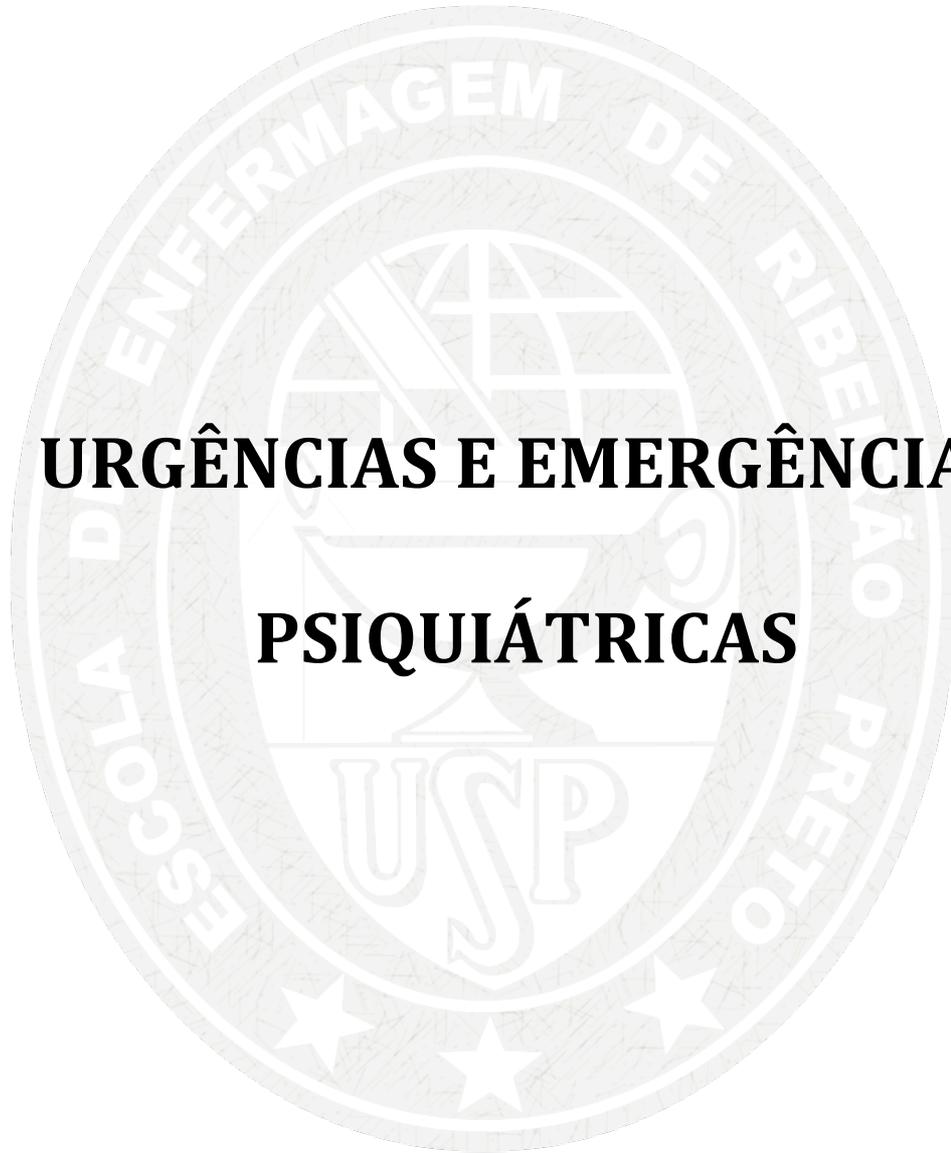


ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO



**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
PSIQUIÁTRICAS**

Profa. Dra. Kelly Graziani Giaccherro Vedana

2016

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana

INTRODUÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como: *“qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata.”* (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008). As definições de emergências psiquiátricas sugerem ainda a presença de perturbação urgente e grave de conduta, afeto ou do pensamento, bem enfrentamento mal adaptativo.

Destaca-se que há dissonância entre as diferentes conceituações de emergências psiquiátricas e dificuldade de se estabelecer definições precisas. Além disso, a distinção entre urgências e emergências adotada para a clínica geral carece de aplicabilidade prática na psiquiatria (MUNIZZA et al, 1993).

Emergências psiquiátricas constituem 6% de todas as visitas ao setor de emergências (SOOD, MCSTAY, 2009).

O atendimento a situações de urgência e emergência psiquiátricas deve atender aos objetivos que são prioritários (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; SADOCK; SADOCK, 2007; TOWNSEND, 2002):

- Estabilização do quadro (controle de sintoma alvo)

- Reconhecimento de patologias e alterações orgânicas (que podem ter ocasionado as alterações mentais)
- Estabelecimento de hipóteses diagnósticas
- Encaminhamento para continuidade do cuidado

O local destinado ao atendimento de urgências e emergências psiquiátricas deve oferecer segurança, estrutura física adequada, ausência de objetos potencialmente perigosos, adequação de estímulos sensoriais, sistema de alarme, disponibilidade de medicamentos e equipamentos para contenção, serviço de segurança, e acesso a serviços de diagnósticos e a outros especialistas (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; TOWNSEND, 2002; MANTOVANI, 2010).

As emergências psiquiátricas são momentos críticos marcados pela fragilidade e instabilidade do cliente. Desse modo, é relevante que o profissional de saúde se apresente, esclareça os objetivos do atendimento, transmita confiança, segurança e consistência em suas ações e não emita julgamentos pessoais (BULECHEK; BUTCHER, 2010; QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; TOWNSEND, 2002).

As alterações no estado mental do cliente podem dificultar a comunicação. Assim, o profissional deve se expressar com clareza, evitar expressões ambíguas, abstrações, bem como utilizar perguntas e respostas claras e diretas.

O tempo destinado à avaliação inicial do cliente pode ser limitado, mas deve incluir a avaliação física, exame do estado mental (com ênfase nos motivos do atendimento), avaliação da ingestão de substâncias e medicamentos e da ideação suicida e homicida (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; TOWNSEND, 2002).

Serão abordados a seguir alguns dos principais quadros que se encontram entre as urgências e emergências psiquiátricas.

O COMPORTAMENTO AGRESSIVO

O comportamento agressivo representa um importante desafio na psiquiatria e está presente na apresentação clínica em diversos quadros psiquiátricos e também em condições causadas por alterações orgânicas.

No senso comum, os transtornos mentais são frequentemente relacionados à violência. No entanto, a maioria dos usuários dos serviços de saúde mental não são violentos (ROCCA et al, 2006).

A agressão pode ser definida como o ato intencional que causa dano físico ou mental em alguém (ROCCA et al, 2006). É importante diferenciá-la da agitação psicomotora que é caracterizada pela atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas. Embora a agitação psicomotora possa evoluir para a agressão, nem sempre estará relacionada a tal comportamento.

O cuidado a pacientes com comportamento de auto ou heteroagressão é desafiador e frequentemente acompanhado por conflitos éticos entre a autonomia, a integridade física e mental dos clientes e a necessidade de evitar danos (BERGK et al, 2011). Desse modo, as medidas empregadas devem ser proporcionais ao risco apresentado.

Reconhecendo os indícios de agressividade

Não é possível prever o comportamento agressivo. Entretanto, é importante realizar uma avaliação do histórico do paciente e de seu estado atual para estimar o risco do comportamento agressivo vir a se manifestar.

Existem alguns sinais que são considerados indícios de agressividade, ou seja, podem sinalizar o risco de agressividade. São eles: agitação motora, violência dirigida a objetos, dentes e punhos cerrados, ameaças, exigências e discussões em tom de voz elevado, afeto desafiador e hostil e alterações do exame do estado mental, sintomas psiquiátricos específicos (como, por exemplo: impulsividade, pensamento desorganizado, baixa tolerância a frustrações, persecutoriedade) (MARCOLAN, 2013; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; TOWNSEND, 2002 QUEVEDO et al, 2008).

Embora a agitação psicomotora seja considerada um sinal de indício ou risco de comportamento agressivo ela não pode ser confundida com a agressividade e não justifica o uso de intervenções restritivas e coercivas.

Na avaliação do cliente devem ser considerados sinais, sintomas e informações que possam esclarecer se o indivíduo possui alguma alteração clínica (doença orgânica, intoxicação, abstinência) que requeira intervenção específica (QUEVEDO et al, 2008).

O papel da equipe e do ambiente no manejo do comportamento agressivo

Evidências científicas recomendam métodos menos coercivos para manejo de comportamento (DUXBURY; WRIGHT, 2011; NICE, 2005; MANTOVANI et al, 2010). Desse modo, deve haver investimento em prevenção, preparo da equipe e ambiente, avaliação e intervenção precoce com métodos não coercivos.

