

Original em inglês: Baldaçara L, Silva AG, Pereira LA, Malloy-Diniz LF, Tung TC (2021) The Management of Psychiatric Emergencies in Situations of Public Calamity. *Front Psychiatry* 12:556792

A gestão de emergências psiquiátricas em situações de calamidade pública

The management of psychiatric emergencies in situations of public calamity

La gestión de las emergencias psiquiátricas en situaciones de calamidad pública

1 Leonardo Baldaçara  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Antônio Geraldo da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Lucas Alves Pereira - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Leandro Fernandes Malloy-Diniz - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Teng Chei Tung - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Universidade Federal do Tocantins, UFT, Palmas, TO, Brasil]; **2** [Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **3** [Departamento de Psiquiatria, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil]; **4** [Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **5** [Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, USP, SP, Brasil]

Editor Chefe responsável pelo artigo: João Maurício Castaldelli-Maia

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Baldaçara L [2,3,5,6,8,11,12,13,14] Silva AG [5,6,14], Pereira LA, Malloy-Diniz LF, Tung TC [5,6]

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 10/05/2024

Aprovado em: 10/05/2024

Publicado em: 15/05/2024

Como citar: Baldaçara L, Silva AG, Pereira LA, Malloy-Diniz LF, Tung TC. A gestão de emergências psiquiátricas em situações de calamidade pública. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 2024;14:1-34. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1239>

RESUMO

Há uma elevada prevalência de problemas de saúde mental na população em geral durante calamidades públicas. Em situações de calamidade, o número de pacientes que apresentam surtos ou crises de transtornos mentais pode aumentar, mas os sistemas de apoio necessários para ajudá-los podem ser prejudicados se não tiverem recebido o planejamento adequado. Embora existam diversos modelos de resposta às emergências psiquiátricas, as regras gerais são as mesmas, especialmente quando se trata de tornar estes serviços mais facilmente acessíveis à população afetada. Neste artigo, procuramos revisar e apresentar recomendações para o manejo de emergências psiquiátricas em situações de calamidade pública, incluindo desastres, catástrofes físicas e médicas, epidemias e pandemias.

Palavras-chave: humanos, pandemias, emergências psiquiátricas, saúde mental, surtos, calamidade pública

ABSTRACT

The prevalence of mental health problems in the general population during a public calamity is high. In calamities, the number of patients who present with mental disorder outbreaks or crises may increase, but the necessary support systems to help them may be impaired if they have not been planned for. Although there are several models for addressing psychiatric emergencies, the general rules are the same, especially when it comes to making these services easily available to the affected population. In this article, we seek to review and present recommendations for the management of psychiatric emergencies in situations of public calamity, including disasters, physical and medical catastrophes, epidemics, and pandemics.



Keywords: humans, pandemics, psychiatric emergencies, mental health, outbreaks, epidemic, public calamity

RESUMEN

La prevalencia de problemas de salud mental en la población general durante una calamidad pública es alta. En las calamidades, el número de pacientes que presentan brotes o crisis de trastornos mentales puede aumentar, pero los sistemas de apoyo necesarios para ayudarlos pueden verse afectados si no se han planificado para ello. Aunque existen varios modelos para abordar las emergencias psiquiátricas, las reglas generales son las mismas, especialmente cuando se trata de hacer que estos servicios estén fácilmente disponibles para la población afectada. En este artículo buscamos revisar y presentar recomendaciones para el manejo de emergencias psiquiátricas en situaciones de calamidades públicas, incluidos desastres, catástrofes físicas y médicas, epidemias y pandemias.

Palabras clave: humanos, pandemias, emergencias psiquiátricas, salud mental, brotes, epidemias, calamidad pública.

Introdução

Para compreender os efeitos das emergências médicas na saúde pública, podemos usar como exemplo diversas calamidades humanas em grande escala [1]. Isso inclui desastres, catástrofes físicas e médicas, epidemias e pandemias, como o atual surto de COVID-19 [2, 3, 4]. A análise da relação entre catástrofes naturais e o comportamento humano é crucial para compreender como lidar com o seu impacto e consequências e como gerenciar os seus efeitos na saúde mental [3, 5].

Por sua vez, a prevalência de transtornos mentais em situações de desastre é duas a três vezes maior do que em situações normais e varia de 8,6 a 57,3% da população afetada [6, 7]. Além disso, a comunidade afetada pode apresentar diversos sintomas subsindrômicos. Muitas reações e transtornos agudos podem ser limitados pelo próprio indivíduo, enquanto outros podem exigir assistência especializada [7].

No entanto, uma das questões mais críticas relativas aos efeitos das catástrofes naturais é o seu impacto na saúde mental [2, 3, 8], incluindo o agravamento dos sintomas nos pacientes e o aumento das emergências psiquiátricas [1, 9, 10]. Transtornos psiquiátricos, como o transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão, frequentemente afetaram tanto os sobreviventes diretamente afetados por uma calamidade

quanto os profissionais de saúde que trabalharam durante a crise [6, 9, 11, 12]. Além das consequências de longo prazo das calamidades, as estratégias utilizadas para enfrentar emergências nos serviços de saúde durante crises agudas são cruciais para minimizar o seu impacto imediato no longo prazo.

Os problemas aqui discutidos podem afetar hospitais diversas vezes durante um determinado período. A redução no número de funcionários e o aumento do número de pacientes podem comprometer temporariamente a capacidade de atendimento do hospital, impossibilitando a prevenção de maus desfechos que teriam sido evitáveis anteriormente [1].

Como primeiro passo, os hospitais precisam fechar suas portas e encaminhar os pacientes. Embora os hospitais tenham o dever geral de estar abertos às necessidades de saúde dos pacientes que chegam, os surtos e a escassez de pessoal podem justificar o desvio de ambulâncias para outros centros próximos. Apesar deste atraso, o objetivo ainda é evitar desfechos ruins utilizando todos os recursos médicos e de enfermagem disponíveis [1, 2, 3].

Emergências médicas são situações em que o indivíduo corre risco de morte iminente; portanto, esses indivíduos requerem intervenção imediata. Mudanças no comportamento de um paciente que colocam tanto o paciente quanto outras pessoas em risco e que requerem intervenção terapêutica imediata (em questão de minutos ou de algumas horas) para evitar prejuízos são denominadas emergências psiquiátricas.

As situações de emergência mais prevalentes são autonegligência grave, automutilação, comportamento suicida, episódios depressivos ou maníacos, agitação psicomotora agressiva, julgamento gravemente prejudicado, intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas [13, 14].

