uma crise previne superposição de ordens e omissão de cuidados essenciais. A liderança do cenário deve ser bem definida, garantindo que o plano terapêutico imediato seja executado com alinhamento e rapidez. A comunicação interprofissional deve utilizar metodologias padronizadas de passagem de caso para assegurar a continuidade da assistência sem perda de dados críticos.

No cotidiano operacional, a falta de alinhamento entre as condutas médicas e a assistência de enfermagem pode gerar brechas na segurança e comprometer a eficácia do tratamento. Boas práticas incluem a realização de breves reuniões de alinhamento após a resolução de casos complexos, permitindo a análise do desempenho da equipe e a identificação de pontos de melhoria. A abordagem multiprofissional

holística permite não apenas a estabilização dos sintomas agudos, mas também o mapeamento da rede de apoio sociofamiliar, facilitando o encaminhamento adequado pós-alta e prevenindo reinternações precoces.

Módulo 2: Avaliação Clínica, Psiquiátrica e Diagnóstico Diferencial

Aula 2.1: Exame do Estado Mental na Emergência

O Exame do Estado Mental na emergência é uma avaliação sistematizada das funções psíquicas do indivíduo, adaptada à celeridade exigida pelo ambiente hospitalar. O profissional deve investigar minuciosamente a consciência, orientação, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, afeto e pragmatismo. A observação do comportamento motor, da apresentação pessoal e da atitude em relação ao entrevistador fornece subsídios fundamentais para a hipótese diagnóstica inicial. Em cenários agudos, a prioridade consiste em diferenciar alterações cognitivas de instalação súbita de quadros crônicos reagudizados.

A execução técnica requer a capacidade de extrair informações relevantes mesmo diante de pacientes não cooperativos, mutistas ou gravemente desorganizados. Um erro metodológico comum é julgar a incapacidade de resposta como recusa intencional, negligenciando quadros de catatonia ou rebaixamento do nível de consciência. A aplicação correta deste exame permite inferir a gravidade do quadro psicopatológico e subsidia a escolha do manejo psicofarmacológico ou ambiental. O registro claro das

alterações observadas garante que as mudanças no estado mental ao longo das horas sejam monitoradas com precisão pela equipe de plantão.

Aula 2.2: Diagnóstico Diferencial Entre Causa Orgânica e Psiquiátrica

A distinção entre manifestações psiquiátricas primárias e secundárias a condições médicas gerais é um dos maiores desafios no pronto atendimento. Quadro de início abrupto em idosos, oscilação do nível de consciência, alterações nos sinais vitais, alucinações visuais e ausência de histórico psiquiátrico prévio são fortes indicadores de etiologia orgânica. A avaliação sistemática deve afastar distúrbios metabólicos, infecções sistêmicas, acidentes vasculares, intoxicações e traumas cranioencefálicos antes de atribuir os sintomas a um transtorno mental primário.

A falha em realizar o diagnóstico diferencial pode acarretar desfechos fatais, como a liberação de pacientes com neurosífilis, encefalopatias ou quadros anóxicos sob a rotulagem de surto psicótico. As boas práticas determinam que todo paciente em primeira crise psiquiátrica ou com apresentação atípica seja submetido a uma triagem médica rigorosa, incluindo exames laboratoriais básicos e avaliação neurológica. O impacto de uma abordagem criteriosa é a redução do erro diagnóstico, assegurando que o tratamento seja direcionado à causa raiz da disfunção cerebral ou sistêmica.

Aula 2.3: Avaliação Laboratorial e de Imagem na Crise Psiquiátrica

A indicação de exames complementares no contexto de urgência psiquiátrica deve ser guiada pela história clínica e pelo exame físico detalhado, evitando a solicitação indiscriminada. Exames laboratoriais de rotina incluem hemograma completo, dosagem de eletrólitos, função renal e hepática, glicemia capilar e sistêmica, função tireoidiana e triagem toxicológica de urina. Exames de imagem, como a tomografia computadorizada de crânio, são indicados na presença de déficits neurológicos focais, edema de papila, crise convulsiva inédita ou alteração persistente do estado mental de etiologia indeterminada.

A interpretação desses exames exige raciocínio clínico agudo para correlacionar achados laboratoriais alterados com a sintomatologia psiquiátrica. Um erro frequente é a demora na instituição de tratamento sintomático enquanto se aguarda o resultado de exames não urgentes, ou, opostamente, a alta precipitada sem a verificação de alterações eletrolíticas graves como a hiponatremia. A integração rápida dos resultados laboratoriais à conduta clínica melhora substancialmente a precisão do diagnóstico diferencial, prevenindo complicações metabólicas e neurológicas graves.

Aula 2.4: Identificação de Simulação e Transtornos Factícios

A diferenciação entre transtornos psiquiátricos verdadeiros, transtornos factícios e simulação no ambiente de emergência exige perspicácia clínica e observação contínua. A simulação envolve a produção consciente de sintomas motivada por ganhos externos claros, tais como isenção de responsabilidade legal ou obtenção de prescrição de substâncias controladas. Já o transtorno factício caracteriza-se pela indução voluntária

de sinais e sintomas para assumir o papel de doente, sem benefício secundário tangível evidente.

O profissional deve analisar a incongruência entre os sintomas relatados e os achados no exame do estado mental, bem como a apresentação atípica de quadros psicóticos ou afetivos. Um erro comum é a confrontação agressiva do paciente ao suspeitar de simulação, o que pode desencadear episódios de violência verbal ou física. A conduta adequada exige a documentação objetiva dos fatos, o monitoramento indireto do comportamento do paciente quando este acredita não estar sendo observado e a manutenção do rigor ético, garantindo que necessidades de saúde reais não sejam negligenciadas.

Aula 2.5: Registros Clínicos e Anamnese em Emergências

A anamnese em urgências psiquiátricas diferencia-se da consulta ambulatorial pela necessidade de síntese e focagem nos acontecimentos imediatamente anteriores à crise. A investigação deve mapear o tempo de evolução dos sintomas, fatores desencadeantes estressores, histórico de tentativas de suicídio, adesão ao tratamento ambulatorial e uso de substâncias. A obtenção de história pregressa com familiares, cuidadores ou serviços de emergência pré-hospitalar é indispensável, especialmente quando o paciente se encontra incapacitado de fornecer relatos confiáveis.

O registro no prontuário deve ser objetivo, descritivo e isento de juízos de valor ou termos pejorativos. O erro de omitir detalhes sobre o estado emocional, falas diretas do paciente sobre risco de morte ou recusa de

medicação compromete a continuidade do cuidado e expõe a equipe a vulnerabilidades jurídicas. A boa prática determina que cada anotação reflita com fidelidade o nível de risco identificado e o plano terapêutico adotado, estabelecendo uma linha do tempo clara desde a admissão até a alta ou transferência do paciente.

Módulo 3: Agitação Psicomotora e Agressividade

Aula 3.1: Fisiopatologia e Fatores Etiológicos da Agitação

A agitação psicomotora é uma síndrome caracterizada por atividade motora excessiva, elevação do estado de alerta, ansiedade severa e labilidade emocional. Sua fisiopatologia envolve o desequilíbrio na neurotransmissão central, destacando-se a hiperatividade dopaminérgica e noradrenérgica, associada à hipofunção do sistema gabaérgico. Diversas etiologias podem desencadear essa condição, desde transtornos psiquiátricos primários como esquizofrenia e transtorno bipolar até condições médicas gerais, delírio ocupacional, traumatismos e efeitos adversos de medicamentos.

O entendimento dos mecanismos neurobiológicos subjacentes é fundamental para a escolha da intervenção terapêutica mais adequada. A confusão entre agitação decorrente de acatisia induzida por neurolépticos e a exacerbação da psicose é um erro recorrente que pode levar ao aumento inadequado da dose do antipsicótico, agravando a inquietação motora. A aplicação do conhecimento fisiopatológico permite ao profissional atuar de forma direcionada, modulando a atividade

monoaminérgica e restaurando o controle inibitório cortical com maior precisão clínica.

Aula 3.2: Técnicas de Desescalada Verbal e Não Verbal

A desescalada verbal é a intervenção de primeira linha recomendada no manejo de pacientes agitados ou agressivos, visando restaurar o autocontrole sem o uso de força física. A conduta exige a manutenção de uma distância física equivalente ao dobro do raio de alcance dos membros do paciente, postura corporal relaxada com as mãos visíveis e desarmadas, e eliminação de gestos bruscos. O profissional deve utilizar linguagem clara, frases curtas, tom de voz sereno e oferecer opções reais de escolha, permitindo que o paciente sinta que mantém o controle sobre sua situação.

A execução dessa técnica requer treinamento para conter respostas instintivas de defesa ou confronto diante de ameaças verbais. Um erro comum é tentar discutir a veracidade de delírios ou impor autoridade de forma coercitiva, o que invariavelmente acelera a escalada da violência. O impacto profissional da aplicação correta da desescalada é a redução substancial dos índices de contenção física e de eventos adversos associados. O ambiente de atendimento deve ser desprovido de curiosos ou estímulos sonoros excessivos para otimizar o sucesso da intervenção verbal.

Aula 3.3: Protocolos de Contenção Física e Mecânica

A contenção mecânica é uma medida terapêutica excepcional de emergência, indicada exclusivamente quando as técnicas verbais e farmacológicas falharem e houver risco iminente de dano severo ao próprio paciente ou a terceiros. O procedimento deve ser realizado por uma equipe treinada de no mínimo cinco pessoas, onde cada integrante é responsável por uma extremidade do corpo e um lidera a cabeça, garantindo a manutenção das vias aéreas pérvias. A utilização de faixas de contenção de tecido adequadas, fixadas na estrutura do leito e nunca nas grades laterais, é obrigatória.