A observação, avaliação do cliente e do ambiente e a gestão de riscos são elementos fundamentais para a prevenção do comportamento agressivo (MARCOLAN, 2013; MANTOVANI et al, 2010; NICE, 2005). Quando o ambiente e a

equipe estão devidamente preparados para receber pessoas com risco de comportamento agressivo, o controle da agressividade e a prevenção de danos tendem a ser mais efetivos.

É importante prezar pela segurança do ambiente. O local do atendimento deve oferecer privacidade, mas ser de fácil acesso para equipe de saúde e de segurança. É necessária estrutura física adequada, indisponibilidade de objetos potencialmente perigosos, adequação dos estímulos sensoriais, sistema de alarme, disponibilidade de medicamentos e equipamentos para contenção, serviço de segurança, e acesso a serviços de diagnósticos e a outros especialistas.

A gestão do ambiente na redução ou prevenção do comportamento agressivo também envolve o conforto do cliente, controle de ruídos, temperatura, iluminação e odores. Devem ser evitados estímulos e movimento excessivos e superlotação (DUXBURY; WRIGHT, 2011; NICE, 2005; MANTOVANI et al, 2010).

A equipe deve receber educação continuada e ter a sua disposição protocolos e rotinas que facilitem uma abordagem coesa e organizada. Além disso, devem ser propiciadas discussões periódicas sobre os atendimentos a clientes agressivos (DUXBURY; WRIGHT, 2011; NICE, 2005; MANTOVANI et al, 2010).

A principal tarefa e o resultado a curto prazo em uma emergência comportamental é a intervenção rápida para impedir a progressão da violência, manter o máximo de segurança para a equipe, cliente e terceiros, com as intervenções menos invasivas e coercivas possíveis (ROCCA et al, 2006).

Manejo verbal e atitudinal

No manejo atitudinal das pessoas em risco de manifestar comportamento agressivo ou violento, é preciso (MARCOLAN, 2013; ROCCA et al, 2006):

- Manter-se em postura vigilante e em prontidão para a ação
- Evitar movimentos bruscos
- Respeitar o espaço físico do paciente (evitar toque)
- Evitar confronto direto
- Estar atento à linguagem não verbal (ex.: evitar olhar desafiador ou submisso)
- Reduzir os estímulos
- Afastar fatores avaliados como estressores ou desestabilizadores

O manejo verbal complementa o manejo atitudinal e pode ser efeito para reduzir a agressividade e agitação do cliente. Ao dialogar com o cliente, pode ser útil (MARCOLAN, 2013; ROCCA et al, 2006):

- Utilizar linguagem simples, clara e concreta (evitar linguagem abstrata ou metáforas)
- Evitar elevar o tom de voz
- Estabelecer limites e contratos de maneira respeitosa
- Evitar confronto direto (ou disputas) com o cliente
- Estimular expressão verbal de sentimentos
- Focalizar o assunto, resumir ideias, repetir as últimas ideias do cliente
- Auxiliar o paciente a reconhecer a realidade (sem confronto)
- Assegurar ao paciente que você pretende ajuda-lo a controlar os próprios impulsos,

- Evitar ceder a testes, desafios e manipulações, bem como evitar promessas, ameaças, opiniões pessoais, manipulação ou faltar com a verdade.
- Explicar as condutas terapêuticas

O manejo atitudinal e verbal realizados na presença de um grupo de profissionais pode demonstrar ao cliente que a equipe está presente para auxiliá-lo a controlar-se e está preparada para conter a destrutividade do cliente e manter a segurança. Desse modo, essa ação em equipe pode ser suficiente para impedir a progressão da violência, dispensando intervenções involuntárias (ROCCA et al, 2006).

A contenção

A contenção consiste na utilização de meios físicos ou farmacológicos para impedir comportamentos destrutivos (ALLEN; CURRIER, 2004; NICE, 2005; PERKINS et al, 2012). Existem diferenças nas definições e em requisitos legais para usá-las nos diferentes países. Ademais, parece haver pouco conhecimento empírico sobre as justificativas para as diferenças entre os países na utilização de medidas de contenção (BERGK et al, 2011; BAK et al, 2012; KNUTZEN et al, 2013). No Brasil, as contenções físicas e químicas devem ser prescritas por médicos.

Evidências recomendam métodos menos coercivos para controle do comportamento agressivo, tais como o reconhecimento precoce de indícios de agressividade, manejo atitudinal, controle do ambiente, educação continuada, estabelecimento de protocolos e rotinas, abordagem coesa e organizada, como já abordado anteriormente. A contenção física deve ser empregada apenas tais

métodos não tiverem efeito (DUXBURY; WRIGHT, 2011; KNUTZEN et al, 2014; MANTOVANI et al, 2010; NICE, 2005; ROCCA; VILLARI; BOGETTO, 2006).

Contenção química ou farmacológica

A contenção química consiste na utilização de fármacos para impedir comportamentos destrutivos. A via oral é preferível para a aplicação da contenção química, sempre que possível (MANTOVANI et al, 2010) e que o paciente esteja colaborativo. Em caso de paciente não cooperativo, o medicamento pode ser administrado por via intramuscular.

A dose do fármaco aplicada deve produzir tranquilização sem sedação. Para a contenção química comumente são empregados benzodiazepínicos, antipsicóticos típicos e atípicos ou combinações desses fármacos (ROCCA et al, 2006).

Contenção física

A contenção física envolve técnicas desenvolvidas para restringir movimentos corporais e evitar comportamentos destrutivos (ARAÚJO et al, 2010). É uma intervenção coerciva usualmente permitida somente quando justificada pelo risco apresentado (PERKINS et al, 2012). Tem como objetivo controlar o comportamento do indivíduo para preservar sua própria segurança e integridade ou de terceiros (ROCCA et al, 2006), portanto, caracteriza-se como intervenção de segurança e não como recurso terapêutico (ALLEN; CURRIER, 2004).

Na operacionalização da contenção física, sugere-se um mínimo de cinco membros da equipe, sendo que um membro assume o papel de líder. Antes do

procedimento, o líder define detalhes e papéis com os membros da equipe e, no momento da intervenção, esse profissional toma a decisão de iniciar a contenção e coordena a equipe (MARCOLAN, 2013; ROCCA et al, 2006). Recomenda-se que a contenção seja mantida o mínimo de tempo possível e que o indivíduo seja acompanhado e avaliado continuamente durante a contenção (MARCOLAN, 2013; BERGK et al, 2011) ou monitorado a cada 15 minutos enquanto estiver contido (BERGK et al, 2011).

As contenções podem ter efeitos físicos e psicológicos deletérios sobre os pacientes e equipe (BAK et al, 2012; KNUTZEN et al, 2013; MANTOVANI et al, 2010; SIMPSON et al, 2013 KNUTZEN et al, 2014). A contenção pode expor o cliente ao risco de sofrer impacto psicológico significativo e experimentar complicações clínicas, tais como redução da perfusão tecidual em extremidades (necrose, trombose e amputação), embolia pulmonar, aspiração e asfixia, lesão de plexo braquial, fraturas, entre outras condições (BAK et al, 2012; SIMPSON et al, 2013).

Desse modo, a contenção é reconhecida como último recurso para o controle do comportamento e redução do risco de violência e danos, quando outras opções não forem efetivas (PERKINS et al, 2012).

Essa é uma técnica que, embora seja disseminada, não é terapêutica, é extremamente controversa e pouco avaliada por investigações metodologicamente apropriadas (ARAÚJO et al, 2010; MANTOVANI et al, 2010). A pesquisa empírica é escassa sobre por que e como as restrições são usadas (KNUTZEN et al, 2013) e há carência de estudos que possam contribuir com o desenvolvimento de orientações éticas e baseadas em evidências (BERGK et al, 2011).

Os métodos coercivos para contenção do comportamento envolvem questões que se referem não apenas à segurança ou falta de evidência científica, mas também representam um problema importante a ser debatido e explorado do ponto de vista dos direitos humanos (BERGK et al, 2011; BAK et al, 2012).

No atendimento em emergências comportamentais, são identificados desafios éticos, operacionais e contextuais. A singularidade de cada caso exige uma análise crítica e inviabiliza a institucionalização de uma prática ou técnica como sendo "a prática correta" (WILLRICH et al, 2014).

SUICÍDIO

O suicídio: definições e perspectivas

“Só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia” dizia o filósofo Albert Camus. O suicídio é um fenômeno enigmático, complexo, dificilmente racionalizado, compreendido ou explicado. Todavia, é altamente frequente, impactante, subestimado e um tabu na sociedade atual.

O suicídio pode ser definido como morte autoinduzida, que contem provas suficientes (explícitas ou implícitas) para permitir a dedução de que o desejo da pessoa era morrer (EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, 2012).