Nas calamidades, o número de pacientes em situações de surto ou crise pode aumentar, mas o apoio necessário pode ser prejudicado se não for planejado [2, 3, 10]. Embora existam diversos modelos de resposta às emergências psiquiátricas, as regras gerais são as mesmas, especialmente quando se trata de tornar estes serviços mais facilmente acessíveis à população [10].

Esta revisão tem como objetivo propor estratégias para o enfrentamento de emergências psiquiátricas em situações de calamidade e inclui a discussão de atitudes em relação às políticas públicas e aos códigos de conduta dos profissionais de saúde.

Estratégia de pesquisa e critérios de seleção

Esta é uma revisão sobre o manejo de emergências psiquiátricas em situações de calamidade pública. Para identificar estudos relevantes, pesquisamos no portal [MEDLINE](#). Os termos de busca foram “emergências psiquiátricas” e “calamidade” ou “desastres” ou “epidemia” ou “pandemia”. Não aplicamos restrições de idioma ou tempo. Complementamos os resultados da pesquisa com publicações importantes.

As principais recomendações para manejo da agitação estão presentes no Quadro [1](#). Nos Quadros [2](#), [3](#), [4](#) e [5](#) apresentamos as principais recomendações para alguns medicamentos que podem ser usados em emergências. No Quadro [6](#) apresentamos pontos-chave sobre emergências psiquiátricas em situações de calamidade pública.

Garantias à população afetada

A população afetada pela calamidade deverá receber cuidados de saúde gerais e apoio de serviços psiquiátricos e de saúde mental. De acordo com Ho et al. [[15](#)], na crise pandêmica da COVID-19, é importante usar certas estratégias para lidar com uma população de alto risco sob estresse (por exemplo, estrangeiros em quarentena).

Os autores também argumentam que os cuidados de saúde mental devem incluir escalas de triagem para avaliar o impacto dos surtos na saúde mental de pessoas com sintomas frequentemente descritos de COVID-19 e pessoas com histórico de sintomas psiquiátricos [[15](#)].

Além do atendimento oferecido pelo especialista de serviços de emergência (o que inclui locais para observação), o acesso ao tratamento ambulatorial também deve ser garantido aos indivíduos afetados, pois isso proporciona atendimento aos casos leves e previne episódios ou crises no futuro [[16](#)].

Deve-se garantir vagas de internação para tratamento de casos agudos [[2](#), [3](#)]. Deve-se disponibilizar atendimento de emergência pré-hospitalar móvel e sua equipe deve ser treinada para lidar com emergências psiquiátricas [[2](#), [17](#), [18](#)]. Todos esses ambientes devem ter o apoio de psiquiatras [[10](#), [19](#)].

Outras ferramentas devem ser disponibilizadas à população, tanto para triagem de casos agudos como para apoio e prevenção [16, 17, 20], e devem incluir o seguinte:

- Mecanismos claros de triagem e encaminhamento [17]
- Avaliação psicossocial e reconhecimento de populações vulneráveis [2, 17, 20]
- Comunicação eficaz à população afetada [3, 17, 20]
- Avaliação da psicopatologia e psicofisiologia do medo e respostas comportamentais relacionadas, com foco em eventos de emergência psiquiátrica [17, 20]
- Avaliação do contexto cultural da saúde mental [17, 20]
- Primeiros socorros psicológicos [20]
- Cuidados de saúde e apoio ao estado mental dos trabalhadores [17, 20]
- Serviços para diferenciar o sofrimento normal do estresse patológico [20]
- Acesso digital a informações, apoio e intervenção relevantes em saúde mental [3, 12]

A telepsiquiatria pode ser utilizada como ferramenta de apoio para atendimento em locais de difícil acesso. No entanto, é necessário considerar a sua relação custo-benefício, a disponibilidade de equipamentos no local e quaisquer aspectos legais relacionados. Uma ressalva é que a telepsiquiatria só deve ser usada como um instrumento para mitigar a falta de atendimento estável ao paciente e, assim, prevenir crises, mas não é recomendada para lidar com emergências psiquiátricas em curso.

Estrutura de atendimento

As emergências psiquiátricas podem ocorrer em qualquer lugar e de forma inesperada. Portanto, é preciso ressaltar que nem sempre o ambiente adequado para lidar com as crises estará disponível aos profissionais de saúde [10, 19, 21, 22]. A segurança do paciente e das pessoas próximas deve ser a preocupação inicial no manejo da agitação psicomotora. Tanto os médicos quanto os demais membros da equipe não devem se colocar em situações de risco, como atender o paciente em ambiente fechado e sem saída acessível ou atendê-lo sem equipamentos de proteção individual [13, 23, 24].

Uma estrutura física adequada é essencial para o atendimento aos pacientes em situação de emergência. Os pacientes psiquiátricos devem ser atendidos em uma área física específica. O local deve contar com espaço físico adequado para a equipe de enfermagem prestar cuidados específicos, como, por exemplo, consultórios e banheiros bem ventilados no local [13, 21, 25, 26].

Deve haver iluminação adequada e itens de orientação, como relógios e calendários, para ajudar aqueles que estão confusos [26]. Na sala de espera, o mobiliário deve estar organizado e o consultório deve ter pontos de fácil acesso para os pacientes e para os profissionais de saúde [21].

É essencial garantir que os pacientes estejam confortáveis e minimizar os estímulos externos. Sons altos, cores brilhantes e calor ou frio excessivo são estímulos sensoriais inadequados e podem agravar alguns sintomas psiquiátricos. Deve-se ter cuidado para garantir que os pacientes estejam confortáveis e que os estímulos externos sejam minimizados. O departamento de emergência psiquiátrica deve dispor de instalações adequadas tanto para entrada quanto para saída. As salas devem ser silenciosas e individuais e os tempos de espera devem ser minimizados ao máximo [21, 24, 25, 26, 27, 28].

Na sala destinada ao atendimento de emergências psiquiátricas, deve haver cadeiras e mesa para o paciente e familiares, mesa para exames e pia para lavagem das mãos [13, 26, 29]. A saída da sala deve estar localizada atrás do profissional que atende o paciente e deve estar totalmente desobstruída para que possa ser utilizada em caso de ameaça incontrolável [29, 30]. É importante ressaltar que médicos e outros profissionais de saúde atenderão pacientes que podem estar em crise e que podem se comportar de maneira imprevisível [29, 30]. Objetos potencialmente perigosos devem ser sempre removidos [24, 28].