Durante a contenção, o paciente deve ser mantido em posição decúbito dorsal elevado ou lateralizado para prevenir a aspiração de secreções e a asfixia posicional. O erro gravíssimo de posicionar o paciente em decúbito ventral pode resultar em PCR por restrição respiratória. A contenção física exige monitoramento contínuo dos sinais vitais, da perfusão periférica das extremidades e do nível de consciência, com registros em prontuário a intervalos curtos. A remoção das faixas deve ser progressiva, uma a uma, à medida que o controle comportamental for reestabelecido.

Aula 3.4: Manejo Farmacológico Rápido da Agitação Aguda

O tratamento farmacológico da agitação psicomotora visa a sedação consciente, permitindo que o paciente permaneça calmo, contudo responsivo aos estímulos verbais. As opções de primeira linha incluem antipsicóticos de segunda geração por via oral ou intramuscular, como a olanzapina e a ziprasidona, ou a combinação de haloperidol e prometazina por via intramuscular quando a via oral não for viável. A escolha do agente

deve levar em consideração o perfil de efeitos colaterais, o estado físico do paciente e a causa subjacente da agitação.

A administração inadequada de altas doses de sedativos pode causar depressão respiratória, hipotensão grave, prolongamento do intervalo QTc e arritmias cardíacas. O erro de administrar antipsicóticos em pacientes com agitação secundária a delirium por abstinência alcoólica deve ser evitado, priorizando-se o uso de benzodiazepínicos nesse contexto específico. As boas práticas determinam que a resposta terapêutica e os parâmetros hemodinâmicos sejam avaliados continuamente após a aplicação da medicação, prevenindo complicações graves decorrentes da sedação profunda.

Aula 3.5: Segurança da Equipe e Prevenção de Agressões

A prevenção de eventos violentos na emergência psiquiátrica exige uma cultura organizacional focada na gestão de risco e no monitoramento constante de sinais de alerta. Indicadores como inquietação motora crescente, punhos cerrados, fala em tom elevado, hipervigilância e invasão do espaço pessoal de terceiros antecedem episódios de agressão física. A equipe deve manter treinamentos periódicos sobre posicionamento tático em salas de atendimento e rotas de fuga eficientes.

A falha na percepção desses sinais precursor de violência expõe os profissionais a lesões físicas e traumas psicológicos. É proibido que um profissional de saúde permaneça sozinho em ambiente fechado com paciente sabidamente agressivo ou sem visibilidade para o restante da

equipe. O contexto operacional exige que todos os incidentes de agressão sejam notificados e analisados em reuniões institucionais, buscando identificar falhas nos fluxos de segurança e aprimorar as rotinas de proteção ao trabalhador e aos demais pacientes.

Módulo 4: Comportamento Suicida e Autoagressão

Aula 4.1: Epidemiologia e Fatores de Risco para o Suicídio

O estudo epidemiológico do comportamento suicida demonstra que a ideação e as tentativas de autoextermínio resultam da interação complexa de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Entre os fatores de risco mais significativos estão a presença de transtornos mentais não tratados, especialmente depressão maior e transtorno bipolar, a existência de tentativas prévias de suicídio, o isolamento social, eventos estressores recentes e o acesso facilitado a meios letais. Homens tendem a utilizar métodos de maior letalidade, enquanto as mulheres apresentam maior taxa de tentativas.

A identificação precisa desses fatores durante o atendimento inicial é crucial para a estratificação de risco. O erro comum de subestimar a gravidade do quadro em indivíduos que comunicam abertamente suas intenções deve ser erradicado, pois a comunicação do desejo de morrer é um sinal de alerta fundamental. A aplicação do conhecimento epidemiológico permite formular estratégias de prevenção direcionadas e personalizar a assistência de emergência, direcionando recursos

intensivos aos indivíduos que apresentam múltiplos fatores de vulnerabilidade acumulados.

Aula 4.2: Estratificação de Risco e Avaliação de Ideação Suicida

A avaliação do risco de suicídio exige uma abordagem direta, empática e desprovida de julgamentos morais. O profissional deve investigar explicitamente a presença de ideação suicida, a frequência e a intensidade dos pensamentos, a existência de um plano estruturado, a intencionalidade e a acessibilidade aos meios planejados. A utilização de escalas validadas serve como instrumento complementar à impressão clínica detalhada obtida durante a entrevista emergencial.

A estratificação classifica o risco em baixo, médio ou alto, ditando a conduta imediata a ser adotada. O risco alto caracteriza-se por intenção clara, plano detalhado e meios disponíveis, exigindo observação contínua e internação hospitalar imediata. Um erro crítico é flexibilizar a vigilância baseando-se em promessas verbais de segurança feitas pelo paciente em momento de oscilação do humor. A conduta correta impõe a manutenção da supervisão direta até que a estabilização psiquiátrica e o suporte social estejam plenamente assegurados.

Aula 4.3: Abordagem Clínica da Tentativa de Suicídio Aguda

O atendimento inicial ao paciente após uma tentativa de suicídio requer a priorização da estabilização hemodinâmica e do tratamento das lesões físicas decorrentes do ato. Após o suporte de vida imediato, a avaliação psiquiátrica deve ser iniciada para determinar a persistência do desejo de

morte e o estado mental atual. O acolhimento deve ser isento de posturas punitivas ou comentários moralizadores, garantindo um ambiente seguro e de suporte psicológico intensivo.

A condução do caso exige a remoção completa de quaisquer objetos no leito que possam ser utilizados para uma nova tentativa dentro da unidade de pronto atendimento. O erro frequente de dar alta precocemente após a recuperação física, sem uma avaliação psiquiátrica minuciosa e sem a garantia de um acompanhante responsável, eleva drasticamente o risco de reincidência imediata com desfecho fatal. As boas práticas exigem o envolvimento da rede familiar e a articulação direta com a rede de atenção psicossocial para o acompanhamento pós-alta.

Aula 4.4: Intervenções no Comportamento Autolesivo Não Suicida

O comportamento autolesivo não suicida envolve a destruição deliberada de tecidos corporais sem a intenção explícita de provocar a morte, sendo comum em adolescentes e indivíduos com transtorno de personalidade borderline. As formas mais frequentes incluem cortes, queimaduras e escoriações, frequentemente utilizadas como mecanismo inadequado de regulação emocional para aliviar dor psíquica intolerável. A distinção entre autolesão não suicida e tentativa de suicídio é fundamental para a definição do plano terapêutico.

A conduta de emergência deve focar nos cuidados médicos das lesões físicas e na validação da dor emocional subjacente, evitando reações exageradas de pânico ou atitudes de invalidação e crítica. Um erro comum

é tratar a autolesão como mera busca de atenção, o que tende a intensificar a angústia do paciente e aumentar a frequência dos atos impulsivos. O impacto profissional do manejo adequado reside em ensinar estratégias de tolerância ao estresse e direcionar o paciente para terapias focadas no desenvolvimento de habilidades de regulação afetiva.

Aula 4.5: Plano de Segurança e Pósvenção na Emergência

O plano de segurança é uma intervenção escrita, elaborada colaborativamente entre o profissional e o paciente antes da alta do serviço de emergência. Ele identifica os sinais de alerta de uma crise iminente, lista estratégias de enfrentamento individuais, contatos de apoio social e números de serviços de emergência. A pósvenção, por sua vez, refere-se às ações de suporte prestadas aos familiares e profissionais afetados por um ato suicida consumado ou de alta gravidade no ambiente hospitalar.

A elaboração do plano de segurança deve ser prática e acessível ao paciente, garantindo que os meios de autoagressão identificados sejam completamente restritos no ambiente doméstico com o auxílio da família. Negligenciar o alinhamento com os familiares sobre a remoção de armas de fogo e medicamentos do domicílio é uma falha operacional grave. A implementação criteriosa do plano de segurança reduz significativamente as taxas de rehospitalização e fortalece a autonomia do sujeito no gerenciamento de crises futuras.

Módulo 5: Transtornos Psicóticos na Emergência

Aula 5.1: Manejo do Surto Psicótico Agudo

O surto psicótico agudo é marcado pela presença de delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento, culminando em uma severa perda do teste de realidade. O objetivo do atendimento de emergência é a redução do sofrimento psíquico, a prevenção de comportamentos de risco e o rápido restabelecimento da organização mental. O acolhimento deve priorizar um ambiente calmo, evitando confrontar as crenças delirantes ou confirmar as percepções alucinatórias expressas pelo indivíduo.

A intervenção farmacológica de primeira escolha envolve o uso de antipsicóticos de segunda geração devido ao menor perfil de efeitos extrapiramidais. O erro de utilizar doses maciças de antipsicóticos de alta potência de forma rápida na tentativa de cessar os delírios imediatamente pode causar impregnamento neurológico grave e síndrome neuroléptica maligna. A boa prática prescreve o ajuste gradual da medicação e a manutenção de uma vigilância atenta aos níveis de agitação e ao conteúdo do pensamento do paciente durante o período de observação.

Aula 5.2: Diagnóstico e Conduta nas Psicoses Orgânicas

As psicoses orgânicas resultam de agressões diretas ou indiretas ao sistema nervoso central, causadas por doenças sistêmicas, neurológicas, metabólicas ou efeito de substâncias. A apresentação clínica frequentemente inclui flutuação do estado de alerta, déficit de atenção, desorientação temporoespacial e alucinações predominantemente visuais ou táteis. O diagnóstico rápido é vital, pois o quadro é potencialmente reversível com a correção da etiologia subjacente.

A conduta terapêutica exige a investigação sumária das causas orgânicas por meio de exames laboratoriais e exames de imagem cerebral. Tratar uma psicose orgânica apenas com antipsicóticos, sem investigar a causa base, é uma falha grave que pode levar à piora do quadro clínico geral e ao óbito do paciente. O manejo farmacológico de suporte deve utilizar doses baixas de antipsicóticos, preferencialmente haloperidol, visando apenas o controle da agitação extrema que comprometa a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos vitais.