Estima-se que, em 2012, ocorreram 804 mil mortes por suicídio no mundo, representando uma taxa anual de 11,4 suicídios por 100.000 habitantes O suicídio está entre as 10 primeiras causas de morte no mundo e entre as três primeiras na faixa etária entre 15 e 34 anos (WHO, 2014). Um maior número de pessoas comete suicídio anualmente do que as que morrem em todos os conflitos mundiais combinados (OMS, 2006).

O suicídio causa um impacto psicológico e social na família e na sociedade que é imensurável. Em média, um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas (OMS, 2000).

O comportamento suicida possui uma definição mais abrangente do que o suicídio, pois inclui todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. O comportamento suicida inclui desde pensamentos de autodestruição,

ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o suicídio consumado (WERLANG; BOTEGA, 2004).

O comportamento suicida pode ser observado ao longo de um continuum, ou seja, com condições que antecedem o ato do suicídio, em que a pessoa tem inicialmente pensamentos de autodestruição, depois passa por ameaças, gestos, que levam à tentativas de suicídio (WHO, 2014).

As tentativas de suicídio são definidas como comportamentos autolesivos com consequências não-fatais, acompanhados de evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.

As tentativas de suicídio atingem taxas elevadas, podendo chegar a dez ou 20 vezes o número de suicídios concluídos (BOTEGA, 2010; WHO, 2014). Os índices de prevalência de tentativas de suicídio ao durante toda vida variam de 0,4% a 4,2% (VIDAL, 2013).

As tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres, enquanto o suicídio consumido é mais observado em homens (BERTOLOTE et al, 2010).

O comportamento suicida é considerado enigmático e difícil de ser compreendido. Além disso, na sociedade em geral, o suicídio, assim como a morte, é considerado um tabu, sendo insuficientemente abordado e discutido.

Além disso, há uma tendência ao julgamento, estigma e desqualificação da pessoa que tenta tirar a própria vida, o que pode prejudicar a identificação do sofrimento que, comumente, é comunicado por meio do comportamento suicida (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Existem diferentes perspectivas sobre as quais o comportamento suicida pode ser analisado. Na perspectiva sociológica, considera-se que a

sociedade exerce um papel importante na ocorrência do suicídio (DURKHEIN, 1982). Entre diferentes crenças religiosas, há variantes entre punições e recompensas para o comportamento suicida. A psicologia possui diferentes modelos e hipóteses que buscam compreender o comportamento suicida. Há ainda que se considerar as questões legais relacionadas ao suicídio, que é considerado um crime em alguns países, diferentemente do Brasil.

Estão apresentados no quadro a seguir, alguns conceitos relacionados comportamento suicida (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008):

Suicídio: morte autoprovocada, com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.
Pensamento de morte: pensamentos relacionados ao desejo de morrer
Ideação suicida: pensamentos sobre ser o agente da própria morte. A ideação suicida pode variar em gravidade, dependendo da especificidade dos planos de suicídio e do grau de intenção suicida.
Letalidade do comportamento suicida: ameaça objetiva à vida associada ao método de suicídio.
Danos autoprovocados e deliberados: realização proposital de atos dolorosos, destitutivos ou lesivos a si mesmo, sem intenção de morrer.
Risco de suicídio: probabilidade de que a ideação suicida leve ao ato suicida e tenha como desfecho a morte autoinduzida.

As tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres, enquanto o suicídio consumido é mais observado em homens (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011; BERTOLOTE et al, 2010).

Motivações e fatores de risco para o suicídio

O suicídio apresenta-se como um fenômeno complexo e multicausal, resultante da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (VIEIRA,2009; ZADRAVEC, 2013; SUN, 2015).

São considerados fatores de risco para o suicídio (BERTOLOTE et al, 2010; QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; VIDAL, 2013):

- Doença física (especialmente doenças com maior gravidade e menor probabilidade de cura)

- Transtornos mentais

- Sintomas psiquiátricos específicos (ansiedade, desesperança, impulsividade e agressividade)

- História psiquiátrica prévia (abuso físico ou sexual na infância, estressores psicossociais, história familiar de suicídio)

- Depressão (o risco de suicídio em paciente depressivos é ainda maior no início do tratamento com antidepressivos, pois os efeito terapêuticos sobre o funcionamento global do indivíduo precedem os efeitos sobre os sintomas depressivos e pensamentos suicidas. Assim, o paciente pode estar fisicamente mais ativo para cometer o suicídio)

- Tentativas prévias de suicídio (o risco da pessoa cometer o suicídio agrava de acordo com o número de tentativas e também está atrelado ao interstício de tempo mínimo entre essas tentativas.

Os motivos associados a tentativas de autoagressão são diversos e podem contemplar o desejo de provocar a própria morte, evitar sofrimento psíquico ou situação intolerável, influenciar mudanças de comportamento, testar os

sentimentos de pessoas a seu respeito, provocar sentimentos de pena e culpa, demonstrar desespero, buscar ajuda, entre outros (QUEVEDO; SCHMITT;KAPCZINSKI, 2008). Independente da intenção real do ciente da letalidade do método, há uma expressão de sofrimento ou comportamento disfuncional associado à autoagressão.

Usualmente, o suicídio simboliza a busca de uma solução para um problema ou crise que está provocando veemente sofrimento, articulado as necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia (KAPLAN, 2002).

Importância de ações preventivas e de cuidado qualificado

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o suicídio seja priorizado nas agendas de saúde e políticas públicas (WHO, 2014) devido ao amplo impacto do comportamento suicida na população mundial, pois sabe-se que o suicídio provoca a perda de muitos anos potenciais de vida e tem prejuízos emocionais e econômicos substanciais (WHO, 2014Inserir).

Considerando a gravidade e possibilidade de prevenção do suicídio, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, a Portaria 1.876 que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e ressalta a importância de pesquisas voltadas para essa temática (BRASIL, 2006).

A avaliação e intervenção qualificadas sobre o risco suicida e a limitação de acesso aos meios para concretizá-lo são fundamentais para salvar vidas

(REGISTRED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO, 2009; EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, 2012; MENON, 2013; YIP et al., 2012).

É importante que os profissionais de engajem em ações estratégicas no âmbito da política pública em saúde mental e na reabilitação psicossocial dos sujeitos com os quadros de ideação suicida e tentativas de suicídio.

O cuidado de enfermagem a essas pessoas deve ser baseado em evidências científicas, mas também considerar e valorizar a singularidade dos sujeitos atendidos e a incorporação de novas maneiras de olhar e pensar o sofrimento psíquico como fenômeno da existência, sem a reprodução de modelos estáticos e cristalizados, típicos de modelos excludentes, como o manicomial (HECK,2012).

Não basta que o sujeito sobreviva, é preciso trabalhar o sofrimento do indivíduo, as motivações e fatores relacionados ao suicídio e a promover a ressignificação e reconstrução de novos modos de subjetividade.

A assistência integral ao indivíduo com comportamento suicida deve tornar-se um mecanismo potencializador de vida, capaz de ressignificar todos os processos da vida do sujeito (KANTORSKI, 2000).

A prevenção do suicídio e ações em saúde coletiva

Diante da complexidade do assunto, os esforços de prevenção do comportamento suicida devem estar pautados no conhecimento dos fatores de risco, sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção (BOTEGA et al, 2006).

É preciso levar em consideração que, atualmente, as situações sociais e questões como empregabilidade e desemprego, estrutura familiar, condições socioeconômicas, padrão de possibilidades de consumo de insumos, aceitação no meio de convivência, entre outros fatores, interagem com as predisposições biológicas para o aparecimento do comportamento suicida (WHO, 2002).

Desse modo, as ações relacionadas a prevenção do suicídio devem ser intersetoriais e realizar uma abordagem abrangente, considerando fatores sociais, econômicos, filosóficos, existenciais é pertinente para se avaliar o risco de suicídio que cerca o indivíduo.

A prevenção do suicídio faz-se por meio do reforço dos fatores ditos protetores e diminuição dos fatores de risco, tanto no nível individual como coletivo. Entre os primeiros, podemos citar bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo, ter filhos pequenos (SUOMINEN et al, 2004).

Focalizando o contexto brasileiro atualmente, a atenção primária à saúde constitui a porta de entrada para a rede de atenção à saúde, é o eixo norteador e articulador da assistência em saúde. A Estratégia de Saúde da Família se configura como um serviço que propicia o desenvolvimento da atenção primária à saúde no sistema público de saúde brasileiro (PAIM et al, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) mostra-se como instrumento importante no processo de transformação da assistência, possibilitando maior aproximação entre usuário-família-profissionais e toda a comunidade, dessa forma é um serviço que contribui tanto para a percepção de mudança de comportamento

do paciente quanto para realizar o acompanhamento longitudinal após tentativa de suicídio (CÂMARA, PEREIRA, 2010).