As emergências psiquiátricas costumam ter etiologia orgânica, podendo ocorrer complicações clínicas inerentes à doença ou ao tratamento. É fundamental que equipamentos de emergência, como tanques de oxigênio, equipamentos para intubação orotraqueal, aspiradores de secreções, vaporizadores e nebulizadores, carrinhos e bandejas com desfibriladores, sejam de fácil acesso [26]. Exames laboratoriais, como testes de glicemia capilar, oximetria e ECG [24], devem estar disponíveis no local. Materiais para contenção física, como faixas apropriadas, também devem estar disponíveis [13, 21, 26, 30].

As áreas de observação devem ser equipadas com camas com cabeceiras elevadas e barras fixas onde restrições possam ser fixadas, se necessário. Não é aconselhável que pacientes em observação permaneçam em macas [26]. O layout deve ser organizado para facilitar a observação com linhas de visão desobstruídas e todos os pontos cegos devem ser eliminados [25]. Todos os serviços para lidar com mudanças comportamentais devem ser prestados em área ou sala projetada para reduzir a agitação do paciente [25].

Para reduzir o risco de transmissão de doenças infecciosas, como H1N1, COVID-19 ou tuberculose, os profissionais de saúde que atendem pacientes em emergências psiquiátricas devem estar preparados para medidas de proteção, incluindo a disponibilização de áreas de isolamento, protocolos de contenção e disponibilidade de equipamentos de proteção individual, estejam eles em área de atendimento de emergência ou não. Durante uma epidemia, o manejo de pacientes comportamentalmente agressivos ou hostis será sempre um desafio difícil, pois não estará claro se o paciente agitado/agressivo está infectado ou não; portanto, qualquer paciente psiquiátrico agitado deverá sempre ser tratado como um possível caso infectado.

Deve-se considerar a abertura de áreas de observação e enfermarias exclusivas para pacientes com doenças mentais durante uma epidemia de modo a conter a transmissão ou lidar com situações de emergência (como agitação). A equipe de saúde deve estar sempre paramentada e preparada para intervenção imediata. Além disso, muitas pessoas com doenças mentais podem não ter a capacidade de compreender as medidas preventivas, como a lavagem frequente das mãos, o uso de máscaras e o distanciamento físico.

O número de pacientes não deve exceder o número de leitos disponíveis, visto que um número excessivo de pacientes pode aumentar a tensão entre pacientes e funcionários [25]. Sempre que a equipe de manejo se envolve com pacientes que apresentam agitação e comportamentos violentos, deve-se fazer um esforço para administrar o tratamento em um ambiente físico menos restritivo [25], como em uma pequena unidade de observação especializada com espaço adequado, equipamentos, segurança e pessoal treinado [13, 25, 30, 31]. Trata-se de uma unidade de observação pequena e especializada, com espaço adequado, equipamentos, segurança e equipes treinadas [25, 31].

A Unidade de Terapia Intensiva Psiquiátrica (UTIP) tem apresentado melhores resultados até mesmo do que um departamento psiquiátrico especializado no atendimento de pacientes agudos [32].

Pessoal

A equipe deverá ser treinada e deverá haver protocolos para abordagem terapêutica das principais emergências psiquiátricas. Esses protocolos preveem cada etapa da abordagem do paciente e o papel de cada profissional nessa medida [13, 26]. Os médicos que trabalham em ambientes de terapia intensiva devem ter a capacidade de realizar diversas tarefas simultaneamente e tolerar mudanças rápidas nas prioridades dos pacientes [28].

Nesse ambiente, é importante tolerar e até gostar de lidar com pacientes agitados. Isso requer certas características de temperamento, e todos os médicos são incentivados a autoavaliar seu próprio temperamento para esse tipo de trabalho [28]. Pacientes agitados podem ser provocativos e desafiar a autoridade, competência ou credenciais do médico. Alguns pacientes, para contornar seu próprio sentimento de vulnerabilidade, são muito sensíveis na detecção das vulnerabilidades do clínico e, assim, concentram-se nelas [28].

É necessário que todos assumam um papel neste tipo de serviço. É necessário usar roupas adequadas, como jaleco ou roupas não provocativas em cores neutras e crachás. Brincos, colares ou cabelos longos não são recomendados. O motivo de tais recomendações é minimizar ou mesmo evitar a possibilidade de ser vítima de um ataque de um paciente mais agressivo [13, 21, 33].

Movimentos repentinos e contato visual direto prolongado podem ser percebidos como uma ameaça e devem ser evitados. Deve-se manter distância adequada de pacientes agitados para proteger a equipe e o paciente [21, 33].

Em situações de calamidade envolvendo doenças infecciosas, os profissionais de emergência podem sofrer isolamento interpessoal e medo de transmitir o vírus aos seus familiares. As equipes médicas também afirmaram que o uso de roupas de proteção, como máscaras N95, pode dificultar a comunicação entre os membros da equipe e com os pacientes.

Durante o surto de MERS-CoV na Coreia em 2015, os efeitos do estigma e das dificuldades tiveram um impacto direto na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalhavam em hospitais públicos [34, 35]. A adaptação psicológica foi descrita entre profissionais de saúde que tiveram acesso a ambientes bem equipados e estruturados [34].

Os trabalhadores da saúde em Wuhan têm lidado com um alto risco de infecção, proteção inadequada contra contaminação, excesso de trabalho, frustração, discriminação, isolamento, pacientes com emoções negativas, falta de contato com suas famílias e exaustão no surto de COVID-19 [2, 18, 34, 36]. A situação atual está causando problemas de saúde mental como estresse, ansiedade, sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo [34, 37].

Estes problemas de saúde mental não só afetam a atenção, a compreensão e a capacidade de tomada de decisão dos trabalhadores da saúde, o que poderia dificultar a luta contra a COVID-19, mas também podem ter um efeito duradouro no bem-estar geral dos profissionais [2, 18, 34, 36] e resultar em um aumento esperado de casos de estresse pós-traumático (TEPT).

Assim, a assistência para fornecer equipamentos, protocolos e apoio psicológico e psiquiátrico suficientes é essencial, pois isso preservará o bom funcionamento da equipe e, por sua vez, melhorará o atendimento ao paciente.

Avaliação

Quando pacientes e familiares recorrem ao departamento de emergência por alguma emergência psiquiátrica, deve-se tentar analisar a situação de forma rápida e eficaz para implementar o melhor tratamento o mais rápido possível. O protocolo para cuidar de pacientes em agitação psicomotora pode ser extrapolado para outras emergências, uma vez que os principais objetivos são o rastreamento e a avaliação da gravidade [13, 21, 24, 30, 38, 39], e inclui:

- a.** Anamnese objetiva e subjetiva.
- b.** Exame físico e neurológico.
- c.** Exame psiquiátrico.
- d.** Diagnóstico diferencial.
- e.** Tranquilização rápida.
- f.** Encaminhamento e orientação.