Aula 5.3: Catatonia: Reconhecimento e Protocolos de Tratamento

A catatonia é uma síndrome psicomotora complexa caracterizada por esturpor, catalepsia, flexibilidade cêrea, mutismo, negativismo e maneirismos, podendo evoluir para a forma maligna com instabilidade autonômica e hipertermia. Sua etiologia abrange transtornos do humor, transtornos psicóticos e condições médicas gerais. O reconhecimento rápido na emergência é decisivo, pois a catatonia não tratada pode acarretar complicações graves como trombose venosa profunda, desnutrição e rhabdomiólise.

O teste terapêutico e tratamento inicial de escolha é a administração de benzodiazepínicos em doses elevadas, como o lorazepam intravenoso ou intramuscular, observando-se frequentemente uma resposta clínica rápida e dramática. O erro crítico de prescrever antipsicóticos em quadros catatônicos não diagnosticados pode precipitar a transição para a catatonia maligna ou síndrome neuroléptica maligna. Nos casos refratários aos benzodiazepínicos ou com risco de morte iminente, a

eletroconvulsivoterapia é a indicação terapêutica ouro e deve ser providenciada com urgência.

Aula 5.4: Síndrome Neuroléptica Maligna: Diagnóstico e Emergência

A Síndrome Neuroléptica Maligna é uma emergência psiquiátrica idiossincrásica e potencialmente fatal induzida pelo uso de antipsicóticos ou pela suspensão abrupta de agonistas dopaminérgicos. A tétrade clínica clássica consiste em hipertermia, rigidez muscular em cano de chumbo, instabilidade autonômica e alteração do estado mental. Achados laboratoriais característicos incluem elevação acentuada da creatinofosfoquinase, leucocitose e acidose metabólica.

O manejo emergencial imediato requer a suspensão instantânea de todos os agentes antipsicóticos e a transferência do paciente para uma unidade de terapia intensiva. O suporte de vida inclui resfriamento físico ativo, hidratação venosa vigorosa para prevenir insuficiência renal aguda secundária à mioglobinúria e o uso de fármacos específicos como dantrolene e bromocriptina. O atraso no diagnóstico ou a manutenção inadvertida do antipsicótico elevam drasticamente a taxa de mortalidade associada a essa condição.

Aula 5.5: Efeitos Extrapiramidais Agudos e Seu Manejo

Os efeitos extrapiramidais agudos são reações adversas causadas principalmente por antipsicóticos de primeira geração, manifestando-se como distonia aguda, acatisia e parkinsonismo secundário. A distonia aguda caracteriza-se por espasmos musculares involuntários e dolorosos

da musculatura da cabeça, pescoço e olhos, ocorrendo frequentemente nas primeiras horas após a administração da medicação. A acatisia apresenta-se como uma sensação subjetiva insuportável de inquietação motora, forçando o paciente a mover-se continuamente.

O tratamento da distonia aguda é realizado com a administração imediata de anticolinérgicos por via intramuscular ou intravenosa, como o biperideno, promovendo alívio rápido dos sintomas. O erro frequente de confundir a inquietação da acatisia com piora da agitação psicótica leva ao aumento do antipsicótico, agravando o sofrimento do paciente. O manejo adequado da acatisia envolve a redução da dose do antipsicótico, a troca por um agente atípico ou a associação de propranolol ou benzodiazepínicos.

Módulo 6: Transtornos do Humor na Emergência

Aula 6.1: Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos

O episódio depressivo grave com sintomas psicóticos apresenta-se com rebaixamento acentuado do humor, lentificação psicomotora, desesperança e delírios congruentes com o humor, como delírios de ruína, culpa ou negação de órgãos. A gravidade do quadro é extrema devido ao alto risco de suicídio e à incapacidade grave de autocuidado, levando à desidratação e desnutrição severas. A avaliação emergencial deve priorizar a segurança física e a integridade biológica do paciente.

A conduta terapêutica exige a associação de antidepressivos com antipsicóticos ou a indicação de eletroconvulsivoterapia, especialmente na presença de recusa alimentar total ou risco iminente de suicídio. O erro de tratar o quadro apenas com monoterapia antidepressiva adia a resolução dos sintomas psicóticos e mantém o indivíduo exposto a riscos elevados. O monitoramento contínuo dos sinais vitais e do balanço hídrico é indispensável até que a resposta terapêutica inicial permita o direcionamento seguro do tratamento.

Aula 6.2: Mania Aguda e Estado Misto

A mania aguda caracteriza-se por humor eufórico ou irritável, aceleração do pensamento, pressão de fala, hiperatividade motora, menor necessidade de sono e condutas impulsivas de alto risco financeiro ou pessoal. O estado misto apresenta simultaneamente sintomas maníacos e depressivos, sendo marcado por alta labilidade emocional, agitação e elevado potencial suicida. Ambos os quadros exigem intervenção emergencial para conter a impulsividade e estabilizar o comportamento.

O manejo farmacológico prioritário consiste na introdução ou ajuste de estabilizadores do humor, como o lítio e o valproato, combinados a antipsicóticos atípicos para a rápida sedação e controle comportamental. O erro de prescrever antidepressivos isoladamente em estados mistos pode agravar severamente a agitação psicomotora e precipitar episódios de violência ou suicídio. A proteção do paciente contra decisões impulsivas que tragam prejuízos morais e patrimoniais deve ser assegurada no ambiente hospitalar.

Aula 6.3: Risco de Suicídio no Transtorno Bipolar

O risco de suicídio em pacientes com Transtorno Bipolar é significativamente mais elevado do que na população geral, concentrando-se principalmente nas fases depressivas e nos episódios mistos. A imprevisibilidade das mudanças de fase e a presença de impulsividade acentuada aumentam a letalidade das tentativas. A avaliação de emergência deve investigar o histórico de ciclos rápidos, o uso concomitante de substâncias e a presença de episódios anteriores de autoagressão.

A estratégia terapêutica emergencial envolve a otimização dos estabilizadores do humor com evidenciada ação antisuicida, como o lítio, e a garantia de supervisão intensiva. Um erro grave é desconsiderar o risco de suicídio durante a fase de transição de um episódio depressivo para a mania, momento em que o aumento do drive motor precede a melhora da ideação depressiva, fornecendo a energia necessária para a execução do ato. A alta hospitalar exige obrigatoriamente a presença de uma rede de apoio familiar treinada e o agendamento ambulatorial imediato.

Aula 6.4: Intoxicação por Lítio: Diagnóstico e Condutas

A intoxicação por lítio é uma emergência médica grave decorrente do estreito índice terapêutico desse fármaco. Os sintomas iniciais incluem tremores grosseiros, náuseas, vômitos, diarreia, ataxia e disartria, podendo evoluir para convulsões, coma e óbito nos casos severos. A dosagem da litemia e a avaliação da função renal e eletrográfica devem ser realizadas imediatamente diante da suspeita clínica.

O tratamento emergencial baseia-se na suspensão imediata do lítio, hidratação venosa abundante com solução salina para promover a diurese sódica e correção de distúrbios eletrolíticos. O erro de não reconhecer os sinais precoces de neurotoxicidade pode resultar em sequelas neurológicas permanentes. Em casos de litemia superior a dois vírgula cinco miliequivalentes por litro ou na presença de alteração grave do estado mental e insuficiência renal, a hemodiálise é a medida terapêutica definitiva indicada para a depuração do fármaco.

Aula 6.5: Manejo do Esturpor Depressivo

O esturpor depressivo é uma forma extrema de inibição psicomotora onde o paciente permanece imóvel, mutista, responsivo apenas a estímulos dolorosos e totalmente incapaz de prover suas necessidades básicas. A imobilidade prolongada predispõe ao desenvolvimento de úlceras por pressão, trombose venosa profunda, infecções respiratórias e desidratação grave. A prioridade na emergência é o suporte de vida e a prevenção de complicações sistêmicas iminentes.

A abordagem terapêutica envolve suporte nutricional e hídrico venoso ou por sonda nasoentérica, profilaxia para tromboembolismo e cuidados intensivos de enfermagem. O erro de diagnosticar o esturpor depressivo como quadro demencial ou recusa intencional atrasa a instituição de terapias eficazes. A eletroconvulsivoterapia é a intervenção de escolha com resposta terapêutica rápida, devendo ser indicada precocemente para reverter o estado de acinesia e restabelecer a capacidade funcional do indivíduo.

Módulo 7: Transtornos de Ansiedade e Reações ao Estresse

Aula 7.1: Crise de Pânico na Emergência e Diagnósticos Diferenciais

A crise de pânico é um episódio súbito de ansiedade e medo intensos, acompanhado de sintomas físicos como taquicardia, sudorese, dispneia, dor torácica, tontura e sensação de morte iminente. Devido à exuberância dos sintomas somáticos, o paciente frequentemente busca a emergência acreditando estar sofrendo um infarto agudo do miocárdio ou um acidente vascular cerebral. A avaliação inicial deve descartar de forma célere e inequívoca etiologias cardiovasculares, respiratórias e metabólicas.

A confirmação diagnóstica de crise de pânico só deve ocorrer após a realização de eletrocardiograma e exames clínicos básicos. O erro de rotular precipitadamente uma dor torácica atípica como ansiedade sem a devida investigação cardíaca expõe o paciente a graves riscos vitais. Uma vez excluída a causa orgânica, o manejo atenta para o acolhimento empático, psicoeducação em ambiente tranquilo e a administração de benzodiazepínicos de ação rápida por via oral, se necessário, para o alívio imediato da crise.

Aula 7.2: Transtorno de Estresse Agudo e Reação Aguda ao Estresse

O Transtorno de Estresse Agudo e a Reação Aguda ao Estresse desenvolvem-se como resposta direta à exposição a eventos altamente traumáticos, como violência física, acidentes graves ou catástrofes naturais. A clínica manifesta-se por sintomas dissociativos, hipervigilância,

esquiva de estímulos associados ao trauma e memórias intrusivas e dolorosas. O objetivo do atendimento emergencial é prover primeiros socorros psicológicos e reestabelecer a sensação de segurança física e emocional.