Reforçando a ideia de vínculo que é criado na atenção primária, entre equipe e comunidade, vale considerar que é a equipe de atenção primária que tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local. A equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde. Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde. O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações. Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado. É também a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitarem. Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde (OMS, 2000).

Um dado relevante que reforça a importância representada pela atenção primária na prevenção ao suicídio foi identificado por meio de estudos, que constataram que usuários com comportamento suicida tendem a procurar auxílio nos serviços de atenção primária antes de morrer. Cerca de 75% das pessoas que se suicidaram procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% o fizeram no mês em que cometeram suicídio (KOHLRAUSCH et al, 2008; LUOMA, MARTIN, PEARSON, 2002) o que reafirma a questão dos profissionais da atenção primária desempenharem papel fundamental na detecção precoce de fatores de risco para suicídio, prevenindo o comportamento suicida (LUOMA, MARTIN, PEARSON, 2002). Capacitar a equipe de atenção primária à

saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio (OMS, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004; WHO, 2005) lançou algumas recomendações para a prevenção do suicídio, que são importantes para orientar os profissionais de saúde a ter uma atitude mais coerente, segura, decisiva ao se depararem com esta situação, segue a seguir os tópicos considerados pela OMS.

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública sobre doença mental e seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na área de prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;
- Prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (gatekeepers) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Destaca-se que o acesso imediato a um método para cometer suicídio é um importante fator determinante para um indivíduo cometer ou não suicídio. Reduzir o acesso a estes métodos letais é uma estratégia efetiva de prevenção (OMS, 2000; OPAS, 2009). Novos estudos continuam mostrando que o efeito da diminuição na acessibilidade a métodos letais, principalmente métodos largamente usados em uma determinada região, não é anulado por uma substituição de método, acarretando em uma redução do número de suicídios (CAIS, 2011).

Outro aspecto que merece destaque é o papel significativo da mídia na sociedade atual, ao proporcionar uma ampla gama de informações, através dos mais variados recursos. Influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e ocupa um lugar central nas práticas políticas, econômicas e sociais. Devido a esta grande influência, os meios de comunicação podem também ter um papel ativo na prevenção do suicídio. (OMS, 2000).

Dessa forma há manuais que foram produzidos para os profissionais da imprensa com o objetivo de auxiliar a forma como anunciar casos de suicídio. Entre as recomendações relacionadas à divulgação de dados de suicídio estão: procurar fontes confiáveis e autênticas, evitar sensacionalismo, evitar descrições detalhadas do método usado, divulgar serviços de saúde mental disponíveis, sinais de alerta de comportamento suicida e outras informações úteis (OMS, 2000.)

Avaliação do risco de suicídio

A avaliação adequada sobre o risco suicida é fundamental para salvar vidas (REGISTRED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO, 2009; EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, 2012; MENON, 2013; YIP et. al., 2012).

Para o rastreamento do suicídio, importante identificar os sentimentos principais de quem pensa em se matar, representados pelos "4D": depressão, desesperança, desamparo e desespero (BRASIL, 2006). Esses são indícios importantes de que a pessoa pode estar precisando de ajuda. Também podem estar presentes o desinteresse pelo próprio bem-estar, comportamentos de risco, alterações nos padrões comportamentais e tentativas de por assuntos pessoais em ordem.

Também é importante identificar frases de alerta que indicam a necessidade de investigar cuidadosamente o risco de suicídio. Como exemplos, podemos citar as seguintes frases:

"Minha vida não tem mais sentido"

"Tenho vontade de sumir ou de dormir e não acordar nunca mais".

"Eu preferia estar morto"

"Não posso fazer nada"

"Não aguento mais minha vida"

"As outras pessoas ficarão mais felizes sem mim".

Além disso, é importante que os profissionais tenham conhecimento de que existem três características que estão presentes na maioria das pessoas com risco de suicídio:

- Ambivalência: é atitude interna característica de pessoas que tem ideação ou tentam suicídio. Usualmente, essas pessoas querem, ao mesmo tempo, alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é um fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas e tem conflitos internos entre os desejos de viver

e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.

- Impulsividade: o suicídio pode ser um ato impulsivo desencadeado por algum evento precipitante. Assim, a impulsividade merece ser cuidadosamente avaliada entre pessoas que possam estar em risco suicida.

- Rigidez/constricção: este é um estado cognitivo no qual a pessoa apresenta o estreitamento das opções disponíveis e tende a pensar de forma dicotômica e drástica: “tudo ou nada”. A restrição do pensamento ou “visão em túnel” faz com que o suicídio seja percebido como a única solução, sem que alternativas sejam exploradas.

Não é possível prever o comportamento suicida ou determinar claramente quem tentará cometer suicídio. Ainda assim, é importante estimar o risco de suicídio para o planejamento adequado dos cuidados a serem prestados. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS,2006), o risco de suicídio pode ser classificado em:

1. Inexistente;
2. Leve: ideação limitada, não há plano ou preparação; sem tentativas;
3. Moderado: planos e preparação definidos ou mais de um fator de risco; motivação para melhorar o estado emocional e psicológico atual;
4. Severo: planos e preparação claramente definidos; dois ou mais fatores de risco; inflexibilidade cognitiva e desesperança; sem apoio social disponível; tentativas anteriores.
5. Extremo: múltiplas tentativas; fatores de risco significativos

Ao realizar o acolhimento e permitir-se à escuta efetiva, as chances de se perceber estes sinais no paciente com comportamento suicida aumentam em grandes proporções, possibilitando ao profissional e à equipe uma conduta mais eficaz, podendo lançar mão dos serviços existentes na rede de atendimento a saúde fazendo com que a ideia de cometer suicídio seja interrompida e o paciente seja acompanhado, após conduta, para observar a mudança no quadro.

A avaliação do risco de suicídio deve ser cuidadosa e abrangente. Uma questão importante a esse respeito é que o tema precisará ser abordado de forma direta em situações que apresentem sinais ou indícios de risco de suicídio, como aquelas supracitadas.

Muitas pessoas temem questionar o cliente sobre a ideação e plano suicídio pensando que podem estimulá-lo a cometer o suicídio. Contudo, perguntar a uma pessoa sobre o suicídio é necessário e não vai levar a pessoa ao suicídio (APA,2006). A maioria das pessoas com ideia de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas por meio de sinais, comentários ou respondendo a questionamentos.

A maioria das pessoas não se sente preparada para perguntar ou lidar com o suicídio. A avaliação pode ser facilitada pela abordagem gradual do tema.

Inicialmente, é útil introduzir a avaliação do risco de suicídio com questões menos impactantes, tais como:

“Como você tem se sentido ultimamente?”

“Você tem se sentido útil e realizado na vida?”

“Quais são os seus planos para o futuro?”

“Como você descreveria seu desejo de viver?”

“Quais são as suas razões para viver?”

“Que problemas você tem enfrentado ultimamente?”

As respostas a questões como essas podem fornecer indícios sobre o risco de suicídio e sobre a necessidade de uma avaliação mais detalhada, mas são insuficientes para graduar o risco de suicídio.

Assim, posteriormente, o profissional pode optar por prosseguir com a avaliação a partir de elementos apresentados pelo cliente (ex.: “me conte mais sobre isso”...) ou poderá iniciar questionamentos mais direcionados a avaliação e graduação do risco:

“Em algum momento você teve o desejo de morrer?”

“Alguma vez você teve vontade de fazer algo contra si mesmo?” (Caso a resposta seja afirmativa: “Qual era a sua intenção?”, “E como está essa vontade atualmente?”)

“Pensou em por um fim à própria vida?”

“Pensou em como se mataria?”

“Já tentou ou se preparou para se matar?”

“O que te leva a desejar a morte?”

“Tem esperança de ser ajudado?”

“Quais são as suas razões para viver?”

“O que te ajuda quando você está em momentos difíceis?”

A avaliação completa deve abranger: ideação suicida (pensamentos sobre ser o autor da própria morte); planos: métodos para concretizar o suicídio, letalidade e acesso aos métodos e escolhas de uma data para cometer o suicídio

(permitem suposições sobre a previsibilidade e iminência do suicídio); necessidades do cliente; fatores de proteção e suporte social e familiar disponível.

Intervenções de enfermagem e o comportamento suicida

Destaca-se que a equipe de enfermagem possui contato frequente com clientes em risco ou após tentativas de suicídio e tem papel central no manejo inicial desses casos (OSAFO et. al., 2012; NEBHINANI et. al., 2013).