Em alguns casos, pode ser difícil realizar todas estas etapas assim que os pacientes são atendidos pelos profissionais de saúde. Uma vez que o tempo é importante numa emergência, sugerimos as quatro perguntas básicas a seguir [13, 29]:

A. O que está acontecendo?

Investigue quais mudanças comportamentais observadas são preocupantes. É importante determinar as mudanças agudas de comportamento que podem colocar o paciente ou outras pessoas em risco e eliminar quaisquer causas orgânicas.

B. Há quanto tempo?

Investigue se o paciente apresentou tais alterações por um período longo ou curto e confirme se houve alguma alteração grave ou aguda no comportamento. Mesmo no caso de pacientes com longo histórico de agitação, a situação pode ser urgente. Mudanças repentinas de comportamento também podem ser causadas por fatores orgânicos.

C. Por que hoje?

Investigue por que este momento foi escolhido para procurar ajuda. Alguns fatores desencadeadores cruciais podem ser considerados circunstanciais ou irrelevantes ou simplesmente não ter sido mencionados pelo paciente ou seus familiares.

D. Qual é a hipótese diagnóstica ou o diagnóstico temporário?

Inicie o processo de diagnóstico diferencial para identificar a melhor abordagem. No pronto-socorro, é preferível usar diagnósticos sindrômicos, como transtorno psicótico ou transtorno de humor, pois a necessidade de tomada de decisão rápida não permitirá um diagnóstico detalhado.

Abordagem à situação principal - Suporte geral para estresse

Como mencionado anteriormente, é necessário que a população tenha acesso rápido a mecanismos de triagem e encaminhamento rápido durante e após um desastre. Posteriormente, os pacientes deverão receber cuidados focados em possíveis transtornos mentais (pré-existent) e em situações que representem maior vulnerabilidade ao estresse.

Isto é especialmente verdadeiro para pessoas que apresentam uma resposta anormal ao desastre ou calamidade [7], como as seguintes:

- Culpa do sobrevivente,
- Adquirir uma doença mental,
- Estresse relacionado ao cuidado de uma pessoa com doença física ou mental,
- Medo de perder o controle de emoções avassaladoras,
- Uso de substâncias,

- Vontade de morrer e ideação suicida. Através da validação emocional, pode ser fornecido um senso de justificativa para essas emoções avassaladoras.

Algumas intervenções sugeridas para estas respostas anormais a uma calamidade são as seguintes:

- Primeiros socorros psicológicos: Os sobreviventes podem apresentar muitos sintomas físicos, emocionais e cognitivos. O paciente pode não ser capaz de pensar e agir racionalmente durante o desastre. As técnicas de primeiros socorros psicológicos podem ser realizadas por leigos com formação mínima na comunidade [7, 40].
- Intervenção/psicoterapia focada na crise: O foco desta intervenção é estabilizar os pacientes, interromper a escalada do sofrimento, mitigar sinais e sintomas agudos, restaurar a funcionalidade e estabelecer vínculos e concordância sobre os objetivos da terapia. Esse tipo de intervenção é útil no tratamento de sensações de aprisionamento, frequentemente observadas em emergências psiquiátricas [41].
- *Debriefing*: Esse é o nome dado às discussões em grupo que ocorrem dentro de 48 a 72 horas após um evento e são frequentemente referidas como “*debriefings* psicológicos” [7]. Essas sessões incentivam os participantes a descrever e compartilhar aspectos factuais e emocionais da sua experiência de desastre [7, 11]. A justificativa é que o processamento imediato dá ao indivíduo a capacidade de reestruturar cognitivamente o evento de desastre percebido para que seja lembrado de forma menos traumática [7].
- Intervenção Cognitivo-Comportamental (TCC): Foi descoberto que a TCC é eficaz na redução da psicopatologia subsequente após a exposição a um desastre [7, 11]. Em situações de emergência, a TCC deve ser utilizada em sessões breves e inclui uma série de técnicas, como psicoeducação, exercícios respiratórios, exercícios de relaxamento e reestruturação cognitiva. As técnicas que abordam experiências traumáticas devem incluir imagens e/ou exposição in vivo [42].
- Intervenções Comunitárias: Essas intervenções incluem a estruturação de atividades diárias para evitar deslocamentos; promoção de rituais familiares, culturais e religiosos; discussões em grupo; validação das emoções de sobreviventes e da culpa do sobrevivente; fornecimento de informações factuais; educação de pais e professores; envolvimento das crianças em diversos métodos informais de ensino com ideias inovadoras, como desenhar, cantar, imitar etc., utilizando os recursos comunitários disponíveis; e envolvimento de sobreviventes

adultos em atividades em uma área de desastre, como cozinhar, limpar e ajudar no trabalho de socorro.

As escolas da zona afetada pela catástrofe devem ser reabertas o quanto antes para que a normalização e a estruturação das atividades diárias possam ocorrer nas crianças, mesmo que apenas recebam alguma educação informal, aprendam técnicas simples de higiene do sono e sejam educadas sobre os efeitos nocivos do uso de substâncias. Intervenções comunitárias de grupo também podem ser planejadas e incluem arteterapia (pintura/desenho), discussões em grupo, dramatizações, narrativas, planejamento de rotinas diárias e participação em atividades, orações, ioga, relaxamento e esportes/jogos.

Embora a gestão do estresse do assistente social seja essencial, também é essencial envolver sobreviventes dispostos em atividades espirituais e envolvê-los na reconstrução da sua comunidade [7].

- **Psicofarmacologia:** Geralmente, o uso de drogas psicotrópicas é desencorajado em desastres devido a noções populares como "as reações a desastres são geralmente pessoas normais em situações anormais" e "a maioria dos sintomas é autolimitada". O uso profilático de drogas psicotrópicas em sobreviventes é frequentemente desencorajado. Não existem estudos bem controlados que demonstrem que o uso de drogas profiláticas diminui a morbidade psiquiátrica [7]. A exceção é quando há diagnóstico de transtorno mental que possa ter surgido ou agravado durante a calamidade, mas nesses casos o tratamento é direcionado ao diagnóstico específico.

Delirium

O delirium é uma síndrome em que há confusão mental caracterizada por comprometimento da consciência, da função cognitiva e da atenção, com início abrupto e curso flutuante. O delirium está associado a uma rápida redução da função cerebral e é causado por doenças físicas, geralmente de envolvimento sistemático. Tem alto impacto na morbidade e alto risco de letalidade [43, 44].