A intervenção inicial deve focar na remoção do sujeito do ambiente estressor e na promoção de um espaço de escuta sem a forçatização do relato detalhado do trauma, o que poderia gerar re-traumatização. Um erro comum é a prescrição indiscriminada e prolongada de benzodiazepínicos, os quais podem interferir no processamento emocional natural e aumentar o risco de consolidação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A indicação medicamentosa deve ser restrita ao controle sintomático pontual da insônia grave ou agitação extrema.

Aula 7.3: Hiperventilação e Alcalose Respiratória

A hiperventilação neurogênica decorrente de estados de ansiedade extrema promove a eliminação excessiva de dióxido de carbono, resultando em alcalose respiratória aguda. O quadro manifesta-se por parestesias periorais e nas extremidades, espasmos carpopodais, tonturas e piora da sensação de falta de ar, criando um ciclo realimentador de pânico. A identificação rápida dessa condição no pronto atendimento evita intervenções invasivas desnecessárias.

O manejo emergencial consiste na reasseguração do paciente e na instrução para a readequação do padrão ventilatório, utilizando técnicas de respiração diafragmática lentificada. O erro clássico de instruir o

paciente a reaspirar em saco de papel deve ser evitado devido ao risco de induzir hipóxia grave caso o diagnóstico subjacente seja, na verdade, um tromboembolismo pulmonar ou crise asmática. A monitorização da saturação de oxigênio e a condução verbal serena são suficientes para a reversão do quadro na maioria das vezes.

Aula 7.4: Abordagem das Crises Histéricas e Dissociativas

As crises dissociativas e conversivas, historicamente denominadas histéricas, apresentam-se como alterações abruptas das funções motoras, sensitivas ou do estado de consciência que não seguem os padrões anatômicos e fisiológicos conhecidos. O quadro pode simular crises convulsivas, paralisias, amnésias ou cegueira repentina, surgindo frequentemente após estressores psicossociais significativos. A avaliação requer rigor no exame neurológico para afastar patologias estruturais do sistema nervoso.

O atendimento deve manter uma postura profissional, neutra e acolhedora, sem expressar ceticismo ou julgamentos morais de que o paciente esteja simulando. O erro de aplicar estímulos dolorosos intensos para testar a veracidade dos sintomas é uma prática aética e inadequada. O foco deve ser direcionado à redução da atenção da equipe sobre os sintomas conversivos, incentivando o paciente a retomar progressivamente o controle motor e emocional em um ambiente tranquilo.

Aula 7.5: Intervenções Farmacológicas Rápidas na Ansiedade Severa

O controle de estados de ansiedade severa e pavor na emergência visa proporcionar rápido alívio sintomático e facilitar a cooperação do paciente com as rotinas de avaliação. Os benzodiazepínicos, como o lorazepam, alprazolam e clonazepam, são os agentes de escolha devido ao seu início de ação rápido e alta eficácia ansiolítica. A via oral deve ser preferida sempre que possível, reservando-se a via parenteral para situações de impossibilidade de deglutição.

A administração desses fármacos exige cautela quanto ao risco de sedação excessiva, ataxia e depressão respiratória, especialmente em idosos ou indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. Um erro frequente é a prescrição continuada de altas doses de benzodiazepínicos sem o devido planejamento de descontinuação, favorecendo o desenvolvimento de dependência física e tolerância. O impacto de um manejo correto é a rápida estabilização da crise ansiosa sem a indução de efeitos adversos graves.

Módulo 8: Emergências Relacionadas ao Uso de Substâncias Psicoativas

Aula 8.1: Intoxicação Aguda por Álcool e Outras Substâncias Depressoras

A intoxicação aguda por álcool, sedativos e hipnóticos caracteriza-se pela depressão progressiva do sistema nervoso central, manifestando-se por disartria, ataxia, nistagmo, diminuição da atenção, labilidade comportamental e, nos casos severos, coma e depressão respiratória. A prioridade absoluta no pronto atendimento é a manutenção da

permeabilidade das vias aéreas, suporte ventilatório e monitoramento constante dos sinais vitais.

A conduta médica envolve a administração profilática de tiamina antes de soluções glicosadas para prevenir a Encefalopatia de Wernicke em pacientes etilistas crônicos. O erro de administrar sedativos para conter o comportamento inadequado de um paciente intoxicado por depressores do sistema nervoso central aumenta drasticamente o risco de parada respiratória. O tratamento é eminentemente de suporte, aguardando a metabolização da substância enquanto se assegura a proteção contra broncoaspiração e hipotermia.

Aula 8.2: Síndrome de Abstinência Alcoólica e Delirium Tremens

A síndrome de abstinência alcoólica surge após a interrupção ou redução do consumo crônico de álcool, variando de tremores leves, insônia e disfunção autonômica até o Delirium Tremens. O Delirium Tremens é uma emergência médica caracterizada por desorientação, rebaixamento flutuante da consciência, alucinações zoológicas ou táteis e instabilidade autonômica grave com febre e taquicardia. A taxa de mortalidade é significativa quando o tratamento não é instituído precocemente.

O protocolo terapêutico de escolha baseia-se na administração de altas doses de benzodiazepínicos, como o diazepam ou chlórdiazepóxido, em esquemas de dose sintoma-dirigida ou fixa, para restaurar o tônus gabaérgico. O erro gravíssimo de utilizar antipsicóticos isoladamente para tratar a agitação do Delirium Tremens reduz o limiar convulsivo e agrava

a instabilidade hemodinâmica, podendo ser fatal. O suporte de terapia intensiva, com reposição de fluidos, eletrólitos e vitaminas, é fundamental nos quadros graves.

Aula 8.3: Intoxicação e Abstinência por Estimulantes

A intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central, como cocaína, anfetaminas e derivados sintéticos, produz um estado de hiperativação simpática acentuada. Clinicamente observa-se taquicardia, hipertensão arterial, midríase, sudorese, agitação psicomotora, delírios persecutórios e alucinações. Complicações graves incluem infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, arritmias e hipertermia maligna.

O manejo emergencial requer o controle da hiperatividade simpática com o uso de benzodiazepínicos por via venosa, além de resfriamento corporal ativo se houver hipertermia. O uso de betabloqueadores não seletivos é contraindicado devido ao risco de vasoconstrição coronariana paradoxal por estímulo alfa-adrenérgico desopposto, configurando um erro conduta grave. A abstinência de estimulantes, embora não ofereça risco de morte iminente, cursa com disforia grave, anedonia e ideação suicida intensa, exigindo monitoramento psiquiátrico de suporte.

Aula 8.4: Overdose por Opióides e Manejo do Revertor

A overdose por opióides manifesta-se pela tríade clássica composta por depressão do nível de consciência, miose puntiforme e depressão respiratória grave. A diminuição da frequência respiratória pode evoluir rapidamente para parada cardiorrespiratória e anóxia cerebral se a

intervenção não for imediata. A prioridade do atendimento é a garantia da ventilação adequada e a administração imediata do antagonista específico.

A naloxona é o antídoto de escolha e deve ser administrada por via intravenosa, intramuscular ou intranasal. A titulação da dose deve ser cuidadosa para reverter a depressão respiratória sem precipitar uma síndrome de abstinência aguda e violenta em usuários crônicos. O erro de dar alta prematura ao paciente após a resposta inicial à naloxona ignora que a meia-vida da naloxona é frequentemente menor que a da substância opióide ingerida, podendo ocorrer a recorrência da overdose e o óbito horas após o atendimento inicial.

Aula 8.5: Abordagem das Novas Substâncias Psicoativas

As Novas Substâncias Psicoativas, como canabinóides sintéticos, catinonas e derivados do fentanil, apresentam perfis farmacológicos complexos e frequentemente desconhecidos, desafiando a rotina dos serviços de emergência. A apresentação clínica varia de psicose fulminante, delirium agitado e convulsões até colapso cardiovascular inesperado e rhabdomiólise. A ausência de testes toxicológicos de rotina para esses compostos exige alta suspeição clínica.

O tratamento do atendimento de urgência é prioritariamente sintomático e de suporte vital, focando na sedação com benzodiazepínicos, controle da hipertermia e proteção renal através da hidratação venosa. O erro de assumir que o paciente consumiu apenas substâncias tradicionais pode

levar à falha no reconhecimento do choque metabólico induzido por essas drogas. As boas práticas determinam o isolamento sensorial do paciente e a monitoração intensiva dos parâmetros eletrocardiográficos até a eliminação completa dos metabólitos.

Módulo 9: Urgências Psiquiátricas na Infância e Adolescência

Aula 9.1: Manejo da Agitação Psicomotora em Pediatria

A agitação psicomotora em crianças e adolescentes difere significativamente da apresentação adulta, manifestando-se frequentemente como hiperatividade desorganizada, autoagressão, birras graves e destrutividade física. As causas subjacentes abrangem desde transtornos do neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista e TDAH, até abusos, maus-tratos ou reações a estressores ambientais agudos. A avaliação precisa excluir causas orgânicas, como infecções do trato urinário ou otites, que podem se manifestar apenas por alterações comportamentais.

A intervenção ambiental e verbal deve ser a primeira escolha, utilizando um tom de voz acolhedor, linguagem adaptada à idade e minimização de estímulos luminosos e sonoros. O uso de contenção física mecânica deve ser evitado ao máximo em pediatria devido aos severos traumas psicológicos e riscos de lesões físicas associados. Caso o manejo farmacológico seja estritamente necessário para garantir a segurança, deve-se optar por antipsicóticos atípicos em doses pediaticamente ajustadas, sob rigorosa monitoração clínica.