Não há um conjunto de procedimentos universalmente aceitos sobre como se deve lidar com um indivíduo suicida ou potencialmente suicida. Entretanto, existem diretrizes nacionais e internacionais relacionadas aos cuidados recomendados ao cliente com comportamento suicida. Tais recomendações foram sintetizadas e apresentadas a seguir (BRASIL, 2006; REGISTERED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO, 2009; EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, 2012; MENON, 2013):

1-Levar a sério todos os indicativos de suicídio, ainda que possa haver um alta taxa de falsos positivos.

A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério, pois o uso desse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e precisa de ajuda.

A ideia de "quem quer se matar não avisa" é equivocada, pois pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou concluem o suicídio comunicam de alguma maneira sua intenção.

2- Priorizar a segurança do indivíduo. Esse é um aspecto essencial, especialmente em casos em que o risco de suicídio é mais elevado e iminente. Ao

prezar pela segurança imediata do indivíduo o profissional pode ganhar tempo para iniciar outras intervenções.

3- Realizar uma avaliação completa e abrangente (conforme mencionado anteriormente). Essa avaliação direcionará as intervenções a serem realizadas com o cliente.

Se o risco do indivíduo cometer suicídio for severo ou extremo, intervenções restritivas são podem ser necessárias, tais como a internação involuntária.

4- Mobilizar recursos e apoio (equipe, família e comunidade).

Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-lo, em geral alguém de sua confiança, e depois entre em contato com essas pessoas.

Oriente sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelas pessoas próximas ao cliente e sobre a necessidade de impedir o acesso aos meios para cometer suicídio.

É importante ter em mente que, para uma intervenção satisfatória e abrangente, o profissional poderá precisar recrutar apoio de diferentes fontes e profissionais.

5- Promover fatores de proteção e bem-estar. (Exemplo: apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas e culturais; envolvimento em atividades comunitárias; vida social

satisfatória; integração social através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer; acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

6- Estabelecer relação terapêutica.

7- Favorecer a redução de sentimentos de vergonha, culpa e estigma.

8- Promover a esperança por meio de questionamento lógico (quando o cliente está excessivamente pessimista, com percepção distorcida sobre a realidade e a proporção dos problemas pessoais).

9- Questionar o cliente suas percepções sobre as consequências do suicídio.

10- Trabalhar a ambivalência:

- Permitir que o cliente fale sobre o conflito entre o desejo de viver e morrer

- Solicitar ao cliente que verbalize os próprios motivos para morrer e suas razões pessoais para manter-se vivo (não é útil que o profissional apresente ao cliente os seus motivos pessoais para viver, pois pode focar elementos que, para o cliente, não sejam caracterizados como razões para viver).

11- Fornecer apoio emocional e de estabelecimento de vínculo

12- Estabelecer "contrato de não-suicídio" no qual o cliente é convidado a estabelecer um compromisso que busca ajuda profissional e não cometer o suicídio quando estiver com desejo de provocar a própria morte. (O contrato usualmente é aplicado quando há vínculo com o profissional e comumente é renovado periodicamente).

13- Trabalhar a solução de problemas.

Por meio dessa intervenção, o profissional permite que o cliente possa perceber e explorar as várias alternativas ao suicídio.

Essa intervenção é útil quando há estressor ou problema que provoca sofrimento e não é tolerado ou enfrentado de forma adaptativa pelo cliente.

a- Compreensão do cliente do problema (importância e fatores)

b- Explore com o cliente como o perito em determinar as soluções

d- Suporte para decisão selecionado

14- Início e manutenção de tratamento para transtornos mentais preexistentes.

O enfermeiro pode auxiliar na realização do exame do estado mental e histórico do indivíduo para colaborar com o estabelecimento de hipóteses diagnósticas.

No caso de indivíduos já diagnosticados e em tratamento, é importante avaliar e encorajar a continuidade do tratamento e discutir a necessidade de readequações do projeto terapêutico individual, considerando o quadro clínico atual.

15- Evitar julgamentos e manter postura acolhedora.

Atitudes negativas relacionadas ao comportamento suicida podem favorecer a estigmatização e discriminação, aumentar as barreiras para a busca de tratamento e prejudicar a qualidade do cuidado oferecido (SAUNDERS et al, 2012).

QUADROS ORGÂNICOS QUE SE MANIFESTAM COM ALTERAÇÕES DO ESTADO MENTAL

Um dos principais objetivos do atendimento de urgências e emergências psiquiátricas é o reconhecimento de quadros orgânicos, ou seja, situações que se manifestam com alterações mentais e comportamentais, mas são causadas por alterações fisiológicas e morbidades orgânicas.

Por se assemelharem a alterações decorrentes de transtornos mentais, esses quadros orgânicos podem ser tratados de forma inadequada. Assim, o não reconhecimento dessas alterações orgânicas pode colocar o cliente seriamente em risco, pois se a causa fisiológica que provoca os sintomas pode não for o alvo da assistência há risco de complicação clínica.

Existem características que estão relacionadas às alterações psiquiátricas que são causadas por quadros orgânicos:

- Início agudo
- Primeiro episódio
- Idade avançada
- Doença ou lesão orgânica atual
- Abuso de substâncias psicoativas
- Alucinações não-auditivas, ou seja, que estejam relacionadas aos outros sentidos (alucinações táteis, visuais, gustativas, olfativas).
- Alterações cognitivas
- Alterações da fala ou movimentos (e marcha)

Desse modo, deve-se ter maior alerta para investigação de alterações orgânicas em casos de urgência psiquiátrica em que o cliente tem idade avançada, apresenta doença clínica ou abuso de substâncias, sem histórico psiquiátrico e cujas alterações tenham início abrupto e incluam alucinações não auditivas, alterações cognitivas e da fala ou movimentos.

Delirium

O delirium é um exemplo de quadro orgânico que se manifesta com alterações do estado mental.

O delirium agrupa um conjunto de condições que se caracterizam como quadros com alterações do estado mental causados por uma ampla variedade de alterações fisiológicas. Essas condições tem em comum as seguintes características (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; SADOCK; SADOCK, 2007):

- Perturbações da consciência, atenção, cognição e percepção
- Início súbito
- Flutuação (dos sintomas)
- Ser consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, intoxicação ou abstinência de substâncias, uso de medicação, exposição a toxinas ou uma combinação desses fatores.
- Representar um declínio súbito e significativo de um nível de funcionamento anterior que não é melhor explicado por uma demência anterior ou em evolução.

Os cuidados de enfermagem no delirium dependem da causa fisiológica do quadro, portanto, são variáveis.

A detecção precoce do delirium e a investigação da causa são importantes, pois o tratamento deve ser direcionado à causa de base do quadro para evitar danos.

A monitorização do cliente deve ser rigorosa. Medidas de conforto e segurança também são necessárias (BULECHEK; BUTCHER, 2010; QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; TOWNSEND, 2002).

EMERGENCIAS RELACIONADAS AO USO OU ABSTINÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Transtornos por uso de substâncias são prevalentes em setores de emergência gerais e psiquiátricos, atingindo taxas de 28% das ocorrências em prontos-socorros gerais. Todavia, elevada taxa de problemas relacionados a substâncias psicoativas não é identificada pelos profissionais dos setores de emergência (AMARAL et al, 2010).

O cuidado em emergências relacionadas ao uso de substâncias deve conter: avaliação completa (médica geral e psiquiátrica), o tratamento dos quadros diagnosticados (abstinência, intoxicação e quadros clínicos que caracterizem uma emergência), a motivação do paciente para iniciar tratamento e elaboração de encaminhamento.

O atendimento em urgências e emergências requer a avaliação do cliente quando ao uso prévio de substâncias psicoativas. Essa avaliação compreende (American Psychiatric Association, 2006):

- Substância utilizada, estimativa da quantidade, frequência e duração do uso e último consumo (para estimar tempo de aparecimento de sintomas de abstinência)
 - Histórico do uso de substâncias e seus efeitos no funcionamento cognitivo, psicológico e fisiológico do paciente no presente e no passado
 - História médica geral e psiquiátrica
 - Exame físico e psiquiátrico
 - História familiar e social
 - Triagem da substância utilizada por meio do sangue, da respiração ou urina
 - Testes laboratoriais para avaliar complicações associadas ao uso da

substância

- Se houver permissão do cliente, entrar em contato com pessoa que possa oferecer informações adicionais

Intoxicação aguda

A intoxicação caracteriza-se pelo desenvolvimento de síndromes específicas devidas à exposição recente à substância. O tratamento da intoxicação aguda tem como objetivo a retirada ou recuperação dos efeitos agudos das substâncias (AMARAL et al, 2010).