O tratamento do delirium deve centrar-se na resolução da condição subjacente e deve ser combinado com intervenções não farmacológicas e intervenções farmacêuticas específicas. Contudo, o diagnóstico do delirium e a identificação precoce dos seus fatores causais dependem da capacitação da equipe de saúde. Após a alta, os pacientes que

desenvolveram delirium necessitarão de monitoramento contínuo [[21](#), [43](#), [44](#)].

Em calamidades públicas, todos os serviços de saúde devem estar preparados para identificar e fazer o diagnóstico diferencial do delirium, bem como iniciar o tratamento imediatamente. Ao identificar esses casos, os profissionais de saúde já devem ter seus protocolos implementados para tal assistência [[10](#), [21](#)].

O delirium pode ser causado por diversos eventos como traumas, distúrbios hidroeletrólíticos, complicações de doenças físicas pré-existentes, medicamentos, abuso de substâncias e infecções (especialmente renais e pulmonares). Para calamidades envolvendo doenças infecciosas, é importante lembrar que o delirium faz parte do conjunto de sintomas e indica maior gravidade do quadro do paciente [[10](#)].

Agitação

A agitação psicomotora causada por transtornos mentais deve receber atenção imediata. É importante que o clínico prossiga com o exame do estado mental e considere outros processos psicológicos relacionados à agitação. Apesar da existência de escalas psicométricas de autorrelato para avaliar a agitação, o uso desse tipo de ferramenta nem sempre é viável e pode exacerbar o comportamento agitado [[24](#)]. Nesses casos, o uso de escalas avaliadas pelos observadores poderia ser útil para quantificar os sintomas e avaliar o impacto da intervenção ao longo do tempo [[13](#)].

O manejo dos pacientes, independentemente do seu ambiente, deve seguir os seguintes passos: proteção do paciente e das pessoas ao seu redor, comunicação e desescalada verbal, abordagens medicamentosas e contenção física, caso todas as medidas anteriores falhem [[13](#), [24](#), [28](#)].

O Consenso da Associação Americana de Psiquiatria de Emergência sugere o uso de uma intervenção de redução da escalada para tratar pacientes agressivos e agitados. Esta técnica inclui 10 domínios principais: **1.** respeitar o espaço pessoal; **2.** não agir de modo provocativo; **3.** estabelecer contato verbal; **4.** ser conciso; **5.** identificar desejos e sentimentos; **6.** ouvir atentamente o que o paciente está dizendo; **7.** concordar com o paciente (entrar em acordo quanto à verdade, concordar com o princípio e/ou concordar com as probabilidades); **8.** estabelecer a

lei e estabelecer limites claros; **9.** oferecer escolhas e otimismo; **10.** interrogar o paciente e a equipe [28].

Recomenda-se o uso de medicamentos e contenção física em ambiente adequado, como o pronto-socorro. Portanto, se a agitação for tão intensa a ponto de exigir uma medida tão rigorosa, o paciente deverá ser transportado de ambulância até o pronto-socorro. O uso de medicamentos para pacientes agitados deve seguir os princípios da tranquilização rápida: medicar sem sedação excessiva e utilizar medicamentos com o menor número de efeitos colaterais possíveis [30].

Nos locais onde os pacientes permanecem para intervenções terapêuticas, deverá haver área de observação com acesso rápido para a equipe de saúde e material de apoio para avaliação. O procedimento medicamentoso é chamado de tranquilização rápida e requer monitoramento periódico dos sinais vitais e do estado de consciência do paciente, além de contenção física [13, 21].

Nas calamidades, os pacientes agitados muitas vezes também sofrem de doenças físicas; portanto, precisam ser gerenciados em centros de serviços de saúde com apoio médico geral, inclusive para traumas e doenças infecciosas [10]. Se houver risco de contágio, os pacientes agitados, muitos dos quais com vontade descontrolada, precisam ser protegidos do contato com outras pessoas. Nesses casos, a abordagem privada é essencial, pois muitas vezes os pacientes podem não aceitar o uso de equipamentos de proteção individual [10].

Os casos de agitação psicomotora exigem decisões rápidas e muitas vezes podem envolver medidas mal planejadas e agressivas. Por sua vez, em situações de calamidade pública, os pacientes podem não ser avaliados com precisão. Por isso, deve-se ter cuidado redobrado com o uso de medicamentos. Os agentes antipsicóticos (aripirazol, olanzapina, quetiapina, risperidona e haloperidol, entre outros) estão associados a um risco 1,7 a 3 vezes maior de hospitalização por pneumonia [45] e a um risco elevado de morte súbita e trombose.

O risco associado aos antipsicóticos de segunda geração não é inferior ao associado aos agentes de primeira geração. Esses medicamentos, no entanto, também podem causar discinesia respiratória, que pode ser confundida com asma ou outras doenças pulmonares e pode levar a um

tratamento inadequado. Os benzodiazepínicos podem estar relacionados à hipoventilação.

Mesmo em calamidades públicas, os princípios do tratamento devem ser sempre os mesmos da terapia regular: medicar apenas se necessário, com as doses mais baixas necessárias para acalmar o paciente (tranquilização rápida) e considerar sempre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas. Recomenda-se a utilização de protocolos de agitação como referência [13, 24, 28, 30, 46].

Risco de suicídio

Embora se espere que os cuidados reduzam a taxa de novas infecções ou outras complicações físicas, há sempre um risco elevado de suicídio durante catástrofes. As consequências secundárias do distanciamento social podem aumentar o risco de suicídio. É importante considerar as mudanças numa variedade de fatores de risco econômicos, psicossociais e associados à saúde [19, 21, 38, 39].

Muitos estudos documentaram taxas elevadas de suicídio, mesmo entre profissionais da saúde [47, 48, 49, 50]. Este grupo de risco está agora servindo na linha da frente da batalha contra a COVID-19. Há uma discussão nacional sobre as preocupações dos profissionais de saúde em relação à infecção, à exposição de familiares, aos colegas doentes, à escassez de equipamento de proteção individual necessário, às instalações sobrecarregadas e ao stress no trabalho. Esta população especial merece serviços de apoio e prevenção.

A abordagem terapêutica do comportamento suicida, seja ideação ou tentativa, deve incluir a avaliação dos fatores de risco e de proteção associados às medidas de intervenção (plano de segurança) [38, 39, 51, 52]. Para os casos que envolvem alto risco de suicídio, é necessária a observação rigorosa do indivíduo, que deve permanecer no pronto-socorro ou ser internado ou atendido em domicílio. Este último recurso só deve ser utilizado se houver rede de apoio na comunidade, como: ter um familiar ou outra pessoa que observe o paciente constantemente, acesso rápido aos cuidados de saúde mental para intercorrências e acompanhamento e aceitação do cuidador pelo paciente [10].