Aula 9.2: Comportamento Suicida e Autolesão na Adolescência

O aumento do comportamento suicida e da autolesão sem intenção suicida entre adolescentes representa uma grave demanda nas unidades de emergência. Fatores de risco específicos incluem o bullying, conflitos de identidade sexual, disfunções familiares e o contágio social por meio de redes digitais. A investigação emergencial deve ser realizada em ambiente de privacidade, garantindo um momento de entrevista individual com o adolescente, separado dos pais ou responsáveis.

A conduta exige a avaliação do risco imediato e a pactuação de um plano de segurança, envolvendo a família na remoção do acesso a medicamentos e objetos perfurocortantes no domicílio. O erro comum de desvalorizar as queixas e expressões de sofrimento do adolescente como imaturidade ou busca de atenção aumenta a probabilidade de tentativas subsequentes de maior gravidade. A alta do serviço de pronto atendimento condiciona-se à garantia de encaminhamento prioritário para acompanhamento psiquiátrico e psicológico ambulatorial.

Aula 9.3: Transtornos Alimentares em Situação de Urgência

As complicações agudas da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa constituem urgências médicas com elevado risco de mortalidade. O paciente frequentemente dá entrada no pronto socorro apresentando desidratação grave, bradicardia, hipotensão ortostática, distúrbios eletrolíticos graves como a hipocalemia, e desnutrição extrema. A

avaliação psiquiátrica deve ocorrer em conjunto com a estabilização clínica e metabólica.

O tratamento das alterações e a reintrodução alimentar devem ser monitorados cuidadosamente para evitar a Síndrome de Realimentação, uma complicação letal associada a desvios de fosfato, potássio e magnésio. O erro de focar apenas no aspecto psíquico do transtorno sem corrigir as alterações hidroeletrólíticas coloca em risco iminente a vida do paciente. A indicação de internação hospitalar em enfermaria clínica ou psiquiátrica é mandatória em casos de instabilidade hemodinâmica ou recusa alimentar persistente e absoluta.

Aula 9.4: Recusa Escolar Severa e Crises de Ansiedade

A recusa escolar severa e as crises de ansiedade de separação manifestam-se frequentemente como urgências psiquiátricas quando acompanhadas de intensa agitação, sintomas somáticos exacerbações de oposição e sofrimento psíquico expressivo na preparação para o ir à escola. A criança ou adolescente pode apresentar vômitos, dores abdominais, taquicardia e comportamentos explosivos diante da pressão para frequentar o ambiente escolar.

A abordagem inicial deve focar na descada da ansiedade familiar e no alívio sintomático da criança, evitando a patologização excessiva do sintoma sem antes compreender a dinâmica escolar e familiar subjacente. O erro frequente de prescrever benzodiazepínicos de forma continuada para controlar a ansiedade de esquia escolar favorece a cronicidade do

quadro e o isolamento social. A conduta adequada exige a orientação dos pais, psicoeducação e a articulação de um retorno gradual à escola com suporte da equipe pedagógica e de saúde mental.

Aula 9.5: Abordagem de Maus-Tratos e Abuso Sexual

O atendimento emergencial à criança ou adolescente vítima de maus-tratos e abuso sexual exige protocolo multiprofissional imediato focando na proteção física, acolhimento emocional e preservação de provas periciais. A equipe de saúde mental atua no suporte ao trauma agudo, minimizando a revitimização durante a coleta de depoimentos e realizando o exame do estado mental. A notificação compulsória aos órgãos de proteção, como o Conselho Tutelar e Delegacia Especializada, é dever legal e ético inegociável.

O profissional deve adotar uma postura de escuta empática e neutra, sem realizar perguntas induzidas ou demonstrar choque emocional diante dos relatos. Um erro operacional grave é postergar a Notificação Compulsória ou a administração da profilaxia pós-exposição a infecções sexualmente transmissíveis e contracepção de emergência enquanto se aguarda o parecer psiquiátrico definitivo. O registro minucioso das lesões físicas e do estado emocional no prontuário médico é peça fundamental para a proteção integral do menor.

Módulo 10: Urgências Psiquiátricas no Idoso

Aula 10.1: Delirium: Diagnóstico, Prevenção e Manejo

O Delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica orgânica caracterizada por alteração agudamente instalada e flutuante da atenção, do nível de consciência e da cognição, predominantemente observada em idosos hospitalizados. Sua ocorrência é indicador de doença física subjacente grave, como infecções, desidratação, distúrbios eletrolíticos, retenção urinária ou retenção de fezes. A prevenção envolve medidas não farmacológicas, como reorientação constante, manutenção do ciclo sono-vigília e uso de próteses auditivas e visuais.

O manejo farmacológico do Delirium é reservado estritamente para casos em que a agitação comprometa a segurança do paciente ou a continuidade do tratamento médico vital. O uso de haloperidol em baixas doses é o tratamento sintomático de escolha. O erro gravíssimo de utilizar benzodiazepínicos no tratamento do Delirium não associado à abstinência alcoólica pode agravar o rebaixamento da consciência, precipitar efeito paradoxal e aumentar a mortalidade. A identificação e correção imediata da causa primária é o objetivo central da intervenção.

Aula 10.2: Sintomas Comportamentais e Psicológicos nas Demências

Os Sintomas Comportamentais e Psicológicos das Demências englobam manifestações como agitação, agressividade, delírios de roubo, alucinações, perambulamento e alterações do sono em pacientes com Transtorno Neurocognitivo Maior. A busca pelo pronto atendimento ocorre habitualmente quando a sobrecarga do cuidador atinge um ponto crítico ou quando o comportamento do idoso gera risco de lesão. A investigação deve iniciar pela busca de dor não verbalizada, infecções assintomáticas ou desconforto físico.

A primeira abordagem deve priorizar estratégias não farmacológicas, adequação do ambiente e suporte psicossocial ao cuidador. O erro de prescrever rotineiramente altas doses de antipsicóticos atípicos para o controle do perambulamento induz sedação excessiva, quedas, broncoaspiração e aumenta o risco de eventos cerebrovasculares. Quando a medicação for indispensável, deve-se aplicar o princípio de iniciar com doses extremamente baixas e evoluir lentamente, reavaliando periodicamente a necessidade de manutenção da droga.

Aula 10.3: Depressão Tardia e Risco de Suicídio no Idoso

A depressão de início tardio no idoso frequentemente se apresenta com sintomas atípicos, destacando-se a queixa somática persistente, a apatia, a lentificação psicomotora e pseudodemência. O risco de suicídio consumado nesta faixa etária é proporcionalmente o mais elevado de todas as faixas etárias, devido ao uso de métodos de maior letalidade, menor intencionalidade expressa verbalmente e presença de comorbidades físicas limitantes.

A avaliação de emergência no idoso depressivo deve investigar detalhadamente o isolamento social, o luto recente, a presença de dores crônicas incapacitantes e a perda de autonomia. O erro comum de encarar os sintomas depressivos como consequência natural do envelhecimento atrasa a intervenção terapêutica e aumenta a mortalidade. A conduta exige rigor no suporte farmacológico, engajamento da família e, nos casos de ideação suicida estruturada ou recusa alimentar, a indicação de internação psiquiátrica de urgência.

Aula 10.4: Polifarmácia e Interações Medicamentosas

A polifarmácia, definida como o uso concomitante de múltiplos medicamentos, é uma realidade frequente na população idosa que eleva exponencialmente o risco de reações adversas e interações medicamentosas graves. Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas ligadas ao envelhecimento, como a redução da filtração glomerular e do metabolismo hepático, aumentam a susceptibilidade à neurotoxicidade e a efeitos anticolinérgicos centrais.

A avaliação do idoso na emergência deve incluir a revisão criteriosa de todas as medicações em uso, buscando identificar o cascadeamento prescritivo e a ocorrência de síndromes anticolinérgicas. O erro de adicionar um novo psicofármaco para tratar um sintoma que é, na verdade, um efeito colateral de outra medicação agrava a vulnerabilidade do paciente. As boas práticas recomendam a descontinuação gradual de drogas desnecessárias e a escolha de psicofármacos com baixo potencial de interação metabólica por meio do sistema do citocromo P450.

Aula 10.5: Vulnerabilidade Física, Quedas e Contenção no Idoso

A aplicação de contenção física mecânica em pacientes idosos no ambiente de emergência carrega riscos substancialmente elevados, incluindo fraturas, lesões cutâneas, isquemia de membros, aspiração e declínio cognitivo funcional acelerado. Idosos contidos apresentam maior incidência de agitação paradoxal e desenvolvimento de rabdomiólise decorrente da luta contra as faixas de restrição.

A decisão de conter um idoso deve ser tomada com extrema cautela, após o esgotamento absoluto de alternativas ambientais e farmacológicas sutis, mantendo-se a supervisão de enfermagem contínua. O erro de abandonar o idoso contido sem reavaliações frequentes da mobilidade e perfusão periférica pode levar à morte por complicações embólicas ou asfixia. As diretrizes modernas enfatizam a presença do acompanhante familiar no leito como a principal medida de proteção contra quedas e episódios de agitação psicomotora.

Módulo 11: Urgências Psiquiátricas na Gestação e Puerpério

Aula 11.1: Uso de Psicofármacos na Gestação e Lactação

A prescrição de psicofármacos durante a gestação e o aleitamento materno exige uma rigorosa análise da relação entre o risco da exposição fetal e o risco da descompensação psiquiátrica materna não tratada. Sintomas graves não controlados na gestante aumentam os níveis de cortisol, elevam o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e negligência com o pré-natal. A escolha do medicamento deve considerar os dados sobre teratogenicidade e os efeitos de adaptação neonatal.

Na emergência, deve-se priorizar fármacos com perfil de segurança bem documentado, utilizando a menor dose eficaz possível em monoterapia. O erro de suspender abruptamente toda a medicação psicotrópica de uma gestante em crise psiquiátrica pode precipitar episódios severos de mania ou psicose, gerando um risco substancialmente maior para a mãe e para

o feto. A conduta correta impõe a tomada de decisão compartilhada com a paciente e seus familiares, devidamente registrada no prontuário.