Os efeitos provocados pela intoxicação variam de acordo com a substância utilizada (AMARAL et al, 2010):

- Depressores do sistema nervoso central (álcool, benzodiazepínicos): hipotensão e bradicardia, depressão respiratória. Há maior risco quando há potencialização dos efeitos pela associação de substâncias.
- Psicoestimulantes (cocaína e outros): hipertensão arterial, taquicardia, taquipnéia, hipertermia, dilatação pupilar, estado de alerta elevado e aumento psicomotricidade.
- Maconha: sintomas psicóticos, episódios agudos de ansiedade e, em alguns casos, agressividade.
- Opióides: A superdosagem deve ser considerada diante de sinais de miose e bradicardia acentuadas, depressão respiratória, estupor ou coma.
- Solventes: agrupa uma variedade de substâncias com mecanismos de ação variados. Possuem efeitos depressores sobre o sistema nervoso central.

Sintomas: euforia e desinibição (inicialmente), ataxia, risos imotivados, fala pastosa, confusão mental, alucinações e disritmia cardíaca.

A assistência em casos de intoxicação por substâncias psicoativas dependerá do tipo de substância utilizada. No entanto, podem ser listados cuidados gerais direcionados à intoxicação por substâncias psicoativas (AMARAL et al, 2010):

- Proporcionar ambiente seguro e monitorado
- Realizar avaliação do cliente (conforme mencionado anteriormente)
- Reduzir a exposição a estímulos externos
- Estabelecer relacionamento terapêutico
- Fornecer ao cliente dados de realidade
- Colaborar com medidas para eliminação da substância ou reversão dos efeitos da substância.
- Monitorar o cliente e colaborar com estratégias para estabilizar os efeitos físicos da substância

Abstinência

Os sintomas de abstinência são causados pela interrupção ou redução abrupta do uso da substância utilizada. Usualmente, estão relacionados um consumo prévio crônico e abusivo.

O consumo continuado da substância provoca alterações no sistema nervoso para que o organismo possa adaptar-se aos efeitos da substância, desse modo, a retirada da droga pode provocar um desequilíbrio responsável pelos sintomas de abstinência.

A abstinência a uma substância comumente produz efeitos opostos aos que são provocados originalmente pela droga.

A procura de setores de emergência por usuários de substâncias psicoativas pode ser uma oportunidade para intervenções breves para a sensibilização do paciente quanto ao uso de substâncias, comportamentos de risco e consequências físicas e psicossociais do uso de substâncias psicoativas (AMARAL et al, 2010; FREI et al, 2012).

Emergências psiquiátricas relacionadas ao uso de álcool

Serão abordadas as emergências relacionadas ao uso e abstinência do álcool por tratar-se de problema comumente identificado no atendimento de emergências. Segundo a OMS (2001), o uso nocivo do álcool figura entre as quatro condições mais incapacitantes no mundo.

O uso prolongado do álcool pode acarretar uma variedade de problemas que merecem ser investigados e tratados quando um usuário crônico é admitido. Essas alterações incluem: desidratação, distúrbios hidroeletrolíticos, desnutrição, pancreatite alcoólica hepatopatias (hepatite, esteatose, cirrose), alterações glicêmicas (hipoglicemia e diabetes) e doenças infecciosas.

O consumo crônico também está associado à deficiência de tiamina ou vitamina B1, que pode provocar a Encefalopatia Wernicke – Korsakoff. Os sintomas da síndrome Wernicke são ataxia, alterações nos movimentos oculares e confusão mental. A presença desses sintomas não é necessária para o início do tratamento com reposição de tiamina, pois essa síndrome pode evoluir para a síndrome de Korsakoff que produz dano cerebral irreversível, a. A dose de tiamina preconizada

é de doses acima de 250 ou 300 mg de tiamina por dia, por via intramuscular, por um período de 7 a 15 dias (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004).

No atendimento a clientes com problemas relacionados ao consumo de álcool, a enfermagem deve promover intervenções que incluem:

- Avaliar sinais e sintomas de possíveis complicações relacionadas ao uso crônico do álcool
- Medidas de segurança
- Redução de estímulos ambientais e promoção do conforto do cliente
- Elevação da cabeceira do cliente
- Reposição hídrica e nutricional
- Evitar acesso a soluções a base de álcool
- Discutir a necessidade de reposição de tiamina
- Previsão de materiais para suporte respiratório (caso necessário)

Emergências psiquiátricas relacionadas a abstinência alcoólica

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) ocorre quando há a dependência, sinalizando um consumo crônico e abusivo. É desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa abruptamente a ingestão de álcool (APA, 2002; CRM, 2003).

Os sintomas da síndrome de abstinência do álcool (SAA) geralmente se iniciam dentro de 4 a 12 horas após a interrupção ou a diminuição do uso de álcool e a intensidade da SAA atinge seu pico no segundo dia (AMARAL et al, 2010).

A intensidade da SAA pode variar de leve/moderada a grave. A gravidade da SAA determinará o manejo clínico e medicamentoso dos pacientes. Enquanto

síndrome de abstinência leve/moderada pode ser tratada no domicílio ou ambulatório, a SAA grave requer internação hospitalar devido ao estado confusional do paciente, complicações clínicas associadas, necessidade de monitoramento e manejo da dose dos medicamentos (LARANJEIRA et al, 2002).

A síndrome de abstinência alcoólica pode ser classificada, de acordo com a severidade dos sintomas em (AMARAL et al, 2010; MACIEL; KERR-CORREA, 2004; LARANJEIRA et al, 2000):

- SAA leve/moderada: Os sinais e sintomas mais comuns são ansiedade, tremores, alteração do sono, desconforto gastrointestinal, ansiedade, irritabilidade, sudorese, aumento da frequência cardíaca, do pulso e da temperatura (LARANJEIRA et al, 2002).
- SAA grave manifesta-se por sintomas autonômicos mais intensos, tremores generalizados, alucinações, desorientação temporo-espacial (LARANJEIRA et al, 2000).
- *Delirium tremens*: Os sintomas incluem redução do nível de consciência, alterações cognitivas, alucinações, tremores marcantes, delírios, agitação, agressividade, ansiedade e hiperatividade autonômica hipertensão (>140/90mm hg), taquicardia e temperatura elevada (> 37°C). Cerca de 3% dos pacientes com SAA grave podem evoluir para o *Delirium tremens* (DT), após 72 horas da última dose. A mortalidade atinge de 5 a 10% dos casos.

Na assistência ao cliente em síndrome abstinência alcoólica grave ou em *delirium tremens* são necessários (AMARAL et al, 2010):

- Monitoramento do cliente (avaliação dos sinais vitais, glicosimetria, exame do estado mental, etc.)
- Avaliação da gravidade da SAA : ver Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (Anexo A).
- Medidas de segurança
- Redução de estímulos ambientais e promoção do conforto do cliente
- Elevação da cabeceira do cliente
- Reposição hídrica e nutricional
- Evitar acesso a soluções a base de álcool
- Previsão de materiais para suporte respiratório (caso necessário)
- Administração de fármacos:
 - Administração intramuscular de tiramina (300 mg intramuscular/dia)
 - Administração de benzodiazepínicos, preferencialmente por via oral (10-20 mg de hora em hora) Se não for possível a administração por via oral, administrar diazepam endovenoso, 10 mg em 4 minutos.
 - Em alguns pacientes pode ser necessária a administração de anticonvulsivantes e antipsicóticos.

ATAQUES DE PÂNICO

O ataque de pânico é o nível extremo de ansiedade que se caracteriza como um período distinto e intenso medo e desconforto (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; SALUM et al, 2009).

Os sintomas do ataque de pânico incluem sentimentos de catástrofe iminente, medo de enlouquecer ou perder o controle, desrealização, despersonalização e sintomas físicos (dispnéia, sudorese, taquicardia, dor ou desconforto torácico, desconforto abdominal, tontura, sensação de sufocamento, formigamento e rubor ou palidez facial) (MIGUEL et al, 2011; APA, 2002).

Os ataques tem início é súbito e duração limitada. A ansiedade se eleva rapidamente atingindo o pico em 10 minutos e geralmente se resolvem em até 30 minutos (MIGUEL et al, 2011; APA, 2002).