A avaliação do risco de suicídio do paciente pode incluir ferramentas psicométricas breves, mas nunca deve servir como única fonte de

informação, uma vez que seu valor preditivo é apenas moderado [53]. Os médicos devem olhar além da psicométrica para realizar uma avaliação abrangente.

De acordo com Weber et al. [54], a avaliação do paciente deve incluir a identificação do nível de risco atual e dos fatores de risco modificáveis e fixos relacionados à intenção. Os fatores de risco (por exemplo, tentativa anterior de suicídio, doença psiquiátrica, dependência de substâncias) e de proteção (por exemplo, apoio interpessoal, habilidades positivas de enfrentamento) também devem ser identificados [38, 39].

Nos centros de atendimento de emergência, os pacientes com risco de suicídio devem ser os primeiros a receber qualquer atendimento geral de saúde. Muitas tentativas de suicídio estão associadas a traumas graves ou intoxicações, e tais emergências não devem ser negligenciadas na avaliação de emergências psiquiátricas (essas avaliações devem ser realizadas em conjunto) [38, 39].

Apesar destes desafios, existem oportunidades para melhorar os esforços de prevenção do suicídio neste momento único. A manutenção de alguns esforços existentes também é possível e inclui os seguintes movimentos: distância física, não distância social, telemedicina para saúde mental, aumento do acesso a cuidados de saúde mental e prevenção do suicídio à distância e reportagens nos meios de comunicação social [55].

Devem ser tomadas medidas para mitigar potenciais consequências não intencionais nos esforços de prevenção do suicídio, que também representam uma prioridade nacional de saúde pública.

Transtornos Devido ao Uso de Substâncias

As emergências mais comuns relacionadas ao uso e abuso de substâncias são intoxicação aguda, síndrome de abstinência, dependência grave e condições induzidas, como psicose. Aqui, apresentaremos considerações para cada situação. Um alerta importante é que muitos casos de abuso de substâncias ocorrem por meio de medicamentos, principalmente psicotrópicos e entorpecentes. Por isso, em tempos de desastre, os profissionais e gestores de saúde devem disponibilizar ferramentas para o controle e a supervisão das receitas. Além disso, muitos casos de abuso de substâncias podem estar associados ao comportamento suicida, o que reforça ainda mais a necessidade de supervisão [10, 19, 21].

Intoxicação Aguda

Na avaliação da intoxicação, deve-se primeiro oferecer suporte básico de vida, seguido de breve avaliação para identificação da(s) substância(s) utilizada(s), seguida da utilização ou não de medidas para reduzir a absorção, aumentar a excreção ou incorporar antídotos. Para isso, devem ser utilizados protocolos específicos.

Síndrome de Abstinência

Pacientes em situação de desastre podem estar mais expostos a esta síndrome devido à abstinência de substâncias e medicamentos. O protocolo de atendimento deve incluir suporte básico de vida e serviços específicos para abstinência. Após melhorar a abstinência do paciente, deve-se aplicar uma abordagem terapêutica específica para a dependência. Pacientes que estão em isolamento ou hospitalizados, por doença física ou mental, e que são usuários de cigarro precisam receber apoio para a abstinência da nicotina. Portanto, os serviços de saúde devem estar preparados para disponibilizar métodos de reposição de nicotina, como adesivos.

Dependência Grave

As emergências envolvem o uso de substâncias que colocam em risco a vida do paciente. Exemplos dessas situações incluem deficiência física grave, como desnutrição, insuficiência renal e hepática, sintomas psicóticos e outras condições induzidas e comportamento suicida. Em casos graves, a hospitalização é necessária. O sistema de saúde deve estar preparado para dar suporte a esses pacientes.

Transtornos Induzidos

Os transtornos mentais induzidos por substâncias são emergências *a priori*, pois representam uma complicação grave do abuso de substâncias. O tratamento, que deve incluir medidas visando a suspensão da substância, deve se concentrar no tratamento específico dos sintomas.

Psicose

Durante as calamidades, os pacientes com transtornos psicóticos podem ser os mais negligenciados. Tais doenças interferem nas capacidades de pensamento crítico do paciente e, por sua vez, na adesão às medidas de desastre. Além disso, esses pacientes são muito suscetíveis ao estigma e à negligência [14]. O tratamento deve ser priorizado pela orientação e uso de antipsicóticos. Uma atenção especial deve ser dedicada aos casos

emergenciais que envolvam: refratariedade aos sintomas psicóticos associados à agitação ou agressão, comportamento suicida, danos físicos graves, risco a terceiros [10].

Deve-se dedicar uma atenção especial aos pacientes com esquizofrenia, uma vez que essa doença mental está relacionada à alta prevalência de distúrbios comórbidos, como diabetes tipo II, doença pulmonar crônica e hipertensão/doença coronariana [56].

Outra preocupação importante é o apoio ambulatorial, que deve estar disponível para monitorar a adesão dos pacientes e prevenir novos surtos. Portanto, além de uma rede de saúde integrada, pode ser necessário utilizar medicamentos que dificultam a adesão, como antipsicóticos de

longa ação. Nos casos em que haja necessidade de observação ou internação, os pacientes devem permanecer sob cuidados de uma equipe especializada, protegida e treinada [10].

Transtornos do humor

Os transtornos do humor incluem episódios depressivos no transtorno depressivo e bipolar e episódios de mania e mistos no transtorno bipolar. Os mesmos princípios de tratamento devem ser adotados como nos transtornos psicóticos. O tratamento medicamentoso e as emergências também devem ser priorizados. No caso de pacientes hospitalizados por doenças físicas, o uso de medicamentos antidepressivos e estabilizadores de humor, bem como de antipsicóticos, deve ser planejado considerando seus efeitos colaterais e interações medicamentosas [21, 57].

Transtornos de ansiedade

Os transtornos de ansiedade podem não parecer emergências, mas estão associados a muito sofrimento para os pacientes e podem levar ao abuso de substâncias, comportamento suicida e agravamento de outros transtornos. Os transtornos de ansiedade abrangem uma ampla variedade de transtornos, incluindo aqueles relacionados a traumas causados por calamidades, como reação aguda ao estresse e transtorno de estresse pós-traumático.

A triagem de transtornos de ansiedade para identificação emergencial deve estar disponível à população. As abordagens psicoterapêuticas devem ser priorizadas. O tratamento medicamentoso de longo prazo com antidepressivos é mais apropriado, mas respostas mais imediatas podem

ser obtidas com benzodiazepínicos. Contudo, esses medicamentos estão relacionados a maior risco de abuso, dependência e suicídio; portanto, requerem supervisão rigorosa, conforme mencionado acima [10, 21].