Aula 11.2: Surto Psicótico Puerperal

A psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica grave e de início abrupto que ocorre tipicamente nas primeiras semanas após o parto. Manifesta-se por flutuação acentuada do humor, desorganização do comportamento, delírios frequentemente relacionados ao recém-nascido e alucinações auditivas. O quadro apresenta um risco iminente e elevado de infanticídio e suicídio, exigindo intervenção médica imediata e proteção da criança.

A conduta emergencial exige a internação hospitalar imediata da mãe em unidade psiquiátrica, garantindo a separação temporária do recém-nascido até a completa estabilização dos sintomas psicóticos, ou o acompanhamento sob supervisão contínua e rigorosa de terceiros. O erro de diagnosticar a psicose puerperal como um quadro leve de disforia pós-parto atrasa o tratamento medicamentoso com antipsicóticos e estabilizadores do humor, resultando em tragédias familiares. A resposta ao tratamento farmacológico costuma ser favorável quando instituída precocemente.

Aula 11.3: Depressão Pós-Parto Grave e Risco de Infanticídio

A depressão pós-parto grave distingue-se pelo rebaixamento severo do humor, anedonia, sentimentos profundos de incapacidade em cuidar do bebê, anedonia em relação ao recém-nascido e, em casos extremos,

ideação infanticida. A presença de pensamentos intrusivos de fazer mal ao bebê causa sofrimento e culpa intensos na mãe, devendo ser cuidadosamente diferenciada de intenções infanticidas deliberadas de natureza psicótica.

A avaliação no pronto socorro deve abordar abertamente a relação mãe-bebê e a segurança do recém-nascido, sem assumir posturas de julgamento ético ou punitivo. O erro comum de omitir a investigação de pensamentos de dano ao bebê por receio de constranger a paciente expõe a criança a riscos reais de negligência grave ou violência. A conduta inclui o suporte psicoterapêutico intensivo, a introdução de antidepressivos seguros para a amamentação e o fortalecimento do suporte familiar no cuidado diário do bebê.

Aula 11.4: Manejo da Crise Psiquiátrica em Gestantes

O atendimento emergencial à gestante em surto ou agitação psicomotora requer cuidados adicionais de natureza obstétrica e clínica. A posição do decúbito no leito deve priorizar o decúbito lateral esquerdo para evitar a compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, mantendo o débito cardíaco e a perfusão uteroplacentária adequados. A monitoração do bem-estar fetal por meio da ausculta dos batimentos cardíacos fetais deve ser integrada à avaliação psiquiátrica.

A escolha da medicação para sedação em gestantes agitadas deve evitar fármacos com alto potencial teratogênico ou de depressão respiratória fetal prolongada. O erro de realizar contenção mecânica sem o devido

posicionamento e sem a checagem da vitalidade fetal pode acarretar sofrimento fetal agudo e descolamento prematuro da placenta. A atuação conjunta entre a equipe de psiquiatria, emergência e a obstetrícia é fundamental para garantir a segurança da dupla materno-fetal.

Aula 11.5: Transtornos de Ansiedade Severos no Período Perinatal

Os transtornos de ansiedade no período perinatal, incluindo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo de início puerperal, manifestam-se por hipervigilância extrema quanto à saúde do recém-nascido, esquivas funcionais e rituais de higienização exaustivos. O nível de ansiedade pode atingir proporções descompensadoras, levando a mãe ao exaustão física total e à incapacidade de nutrir e cuidar adequadamente da criança.

A intervenção na emergência visa descalar o estado de pavor agudo e orientar a família sobre estratégias de apoio prático no lar. O erro de prescrever altas doses de sedativos sem prever a incapacitação da mãe de acordar para amamentar ou atender ao choro do bebê pode gerar acidentes no ambiente doméstico. O plano terapêutico deve combinar psicoeducação, suporte multiprofissional e medicamentos de perfil seguro, assegurando o vínculo saudável entre a mãe e o filho.

Módulo 12: Urgências Relacionadas a Transtornos de Personalidade

Aula 12.1: Crises no Transtorno de Personalidade Borderline

Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline buscam frequentemente os serviços de emergência em momentos de desregulação emocional severa, desencadeada por percepções reais ou imaginárias de rejeição e abandono. As crises caracterizam-se por instabilidade afetiva, explosões de raiva, comportamentos autodestrutivos impulsivos e ideação paranóide transitória relacionada ao estresse. O objetivo do atendimento é a contenção da crise atual sem promover a dependência do ambiente hospitalar.

A equipe de saúde deve manter uma atitude empática, contudo estruturada e com limites firmes e claros, evitando posturas de salvacionismo ou de rejeição hostil. O erro frequente de realizar internações psiquiátricas prolongadas a cada crise de desregulação emocional do paciente borderline tende a iatrogenizar o quadro, aumentando a regressão comportamental e o risco de autolesões graves dentro do hospital. As intervenções de curto prazo e a rápida recondução ao tratamento ambulatorial constituem a melhor prática.

Aula 12.2: Manejo de Pacientes Manipuladores e Agressivos

A abordagem de pacientes que apresentam traços marcantes de manipulação, comportamento antissocial ou agressividade no pronto atendimento exige alto nível de coesão e alinhamento por parte de toda a equipe assistencial. Tais indivíduos podem tentar dividir os profissionais, barganhar prescrições de medicações potencialmente causadoras de dependência ou adotar posturas de intimidação verbal para obter ganhos secundários.

A conduta profissional exige a padronização das respostas e a adesão rigorosa aos protocolos da unidade, garantindo que as regras de convivência e segurança sejam mantidas por todos os turnos. O erro de ceder a chantagens emocionais ou ameaças verbais quebra o alinhamento da equipe e perpetua o comportamento inadequado do paciente dentro do serviço. O foco deve ser mantido no tratamento das urgências reais, deixando claras as responsabilidades do próprio paciente sobre seus atos.

Aula 12.3: Intervenções Não Farmacológicas na Desregulação Emocional

As técnicas não farmacológicas de regulação emocional são recursos primários no manejo de crises em pacientes com transtornos de personalidade. A aplicação de estratégias da Terapia Dialética Comportamental na emergência, como a alteração da fisiologia corporal através do uso de estímulos frios na face ou exercícios de respiração ritmada, auxilia no rebaixamento da hiperativação do sistema nervoso simpático.

O profissional deve guiar o paciente no uso dessas ferramentas para que este desenvolva maior tolerância ao estresse e reduza a dependência da sedação química. O erro de recorrer imediatamente à contenção medicamentosa sem tentar a aplicação de estratégias de regulação comportamental priva o sujeito da oportunidade de aprendizado sobre o controle de suas emoções. O impacto de uma intervenção não farmacológica bem-sucedida é o fortalecimento da autonomia e a redução do tempo de permanência no pronto atendimento.

Aula 12.4: Indicação e Limites da Internação Psiquiátrica

A decisão de internar um paciente com transtorno de personalidade em uma unidade psiquiátrica deve ser extremamente rigorosa e criteriosa. A internação é indicada apenas para a resolução de crises agudas de risco de vida iminente que não puderem ser contidas em nível ambulatorial ou em serviços de atenção diária. O tempo de permanência deve ser o menor possível, com metas terapêuticas focadas exclusivamente no controle do risco imediato.

A internação prolongada nesses casos frequentemente resulta em piora da desregulação afetiva, perda de funcionalidade e transferência da responsabilidade da vida do indivíduo para a instituição hospitalar. O erro de encarar a internação como a solução definitiva para os problemas comportamentais crônicos do paciente perpetua um ciclo de reinternações frequentes. A alta deve ser planejada desde o momento da admissão, com o engajamento da rede de suporte psicossocial externa.

Aula 12.5: Contraoverferência e Esgotamento da Equipe

O atendimento recorrente a pacientes com desregulação emocional e comportamentos disruptivos gera intensas reações contraidentificatórias e transferenciais na equipe de emergência. Sentimentos de raiva, frustração, impotência e desesperança são frequentes entre os profissionais, podendo levar ao esgotamento profissional e à prestação de um cuidado punitivo ou negligente.

A implementação de espaços regulares de discussão de casos e supervisão clínica da equipe é essencial para processar as emoções desencadeadas pelo atendimento dessas crises. O erro de ignorar o impacto emocional do comportamento do paciente nos profissionais de saúde favorece o surgimento da Síndrome de Burnout e compromete a segurança da assistência. A manutenção da empatia e da neutralidade técnica exige que a equipe reconheça suas próprias limitações e utilize estratégias de apoio mútuo.

Módulo 13: Intercorrências Clínicas e Complicações Farmacológicas

Aula 13.1: Síndrome Serotoninérgica: Reconhecimento e Conduta

A Síndrome Serotoninérgica é uma complicação potencialmente fatal decorrente da hiperestimulação dos receptores de serotonina no sistema nervoso central e periférico, geralmente causada por overdose ou combinação de medicamentos serotonina-méticos. A apresentação clínica engloba a tríade de alterações do estado mental, hiperatividade neuromuscular como hiperreflexia, clonus e rigidez, e instabilidade autonômica com febre, taquicardia e diarreia.

O tratamento imediato consiste na interrupção sumária de todos os agentes serotonina-méticos e no suporte hemodinâmico e ventilatório em ambiente de terapia intensiva. A administração de antagonistas da serotonina, como a ciproheptadina por via oral ou nasogástrica, é indicada nos casos moderados a graves. O erro de confundir a Síndrome Serotoninérgica com a Síndrome Neuroléptica Maligna pode levar à

prescrição inadequada de bromocriptina, o que pode exacerbar a carga serotonina-mética e agravar o prognóstico do paciente.