Os cuidados oferecidos durante o ataque de pânico incluem medidas para reduzir o grau de ansiedade:

- Reduzir estímulos ambientais
 - Promover conforto do cliente
 - Manter abordagem clara, direta, calma, segura, de apoio e não ameaçadora.
 - Permanecer com o cliente
 - Evitar a exposição do cliente a outras pessoas
 - Utilizar técnicas de relaxamento, caso sejam aceitas pelo cliente (ex.: exercícios de respiração lenta e profunda e relaxamento progressivo)
 - Avaliar se os sintomas podem ser causados por alterações orgânicas ou abuso de substâncias psicoativas
- (de acordo com sintomas)

- Informar o paciente a transitoriedade do ataque 10-30min
- Instruir ao paciente para que ele respire pelo nariz e não pela boca (não hiperventilar)
- Em crises mais intensas ou prolongadas podem ser prescritos e administrados benzodiazepínicos de ação curta

PSICOSE AGUDA

A psicose pode ser definida como a perda de contato com a realidade e se manifesta pelos delírios e alucinações. Os delírios podem ser definidos como uma falsa crença (não fundamentada na realidade) não compartilhada por membros do grupo sócio-cultural do indivíduo e as alucinações são caracterizadas pela percepção sensorial na ausência de estímulo externo (como, por exemplo, ouvir vozes sem que haja estímulo real) (FORLENZA; MIGUEL, 2012).

Muitas psicoses que não se enquadram entre as emergências psiquiátricas, por apresentarem sintomas de menor gravidade ou risco que requeiram intervenções imediatas.

A psicose aguda é uma emergência psiquiátrica que se caracteriza pelo prejuízo grosseiro no contato com a realidade, manifestado por uma percepção inadequada e persistente do mundo externo.

Os cuidados de enfermagem devem priorizar a promoção da segurança e a investigação para detecção de alterações fisiológicas, pois existem quadros clínicos que provocam a psicose e requerem intervenções clínicas específicas.

O manejo do cliente com pensamento desorganizado requer o uso de linguagem simples, clara e concreta e o estabelecimento de limites. É relevante deixar transparecer o interesse pelo cliente e informa-lo sobre todas as condutas terapêuticas esclarecendo que as intervenções realizadas tem a finalidade de ajudá-lo (TOWNSEND, 2002).

No manejo de delírios e alucinações são empregadas a orientação para a realidade, evitando o confronto direto e o reforço dos sintomas psicóticos. O cliente deve ser estimulado a se engajar em atividades “reais”. Quando necessárias,

as medidas de segurança devem ser tomadas de forma menos restritiva possível (BULECHEK et al, 2010; TOWNSEND, 2002).

TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO

O transtorno de estresse agudo agrupa um conjunto de reações agudas ao estresse (com duração de dois dias a quatro semanas) que preenchem critérios de (QUEVEDO et al, 2008):

- Revivência (sensação de reviver um evento traumático)
- Esquiva (evitar tudo o que possa lembrar o evento traumático)
- Excitabilidade aumentada
- Sintomas dissociativos (sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento, ausência de resposta emocional, redução da consciência quanto a coisas que o rodeiam, desrealização, despersonalização, amnesia dissociativa)
- A perturbação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

No manejo do estresse agudo, a equipe de saúde deve empregar intervenções específicas que favorecem o enfrentamento adaptativo do estressor pelo cliente (QUEVEDO et al, 2008):

- Estabelecimento de relação terapêutica
- Promoção de ambiente seguro
- Atenção a aspectos emocionais relacionados ao trauma
- Abordar sentimentos de culpa e vulnerabilidade
- Explorar e reforçar aspectos favoráveis à recuperação
- Prevenir a instalação de evitações (de objetos ou situações que não representam risco, mas fazem o indivíduo lembrar do evento traumático).
- Retorno às atividades cotidianas o mais breve possível

- Acionamento de rede de apoio
- Retirada de estressores adicionais.
- Facilitar a habilidade do indivíduo para compartilhar dificuldades emocionais e materiais com familiares e amigos
- Instruir familiares a evitar críticas ao paciente e permitir que ele fale do trauma quando sentir necessidade.

ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA E OUTRAS PESSOAS PRÓXIMAS AO CLIENTE

Familiares de clientes em situação de urgência e emergência podem experimentar angústia, medo, insegurança em relação à instabilidade do cliente e preocupar-se com as consequências duradouras que problema de saúde possa acarretar.

A família e os indivíduos que convivem com o cliente facilitam a obtenção de informações relevantes e recursos de apoio para o cliente. No entanto, essas pessoas ser incluídas não apenas como parceiras, mas também como alvo dos cuidados.

O acolhimento da família pode favorecer os resultados finais do atendimento emergencial e a continuidade do tratamento do cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em emergências psiquiátricas é complexo e desafiador. As emergências psiquiátricas podem ocorrer em todos os contextos de assistência e possuem diversidade nas apresentações clínicas, complexidade e evolução. Além disso, requerem atuação imediata e pressupõem a tensão entre a observância de princípios éticos, tais como autonomia, beneficência, não maleficência e confidencialidade (QUEVEDO et al., 2008).

Os cuidados de emergências psiquiátricas abrangem ações voltadas para preparo do atendimento, avaliação, detecção e intervenção precoce de sintomas e comportamentos deletérios e manejo da crise. A equipe multidisciplinar deve estar coesa, preparada para o atendimento e ter consistência em relação a contratos e ao manejo em geral.

O atendimento em emergências psiquiátricas representa um momento crítico marcado pela fragilidade e instabilidade do cliente e grande responsabilidade para o profissional de saúde. A abordagem baseada em evidências, rápida, humanizada e eficaz pode ser determinante para o prognóstico do cliente.

Nesses atendimentos são fundamentais o conhecimento, habilidades, o preparo emocional e a integração da equipe. O registro das informações deve ser preciso e fidedigno.

Quando presentes no atendimento, os familiares não devem ser apenas fonte de informação, mas também parceiros e alvo dos cuidados (TOWNSEND, 2002).

Assim, é necessária a reflexão e reavaliação constante sobre condutas adotadas nas intercorrências, resultados do manejo, sentimentos relacionados e alternativas para aprimorar o cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, M. H.; CURRIER, G. W. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry*, v. 26, n. 1, p. 42-49, 2004.
- AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A.G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v.32, s.2, p. S104-S111, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV). 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition. In *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006.
- ARAÚJO, E. M. MARTINS, E.S.; ADAMS, C.E. COUTINHO, E.S.F.; HUF, G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 2, p. 94-98, 2010.
- BAK J, BRANDT-CHRISTENSEN M, SESTOFT DM, ZOFFMANN V. Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? - A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* v. 48, n.2, p.83-94, 2012.
- BERGK, J.; EINSIEDLER, B.; FLAMMER, E.; STEINERT, T. A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric Services*, Washington, v. 62, n. 11, p. 1310-1317, 2011.

BERTOLOTE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.32, sup.2, p. 87-95, 2010 .

BOTEGA, N. Prevenção do suicídio. *Debates. Psiquiatria Hoje. Associação brasileira de psiquiatria*, v. 2, n.1, p. 11-12, 2010.

BOTEGA,N.J., WERLANG, B.S.G., CAIS, C.F.S, MACEDO, M.M.K., Prevenção do Comportamento suicida, *Psico, PUCRS*, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, 2006.

BULECHEK, GM; BUTCHER, HK; DOCHTERMAN, JM. *Classificação das intervenções de Enfermagem*. 5 ed. RJ: Elsevier, 2010.

CAIS, C.F.S- *Prevenção do suicídio: Estratégias de Abordagem aplicadas no município de Campinas – SP*. Tese de Doutorado apresentada a Pós –Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2011.

CÂMARA, M.C., PEREIRA, M.A.O., *Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família*, *Revista Gaúcha Enfermagem*; v. 31, n.4, p. 730-737, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRM) - *Associação Médica Brasileira de Usuários de Substância Psicoativas. Usuários de Substâncias Psicoativas: abordagem diagnóstica e tratamento*. 2ed. São Paulo (SP): CRM,2003.

DE LEO, D.; DRAPER, B.M.; SNOWDON, J.; KOLVES, K. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? *Comprehensive Psychiatry*, v.54, n.7, p. 1117–1123. Oct. 2013.

DURKHEIN, E. *O suicídio. Um estudo sociológico*. Rio de Janeiro, R.J.,1982.

DUXBURY, J.; WRIGHT, K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times*, London, v. 107, n. 9, p. 22-25, Mars 2011.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA). *Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment Full Version*. 2012.

FORLENZA, O.V.; MIGUEL, E.C. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri, SP: Manole, 2012.

FREI, M.; BERENDS, L.; KENNY, P.; SWAN A.; JENNER, L.; HUNTER, B.; MUGAVIN, J. *Alcohol and Other Drug Withdrawal: Practice Guidelines*, 2nd ed. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2012.

GILMAN, S.E. BRUCE, M.L.; TEN HAVE, T.; ALEXOPOULOS, G.S.; MULSANT, B.H.; REYNOLDS, C.F.; COHEN, A. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, London, v. 48, p. 59-69, Jan. 2013.

HECK,M.R. et.al. Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.21,n.1, p. 26-33, Jan-Mar. 2012.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. *As cerimônias da destruição*. Rio Janeiro (RJ): Francisco Alves, 1981.