Populações Especiais

Alguns pacientes apresentam deficiências cognitivas e intelectuais, enquanto outros requerem considerações especiais durante desastres. As crianças não podem ser mantidas no hospital, isoladas ou colocadas em quarentena sem cuidadores por um período prolongado. Os adolescentes podem ter dificuldade em cumprir as regras de quarentena e isolamento. Assim como no caso de profissionais de saúde, os adolescentes têm maior probabilidade de romper a quarentena [58]. Crianças e adolescentes precisam de atividades e rotinas estruturadas. Sua rotina pode ser projetada para que seja semelhante ao período de isolamento ou pode ser uma nova rotina [58].

As gestantes também necessitam de atenção especial em casos de isolamento ou quarentena. As mulheres grávidas podem estar particularmente preocupadas com o bem-estar dos seus bebês e com o efeito que a infecção pode ter no feto. A própria gravidez pode causar problemas emocionais, e a presença de uma condição infecciosa pode complicar ainda mais os medos da paciente [58]. O período pós-parto expõe as mães a um risco maior de depressão pós-parto ou exacerbação pós-parto de transtornos de humor existentes. Triagem, apoio e orientação devem ser fornecidos, pois podem ter um efeito positivo nas mães que dão à luz isoladamente [58].

Direções futuras

À luz de diversas tragédias ocorridas ao longo da história e nos últimos anos, incluindo a atual pandemia de COVID-19, é necessário salientar que, durante as calamidades públicas, deve-se esperar um aumento no número de emergências, seja devido ao estresse da população ou ao número de complicações de saúde e dificuldades de acesso aos cuidados [2, 3, 18]. Portanto, o setor público deve estar preparado para enfrentar tais situações utilizando as medidas de prevenção e intervenção supramencionadas. Neste contexto, a aplicação de diretrizes através da medicina baseada em evidências é essencial [13, 30, 38, 39, 57, 59, 60, 61].

É importante notar que políticas públicas eficazes devem incluir tanto a prevenção como o tratamento de surtos de perturbações mentais durante pandemias. É necessário fornecer recursos e formação que envolvam todos os níveis de cuidados de saúde. No nível primário, a prevenção de transtornos de saúde mental inclui o atendimento a populações especiais que foram expostas a estressores durante pandemias devido, por exemplo, a condições de saúde específicas [8] ou caso tenham trabalhado em situações de alto risco de exposição à COVID-19 [3].

Contudo, o pessoal de saúde secundário e terciário também deve estar preparado para receber pacientes em situações de emergência e com condições psiquiátricas crônicas. Isto representa um duplo desafio de incluir recursos tanto para a formação profissional como para a reformulação do ambiente ambulatorial e hospitalar para evitar o risco de contágio.

Além disso, nessa situação surge uma nova demanda, uma vez que um paciente em estágio agudo de doença psiquiátrica pode resistir à adoção de comportamentos necessários à prevenção do contágio, resultando em uma meta clínica adicional durante o atendimento de emergência psiquiátrica. Neste contexto, a adoção das estratégias descritas neste artigo deve ser integrada a estratégias comportamentais específicas utilizadas durante pandemias.

Conclusão

Nas calamidades públicas, os pacientes podem apresentar emergências psiquiátricas que carecem de cuidados e não podem ser negligenciadas. É necessário manter protocolos, equipes treinadas e locais apropriados para tal apoio. Algumas emergências podem ocorrer com o agravamento de casos pré-existentes, enquanto outras podem ser casos novos que surgem em decorrência do evento traumático. Portanto, todos os serviços de saúde devem considerar este tipo de emergência durante os desastres, sejam eles acidentes ou epidemias. Muitos países não possuem condições básicas de atendimento aos transtornos de saúde mental, e podem não ter locais para dar suporte a tais cuidados, tanto em termos de estrutura física como de recursos humanos. Contudo, abordar estas questões e tomar medidas para fornecer bons serviços de cuidados de saúde mental facilitará os cuidados de emergência. Os governos e ministérios da saúde devem preparar-se para calamidades e os protocolos, planos ou programas devem ser preparados com antecedência. Além disso, é aconselhável reconhecer as lições que aprendemos até agora com a pandemia da COVID-19.

Referências

1. Kipnis K, Shander A. The taxonomy of calamity: the view from the operating room. *Int Anesthesiol Clin*. 2015;53:79–89. <https://doi.org/10.1097/AIA.000000000000069> - PMid:26057904
2. Correa H, Malloy-Diniz LF, Silva AG. Why psychiatric treatment must not be neglected during the COVID-19 pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:449. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0995> - PMid:32374799 PMCID:PMC7430377
3. Silva AG, Miranda DM, Diaz AP, Teles ALS, Malloy-Diniz LF, Palha AP. Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:229–31. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009> - PMid:32267344 - PMCID:PMC7236155
4. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang Y-T. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020;16:1732–8. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120> - PMid:32226291 PMCID:PMC7098037
5. Gomez JM, Verdu M. Network theory may explain the vulnerability of medieval human settlements to the Black Death pandemic. *Sci Rep*. 2017;7:43467. <https://doi.org/10.1038/srep43467> PMid:28262733 - PMCID:PMC5338018
6. Udomratn P. Mental health and the psychosocial consequences of natural disasters in Asia. *Int Rev Psychiatry*. 2008;20:441–4. <https://doi.org/10.1080/09540260802397487> - PMid:19012129
7. Math SB, Nirmala MC, Moirangthem S, Kumar NC. Disaster management: mental health perspective. *Indian J Psychol Med*. 2015;37:261–71. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.162915> PMid:26664073 - PMCID:PMC4649821
8. Miranda DM, Reis ZSN, Romano-Silva MA, Malloy-Diniz LF, Silva AG. Expectations when you are expecting in times of COVID-19. *Braz J Psychiatry*. 2020;1–2. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1209> - PMid:32997077 - PMCID:PMC8352730