Aula 13.2: Síndrome Anticolinérgica Aguda

A Síndrome Anticolinérgica Aguda resulta do bloqueio dos receptores muscarínicos centrais e periféricos por sobredose de psicofármacos como antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos de baixa potência e antiparkinsonianos. O quadro é caracterizado por rubor facial, pele e mucosas secas, midríase não reagente, hipertermia, retenção urinária, taquicardia e delirium agitado com alucinações visuais.

O manejo da crise envolve a suspensão dos fármacos causadores, hidratação venosa e o controle da agitação com benzodiazepínicos. Em casos graves com delirium acentuado e ausência de distúrbios de condução cardíaca no eletrocardiograma, a utilização do inibidor da acetilcolinesterase fisostigmina pode ser considerada sob monitoração contínua. O erro de prescrever antipsicóticos para tratar a agitação de um paciente com síndrome anticolinérgica agrava os efeitos muscarínicos e pode induzir convulsões e arritmias cardíacas letais.

Aula 13.3: Prolongamento do Intervalo QTc e Arritmias por Psicofármacos

O prolongamento do intervalo QTc no eletrocardiograma é um efeito adverso comum de diversos antipsicóticos e antidepressivos, aumentando o risco de desenvolvimento da arritmia ventricular fatal conhecida como Torsades de Pointes. Factores de risco adicionais incluem hipocalemia, hipomagnesemia, bradicardia, cardiopatia estrutural prévia e o uso

concomitante de outros medicamentos que alteram o tempo de repolarização ventricular.

A realização de um eletrocardiograma de base é uma prática recomendada antes do início de medicação psicotrópica intravenosa ou intramuscular na emergência. O erro de ignorar um intervalo QTc corrigido superior a quatrocentos e oitenta milissegundos e prosseguir com a administração de drogas de risco como o haloperidol venoso expõe o indivíduo a episódios de morte súbita. A correção imediata dos distúrbios eletrolíticos e a substituição do psicofármaco por opções de menor impacto cardíaco constituem a conduta adequada.

Aula 13.4: Hiponatremia Induzida por Psicofármacos e SIADH

A Síndrome da Secreção Inadequada do Hormônio Antidiurético induzida por Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e outros psicofármacos é uma causa frequente de hiponatremia em pacientes sob tratamento psiquiátrico, especialmente idosos. A queda das concentrações plasmáticas de sódio pode se manifestar por letargia, confusão mental, cefaleia, instabilidade da marcha e, nos casos severos com rápida instalação, convulsões e edema cerebral.

A investigação de confusão mental aguda em usuários de psicofármacos deve sempre incluir a dosagem imediata dos eletrólitos plasmáticos. O tratamento da hiponatremia assintomática ou leve requer a restrição hídrica e a suspensão do fármaco causador. O erro crítico de realizar a correção rápida do sódio com solução salina hipertônica em casos

crônicos pode desencadear a Síndrome de Desmielinização Osmótica, uma complicação neurológica irreversível e devastadora.

Aula 13.5: Distúrbios Metabólicos e Cardiovasculares Agudos

O uso continuado de antipsicóticos atípicos de segunda geração está frequentemente associado ao desenvolvimento de síndrome metabólica, manifestada por ganho de peso, dislipidemia e resistência à insulina. No ambiente de emergência, descompensações agudas como a Cetoacidose Diabética e o Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico podem se apresentar primariamente com alterações comportamentais, agitação ou rebaixamento da consciência, mimetizando episódios psiquiátricos primários.

A monitorização da glicemia capilar deve ser um procedimento de rotina na admissão de qualquer paciente psiquiátrico em crise. O erro de tratar o rebaixamento de consciência ou a agitação decorrente de hipoglicemia severa como catatonia ou exacerbação psicótica adia o tratamento glicêmico vital, podendo causar danos cerebrais permanentes. A atuação focada na estabilização metabólica e na avaliação contínua dos parâmetros cardiovasculares garante um atendimento seguro e clinicamente integrado.

Módulo 14: Abordagem de Crises em Populações Especiais e Vulneráveis

Aula 14.1: Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica e Comunitária

O atendimento emergencial a indivíduos expostos à violência doméstica ou comunitária exige da equipe de saúde mental uma postura de acolhimento ético, isento de julgamentos, focado na segurança física e na redução dos impactos do estresse agudo. As vítimas frequentemente chegam ao serviço em estado de choque, dissociação, intensa culpa ou medo paralisante de retaliações por parte do agressor.

A conduta imediata abrange o cuidado das lesões físicas, a avaliação do risco de re-exposição à violência e a ativação das redes formais de proteção social e jurídica. O erro comum de pressionar a vítima a tomar decisões imediatas de denúncia formal sem que haja um plano de segurança física estabelecido pode colocar sua integridade em risco após a alta. O registro detalhado de todas as lesões e do discurso da vítima no prontuário é peça fundamental para processos futuros de reparação e proteção legal.

Aula 14.2: Abordagem de População em Situação de Rua

A população em situação de rua apresenta alta prevalência de transtornos mentais graves e comorbidades por uso de substâncias, exacerbadas por condições extremas de vulnerabilidade social, desnutrição e estigmatização. A busca pelo pronto atendimento ocorre habitualmente em momentos de descompensação psiquiátrica aguda, intoxicações severas ou agravamento de doenças físicas crônicas não tratadas.

O atendimento deve priorizar a resolução das necessidades biológicas básicas de higiene, alimentação e repouso, concomitantemente com a

avaliação do estado mental. O erro de recusar o atendimento ou apressar a alta do paciente sem promover o alinhamento com a rede assistencial de rua, como as equipes de Consultório na Rua e abrigos, perpetua o ciclo de exclusão e recorrentes emergências. O tratamento respeitoso e a construção de um vínculo mínimo são essenciais para a adesão terapêutica dessa população.

Aula 14.3: Crises Psiquiátricas em Pacientes Neurodivergentes

Pacientes neurodivergentes, incluindo indivíduos com Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual, podem apresentar crises comportamentais graves marcadas por autoagressão, heteroadutos destrutivos e vocalizações intensas quando expostos a sobrecargas sensoriais, mudanças na rotina ou dores físicas não identificadas. A incapacidade de verbalizar o sofrimento traduz-se em exacerbações comportamentais agudas.

O manejo emergencial requer a modificação do ambiente, reduzindo drasticamente a luminosidade, os ruídos e o trânsito de pessoas ao redor do paciente. O erro de interpretar a crise comportamental de um indivíduo autista como um surto psicótico e introduzir altas doses de antipsicóticos sem afastar etiologias dolorosas orgânicas, como constipação ou otite, agrava o sofrimento do sujeito. A presença do cuidador principal durante todo o atendimento é fundamental para a interpretação dos sinais não verbais do paciente.

Aula 14.4: Urgências Psiquiátricas na População LGBTQIA+

A população LGBTQIA+ enfrenta elevados índices de estresse de minoria, decorrente da exposição crônica à discriminação, rejeição familiar e violência estrutural, o que se traduz em maior prevalência de ideação suicida, transtornos de ansiedade e depressão. No pronto atendimento, a garantia de um espaço seguro e livre de preconceitos é o primeiro passo para a eficácia do cuidado em saúde mental.

O uso do nome social e o respeito à identidade de gênero do paciente são obrigações éticas e legais irrenunciáveis da equipe assistencial. O erro de atribuir erroneamente todas as queixas psiquiátricas do paciente exclusivamente à sua orientação sexual ou identidade de gênero, fenômeno conhecido como diagnostic overshadowing, compromete a investigação diagnóstica precisa. A conduta deve focar na desescalada da crise atual e no fortalecimento dos fatores de proteção individual e comunitária.

C U R S O S O N L I N E

Aula 14.5: Manejo de Pacientes Cumprindo Medida de Segurança

O atendimento emergencial a indivíduos em cumprimento de medida de segurança ou oriundos do sistema prisional exige a articulação entre as diretrizes de saúde pública e os trâmites do sistema judiciário. Esses pacientes frequentemente apresentam transtornos psiquiátricos graves associados a históricos de violência, necessitando de avaliação técnica apurada sobre o nível de periculosidade e o risco de evasão.

A escolta policial ou de agentes penitenciários deve permanecer no serviço de saúde sem interferir na relação médico-paciente e na

privacidade do exame clínico, salvo em situações de risco iminente à integridade física do profissional. O erro de tratar o paciente algemado ao leito como regra sem a devida justificativa de segurança individualizada fere os princípios éticos da assistência à saúde. O plano terapêutico deve focar no controle dos sintomas agudos e na garantia da continuidade do tratamento no sistema de origem.

Módulo 15: Intervenções Psicossociais e Pós-Crise

Aula 15.1: Articulação com a Rede de Atenção Psicossocial

O atendimento de urgência psiquiátrica não deve ser um evento isolado, mas sim um ponto de passagem dentro do fluxo integrado da Rede de Atenção Psicossocial. A resolução sustentável da crise psiquiátrica depende diretamente da articulação com serviços territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial, Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Acolhimento Noturno. A comunicação entre os serviços deve ser ágil e resolutiva.

A transferência do paciente do ambiente emergencial para o acompanhamento ambulatorial exige a confecção de relatórios detalhados contendo os diagnósticos, medicações instituídas e os riscos identificados. O erro de conceder alta sem a garantia do agendamento de retorno na rede substitutiva favorece a ocorrência do fenômeno da porta giratória, onde o paciente reinterna frequentemente por falta de continuidade do cuidado. A integração dos serviços garante a manutenção dos ganhos terapêuticos obtidos no pronto socorro.

Aula 15.2: Psicoeducação do Paciente e da Família

A psicoeducação conduzida ainda no ambiente de emergência é uma intervenção estratégica para desmistificar o transtorno mental, reduzir a sobrecarga emocional da família e melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterápico pós-alta. O profissional deve explicar com linguagem clara a natureza dos sintomas apresentados, os fatores desencadeantes da crise e os sinais precoces de uma possível recaída.