KANTORSKI, L.P. et.al. Serviço de atenção diária de saúde mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. Rev. Saúde URCAMP, v.4,n.1, p.74-82, Jan-Jun, 2000.

KAPLAN, H. I, et.al. Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

KNUTZEN, M.; BJØRKLY, S.; EIDHAMMER, G.; LORENTZEN, S.; MJØSUND, N.H.; OPJORDSMOEN, S.; SANDVIK, L.; FRIIS, S. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint - A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. Psychiatry Research, Amsterdam, v. 25, n. 1, p. 127-133, 2014.

KNUTZEN, M.; BJØRKLY, S.; EIDHAMMER, G.; LORENTZEN, S.; MJØSUND, N.H.; OPJORDSMOEN, S.; SANDVIK, L.; FRIIS, S. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards - Why and how are they used? Psychiatry Research, Amsterdam, v. 209, n. 1, p. 91-97, 2013.

KOHLRAUSCH E. J., Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia saúde da família. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul, 2012.

LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Álcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002. Disponível em: < www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2014.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI S.; JERÔNIMO, C.; MARQUES A. C.; e equipe. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LUOMA, J.B., MARTIN, C.E., PEARSON, J.L.- Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. American Journal Psychiatry, v.159,n.6, p. 909-916, 2002

MACIEL, C.; KERR-CORREA, F. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. Rev. Bras. Psiquiatr. v.26, s.1, p. 47-50, 2004.

MANTOVANI, C.; MIGON, M. N.; ALHEIRA, V. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 32, s. 2, p. 96-103, 2010.

MARCOLAN, J.F. Técnica Terapêutica da Contenção Física. 1 ed. São Paulo: Roca, 2013.

MENON, V. Suicide risk assessment and formulation: An update. Asian Journal of Psychiatry, v. 6, n. 5, p. 430-435. 2013.

MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.F. Clínica psiquiátrica, Barueri, SP: Manole, 2011.

MUNIZZA C, FURLAN PM, D'ELIA A, D'ONOFRIO MR, LEGGERO P, PUNZO F, VIDINI N, VILLARI V. Emergency psychiatry: a review of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica. v. 374, s1, p.1-51, 1993.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. College of Nursing: London, 2005.

NEBHINANI, M.; NEBHIMANI, N.; TAMPHASANA, L.; GAIKWAD A. D. Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. *Journal Neurosciences in Rural Practice*, Mumbai, v. 4, n. 4, p. 400–407, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros um recurso para conselheiros. Organização Mundial de Saúde — OMS: Genebra, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em 23 de junho de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais, Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE – Prevenção do Suicídio: Manual dirigido para profissionais da atenção básica, 2009.

OSAFO, J.; KNIZEK, B. L.; AKOTIA, C. S.; HJELMELAND, H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, Dubai, v. 49, n. 6, p. 691–700, 2012.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; et. al, o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, 2011, 6736(11):60054-8.

PERKINS E, PROSSER H, RILEY D, WHITTINGTON R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 2012; 35 (1) 43–49.

PICAZO-ZAPPINO, J. Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 42(3): p. 125-32. 2014.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. *Emergências Psiquiátricas*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.; 21cm.

REGISTRED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) *Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*. 2009.

ROCCA, P.; VILLARI, V.; BOGETTO, F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, v. 30, n. 4, p. 586-598, June 2006.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

SALUM GA, BLAYA C, MANFRO GG. Transtorno do pânico. *Rev Psiquiatr RS*. 2009;31(2):86-94.

SAUNDERS KEA, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 139(3):205-16. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.024

SIMPSON, S. A. et al. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *General Hospital Psychiatry*, v. 36, n. 1, p. 113-118, 2013.

SOOD TR, MCSTAY CM. Evaluation of the psychiatric patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 27; n. 4, p.669-83, 2009

- SUN, M.K.; BAEK, J.H.; HAN, D. H.; LEE, Y. S.; YURGELUN-TODD, D. A. Psychosocial - Environmental risk factors for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation: findings from a sample of 73,238 adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, Korea*, v. 45, p. 477-487, 2015.
- SUOMINEN, K., ISOMETSA, E., SUOKAS, J., HAUKKA, J., ACHTE, K., & LONNQVIST, J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, v.161,n. 3, p.562-563, 2004.
- TOWNSEND, M.C. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- VIDAL, C. E. L. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.29,n.1,p.175-187, jan. 2013.
- VIEIRA, L. J. E. S. “Amor não correspondido” discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14,n.5,p.1825-1834, 2009.
- WERLANG B.S.G, BOTEGA J.N. Introdução. In: Werlang BG, Botega NJ. (Orgs.) *Comportamento Suicida*. ArtMed, p. 17-18, Porto Alegre, 2004.
- WERLANG, B. S. G. et.al. Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, v.39,n.2, p.259-266, 2005.
- WESTERLUND M, HADLAZCZKY G, WARSSEMAN D. Case study of posts before and after a suicide on a Swedish internet forum, *BJPsych*, v. 207, p. 476–482, 2015.
- WHO – World Health Organization. For which strategies of suicide prevention is there evidence os effectiveness. *Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN)*, 1-19, 2004.

WHO – World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. Geneva, 2002.

WHO – World Health Organization. Suicide prevention: facing the challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 1-6, 2005.

WILLRICH, J Q; KANTORSKI LP; ANTONACCI MH; CORTES JM; CHIAVAGATTI FG. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. Revista Brasileira de Enfermagem. vol.67, n.1, p. 97-103, 2014.

WON H, MYUNG W, SONG G, LEE W, KIM J, CAROL B, KIM D. Predicting National Suicide Numbers with Social Media Data, PLoS ONE, v.8, n.4, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide – A global imperative (2012). Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 Acesso em 11 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization: Genebra, 2014.

YIP, P. S. F.; CAINE, E.; YOUSUF, S.; CHANG, S. S.; WU, K. C. C; CHEN, Y. Y. Means restriction for suicide prevention. Lancet, v.379, n. 9834, p. 2393-9, 2012.

ZADRAVEC, T.; GRAD, O. Origins of suicidality: compatibility of layand expert beliefs – Qualitative study. Pshychiatria Danubina, Zagreb, vol. 25, n. 2, p. 152-155, 2013.

ZADRAVEC, T.; GRAD, O. Origins of suicidality: compatibility of layand expert beliefs – Qualitative study. Pshychiatria Danubina, v.25, n.2, p.152-155, 2013.

ANEXO A

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____

Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 Leve	<input type="checkbox"/> 6 Extremamente graves
<input type="checkbox"/> 0 Não		<input type="checkbox"/> 3 Moderado	<input type="checkbox"/> 7 Contínua
<input type="checkbox"/> 1 Náusea leve e sem vômito			
<input type="checkbox"/> 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito			
<input type="checkbox"/> 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito			
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:	<input type="checkbox"/>	7. Você se sente nervoso (a)? (observação)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0 Não		<input type="checkbox"/> 0 Não	
<input type="checkbox"/> 1 Não visível, mas sente		<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	
<input type="checkbox"/> 4 Moderado, com os braços estendidos		<input type="checkbox"/> 4 Leve	
<input type="checkbox"/> 7 Severo, mesmo com os braços estendidos		<input type="checkbox"/> 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?	
3. Sudorese:	<input type="checkbox"/>	8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0 Não		<input type="checkbox"/> 0 Não	
<input type="checkbox"/> 4 Facial		<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	<input type="checkbox"/> 4 Moderado / grave
<input type="checkbox"/> 7 Profusa		<input type="checkbox"/> 2 Leve	<input type="checkbox"/> 5 Grave
		<input type="checkbox"/> 3 Moderado	<input type="checkbox"/> 6 Muito grave
			<input type="checkbox"/> 7 Extremamente grave
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinições?	<input type="checkbox"/>	9. Agitação: (observação)	<input type="checkbox"/>
Código da questão 8		<input type="checkbox"/> 0 Normal	
		<input type="checkbox"/> 1 Um pouco mais que a atividade normal	
		<input type="checkbox"/> 4 Moderadamente	
		<input type="checkbox"/> 7 Constante	
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8	<input type="checkbox"/>	10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 0 Orientado	
		<input type="checkbox"/> 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente	
		<input type="checkbox"/> 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	
		<input type="checkbox"/> 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias	
		<input type="checkbox"/> 4 Desorientado com o lugar e pessoa	
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 4 Alucinações moderadas		
<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	<input type="checkbox"/> 5 Alucinações graves		
			Score _____

A Pontuação maior que 8 no instrumento CIWA-Ar indica a necessidade de manutenção do tratamento com Benzodiazepínicos.

Fonte: LARANJEIRA, R.; NICASTRI S.; JERÔNIMO, C.; MARQUES A. C.; e equipe. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.