A família deve ser capacitada para reconhecer alterações no sono, humor e comportamento do paciente, sabendo exatamente como agir antes que o quadro atinja o nível de gravidade de uma nova urgência. O erro de manter os familiares desinformados sobre o diagnóstico e sobre o plano terapêutico gera ansiedade excessiva, o que frequentemente resulta em condutas inadequadas ou abandono do tratamento no domicílio. A aliança terapêutica construída com a família é o principal pilar para a prevenção de futuras decompensações.

Aula 15.3: Planejamento da Alta Hospitalar Segura

A alta hospitalar segura do paciente psiquiátrico atendido na emergência exige a verificação de critérios clínicos, comportamentais e sociais mínimos que garantam a manutenção da sua integridade física fora do ambiente controlado do hospital. Deve-se assegurar o controle efetivo da ideação suicida, a redução da agitação psicomotora, a presença de um responsável capaz de supervisionar o uso dos medicamentos e o acesso aos psicofármacos prescritos.

O plano de alta deve ser redigido por escrito, de forma clara, contendo as orientações sobre a posologia dos medicamentos, sinais de alerta que exigem o retorno ao pronto atendimento e as datas das consultas de acompanhamento. O erro de dar alta para um paciente sem garantir que um familiar ou responsável esteja ciente e de acordo com as orientações coloca o indivíduo em risco imediato de recaída e abandono do tratamento. A alta deve ser sempre um processo planejado e multidisciplinar.

Aula 15.4: Estratégias de Prevenção de Novas Crises

A prevenção de novas crises psiquiátricas baseia-se na identificação individualizada dos fatores desencadeantes e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas pelo próprio paciente. A elaboração de um plano de prevenção de recaídas envolve o mapeamento de estressores ambientais, a regularização do ciclo de sono-vigília, a cessação do uso de substâncias psicoativas e a adesão irrestrita às medicações de manutenção.

O paciente deve ser incentivado a construir uma rotina diária estruturada e a identificar pessoas de sua confiança a quem possa recorrer ao perceber o início da elevação da ansiedade ou disforia. O erro de focar o tratamento apenas na fase aguda da doença, sem instrumentalizar o sujeito para o manejo diário de suas vulnerabilidades, perpetua a vulnerabilidade à crise. A promoção da autonomia do sujeito é o objetivo maior da intervenção psicossocial sustentável.

Aula 15.5: Suporte aos Cuidadores e Mitigação do Burnout Familiar

A vivência crônica do cuidado a indivíduos com transtornos mentais graves e recorrentes impõe uma carga física, financeira e emocional devastadora sobre os cuidadores familiares. No momento da urgência psiquiátrica, o cuidador frequentemente se encontra em estado de exaustão extrema, o que pode comprometer sua capacidade de oferecer suporte adequado ao paciente após a alta do pronto socorro.

A equipe de emergência deve acolher o sofrimento do cuidador, oferecendo orientação clara e direcionamento para grupos de apoio e serviços de saúde mental específicos para familiares. O erro de responsabilizar ou culpar o cuidador pelo descontrole comportamental do paciente aumenta seu isolamento social e deteriora o ambiente doméstico. O suporte aos cuidadores é uma estratégia indireta, mas altamente eficaz, para garantir a estabilidade do paciente e reduzir as taxas de rehospitalização psiquiátrica.

Módulo 16: Simulação de Casos Clínicos e Tomada de Decisão

Aula 16.1: Análise Prática: Agitação Psicomotora Severa em Jovem

A análise de um caso de agitação psicomotora severa em um jovem trazido pelo serviço de resgate exige a aplicação simultânea e rápida de protocolos de desescalada verbal, contenção física segura e administração medicamentosa parenteral. A história clínica revela um quadro de início abrupto, com agressividade, paranóia e fala desconexa, em um paciente sem histórico psiquiátrico prévio. A prioridade inicial

consiste em afastar o consumo de substâncias psicoativas ou causas neurológicas agudas.

O raciocínio clínico deve guiar a equipe para a contenção física com cinco profissionais enquanto se realiza a checagem dos sinais vitais e o acesso venoso. O erro de administrar sedação profunda sem a garantia da monitoração da saturação de oxigênio e da frequência cardíaca expõe o paciente a colapso respiratório. O desfecho bem-sucedido do caso depende do trabalho em equipe sinérgico, da realização de exames toxicológicos e do início da medicação antipsicótica adequada em ambiente monitorado.

Aula 16.2: Análise Prática: Ideação Suicida com Plano Estruturado

A condução de um caso clínico envolvendo um paciente de meia-idade que se apresenta na emergência expressando ideação suicida detalhada com plano estruturado e acesso a meios letais exige a imediata estratificação do risco como alto. O indivíduo perdeu o emprego recentemente e apresenta sintomas depressivos graves acompanhados de insônia e desesperança. O exame do estado mental revela rigor na intenção de autoextermínio.

A conduta mandatória é a manutenção do paciente sob vigilância visual direta e contínua, sendo vedada a sua saída desacompanhada do recinto do pronto socorro. O erro de aceitar a solicitação do paciente para ir ao banheiro sozinho ou assinar um termo de responsabilidade para alta a pedido configura falha grave de segurança. A decisão pela internação

psiquiátrica involuntária, se necessária, deve ser fundamentada e notificada, garantindo a proteção da vida do paciente até a remissão do quadro depressivo agudo.

Aula 16.3: Análise Prática: Delirium Tremens em Unidade de Pronto Atendimento

A simulação do atendimento a um paciente com história de etilismo crônico pesado que desenvolve rebaixamento flutuante da consciência, tremores grosseiros, taquicardia e alucinações zoológicas visualmente exuberantes exemplifica a abordagem do Delirium Tremens. O quadro evolui quarenta e oito horas após a interrupção voluntária da ingestão alcoólica. A avaliação laboratorial indica distúrbios eletrolíticos significativos e desidratação.

A conduta terapêutica de emergência estabelece a infusão venosa de diazepam em altas doses até a obtenção de sedação leve, combinada com a administração de tiamina intravenosa e hidratação com solução salina. O erro gravíssimo de administrar antipsicóticos para conter as alucinações sem a prévia e adequada sedação com benzodiazepínicos aumenta o risco de crises convulsivas e mortalidade. O manejo adequado resulta na estabilização progressiva dos parâmetros autonômicos e na resolução do quadro confusional.

Aula 16.4: Análise Prática: Catatonia de Origem Desconhecida

O estudo de um caso de um indivíduo jovem que dá entrada na emergência em estado de mutismo, flexibilidade cêrea, negativismo e

recusa alimentar completa expõe os desafios diagnósticos e terapêuticos da catatonia. A ausência de dados de história pregressa exige a investigação célere de etiologias autoimunes, infecciosas, psiquiátricas primárias e intoxicações por substâncias.

A conduta inicial envolve o teste terapêutico com a aplicação de lorazepam por via intravenosa, observando-se a resposta motora e verbal do paciente nas horas subsequentes. O erro de prescrever antipsicóticos de alta potência sob a suposição precipitada de surto psicótico pode desencadear a Síndrome Neuroléptica Maligna. O acompanhamento rigoroso do estado de hidratação, a prevenção de trombose venosa profunda e a pronta indicação de eletroconvulsivoterapia nos casos não responsivos garantem a recuperação do paciente.

Aula 16.5: Análise Prática: Psicose Puerperal e Risco de Infanticídio

A análise do atendimento de uma puérpera no décimo dia pós-parto apresentando flutuação do humor, insônia total, delírios de que o recém-nascido está possuído e alucinações auditivas de comando ilustra a gravidade da psicose puerperal. A família busca a emergência devido ao comportamento bizarro da mãe em relação ao bebê. O risco de infanticídio e suicídio é avaliado como iminente.

A conduta exige a internação hospitalar imediata da paciente e a garantia do afazeres de proteção da criança, impedindo que a mãe permaneça a sós com o recém-nascido. O erro de desconsiderar a gravidade dos delírios em relação ao bebê e liberar a mãe para acompanhamento

ambulatorial coloca a vida da criança em perigo extremo. O tratamento com antipsicóticos e estabilizadores do humor, aliado ao suporte multiprofissional à família, permite a reversão segura do quadro e a gradual reestruturação do vínculo maternal sob supervisão.

****Módulo Extra****

Fontes de referência sugeridas para estudos complementares

LIVROS

Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria (Antônio Geraldo da Silva e colaboradores) - Obra de referência nacional que aborda de forma aprofundada os diagnósticos, psicopatologias e condutas terapêuticas em emergências psiquiátricas.

Emergências Psiquiátricas (Rodrigo da Silva Dias e colaboradores) - Livro voltado para a prática clínica no pronto atendimento, detalhando o manejo de crises, contenção e intervenções farmacológicas.

Compêndio de Psiquiatria de Kaplan e Sadock (Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz) - Texto clássico da psiquiatria mundial que fornece fundamentação teórica sólida sobre neurobiologia, diagnóstico e farmacoterapia nas urgências.

SITES E ARTIGOS

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) - Portal institucional que disponibiliza diretrizes clínicas, consensos sobre urgências psiquiátricas e atualizações científicas para profissionais de saúde.

Revista Brasileira de Psiquiatria - Periódico científico que publica artigos originais e revisões sistemáticas sobre intervenções de emergência e epidemiologia dos transtornos mentais.

NORMAS E/OU LEIS

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, regulamentando as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias.

Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CURSOS COMPLEMENTARES

Curso de Atualização em Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria - Capacitação voltada para o aperfeiçoamento de médicos e equipes multiprofissionais no atendimento de crises psiquiátricas.

INSTITUIÇÕES RECONHECIDAS

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq-HCFMUSP) - Centro de excelência em assistência, pesquisa e ensino em saúde mental e urgências psiquiátricas no Brasil.

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Órgão regulador que estabelece resoluções e pareceres ético-profissionais referentes ao atendimento emergencial e às contenções no ambiente hospitalar.