9. Makwana N. Disaster and its impact on mental health: a narrative review. *J Family Med Prim Care*. 2019;8:3090–5. https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_893_19 - PMid:31742125
PMCID:PMC6857396
10. Baldaçara L. Abordagem dos transtornos mentais em calamidades públicas. In: Baldaçara L, Tung TC, editores. *Conduitas em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Manole; 2020.
11. Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, Delisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry Res*. 2002;110:201–17. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00110-5](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00110-5) - PMid:12127471
12. Cosic K, Popovic S, Sarlija M, Kesedzic I. Impact of human disasters and COVID-19 pandemic on mental health: potential of digital psychiatry. *Psychiatr Danub*. 2020;32:25–31. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.25> - PMid:32303026
13. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Santos RM, Gomes Junior VP, Calfat ELB, Diaz AP, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CE, Cordeiro Q, Silva AG, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:153–67. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163> - PMid:30540028
PMCID:PMC6781680
14. Silva AG, Baldaçara L, Cavalcante DA, Fasanella NA, Palha AP. The impact of mental illness stigma on psychiatric emergencies. *Front Psychiatry*. 2020;11:573. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00573> - PMid:32636773
PMCID:PMC7319091
15. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*. 2020;49:155–60. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.202043>
PMid:32200399
16. Raphael B, Ma H. Mass catastrophe and disaster psychiatry. *Mol Psychiatry*. 2011;16:247–51. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.68>
PMid:21331093

- ↑ 17. Shoaf K. Organizing the health sector for response to disasters. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014;19:3705–15.
↑ <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.03722014>
↑ PMID:25184577
- ↑ 18. Silva AG, Pinheiro M, Tres LM, Malloy-Diniz LF. Working during pandemics: the need for mental health efforts to prevent the outbreak of mental disorders at the workplace. Braz J Psychiatry. 2021;43:1. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1120>
↑ PMID:32876130 - PMCID:PMC7861174
- ↑ 19. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional de Médicos (FENAM), Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp). Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil = Guidelines for a model of comprehensive mental health care in Brazil. Publicações ABP documentos e vídeos = ABP Publications documents and videos, Rio de Janeiro. 2020. <https://doi.org/10.25118/issn.2965-1832.2024.1190>
- ↑ 20. King RV, Burkle FMJr, Walsh LE, North CS. Competencies for disaster mental health. Curr Psychiatry Rep. 2015;17:548.
↑ <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0548-2> - PMID:25681279
- ↑ 21. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat ELB, Cordeiro DC, Chung TC. Emergências psiquiátricas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
- ↑ 22. Baldaçara L, Pereira LA, Cordeiro Q, Tung TC. Medicina psiquiátrica de emergência. In: Meleiro AMAS, editor. Psiquiatria: estudos fundamentais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 999–1020.
- ↑ 23. Schleifer JJ. Management of acute agitation in psychosis: an evidencebased approach in the USA. Adv Psychiatr Treat. 2011;17:91–100. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007310>
- ↑ 24. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, Baldaçara L, San I, McAllister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P, Naber D, Chan EW, Fagiolini A, Möller HJ, Grunze H, Llorca

- PM, Jaffe RL, Yatham LN, Hidalgo-Mazzei D, Passamar M, Messer T, Bernardo M, Vieta E. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17:86–128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
PMid:26912127
25. Wa Health. The management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. M. H. Division. WA: Department of Health; 2006.
26. Kawakami D, Prates JG, Tung TC. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. *Debates em Psiquiatria*. 2016;6(4):28–34. <https://doi.org/10.25118/2236-918X-6-4-3>
27. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(Suppl. 10):13–21. <https://doi.org/10.4088/JCP.0706e03>
28. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GHJr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA De-Escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
29. Caldieraro MA, Spode A, Fleck MPA. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Schimitt R, Kapczinski F, editores. *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 17–48.
30. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Santos RM, Gomes Junior VP, Calfat ELB, Ismael F, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Cordeiro Q, Silva AG, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:324–35. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177>
31. O'Brien L, Cole R. Close-observation areas in acute psychiatric units: a literature review. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12:165–76. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.t01-1-00286.x>

32. Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC, Linaker OM. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nord J Psychiatry*. 2006;60:144–9. <https://doi.org/10.1080/08039480600583472>
33. Niel M. Atitudes na entrevista psiquiátrica. In: Cordeiro DC, Baldacara L, editores. *Emergências psiquiátricas*. São Paulo: Roca; 2007. p. 11–18.
34. Torales J, O’Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:317–20. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
35. Lee SM, Kang WS, Cho A-R, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018; 87:123–7. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
36. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Wang Y, Hu J, Lai J, Ma X, Chen J, Guan L, Wang G, Ma H, Zhongchun L. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
37. Jones NM, Thompson RR, Dunkel Schetter C, Silver RC. Distress and rumor exposure on social media during a campus lockdown. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017;114:11663–8. <https://doi.org/10.1073/pnas.1708518114>
38. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz LF, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Br J Psychiatry*. 2020;43(5) <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108>
39. Baldaçara L, Rocha G, Leite V, Porto D, Grudtner R, Díaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal

behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Braz J Psychiatry*. 2020;43(5) <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>

- 40. Ryes G, Elhai JD. Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2004;41:399–411. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.399>
- 41. Tzur Bitan D, Otmazgin A, Shani Sela M, Segev A. The role of entrapment in crisis-focused psychotherapy delivered in psychiatric emergency settings: a comparative study. *Front Psychol*. 2019;10:2600. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02600>
- 42. Ruzek JI, Young BH, Cordova MJ, Flynn BW. Integration of disaster mental health services with emergency medicine. *Prehosp Disaster Med*. 2004;19:46–53. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00001473>
- 43. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:911–22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- 44. Cerveira CCT, Pupo CC, Santos SDSD, Santos JEM. Delirium in the elderly: a systematic review of pharmacological and nonpharmacological treatments. *Dement Neuropsychol*. 2017;11:270–5. <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-030009>
- 45. Steinberg M, Lyketsos CG. Atypical antipsychotic use in patients with dementia: managing safety concerns. *Am J Psychiatry*. 2012;169:900–6. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030342>
- 46. Knox DK, Holloman GHJr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:35–40. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867>
- 47. Rossler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(Suppl. 2):S65–9. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>

- 48. Alves VM, Francisco LC, Melo AR, Novaes CR, Belo FM, Nardi AE. Trends in suicide attempts at an emergency department. *Braz J Psychiatry*. 2017;39(1):55–61. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1833>
- 49. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- 50. Conejero I, Berrouiguet S, Ducasse D, Leboyer M, Jardon V, Olie E, Courtet P. Épidémie de COVID-19 et prise en charge des conduites suicidaires: challenge et perspectives = Suicidal behavior in light of COVID-19 outbreak: clinical challenges and treatment perspectives. *Encephale*. 2020; 46:S66–72. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.001>
- 51. Boudreaux ED, Miller I, Goldstein AB, Sullivan AF, Allen MH, Manton AP, Arias SA, Camargo Jr CA. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *Contemp Clin Trials*. 2013;36(1):14–24. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.008>
- 52. Dunlap LJ, Orme S, Zarkin GA, Arias SA, Miller IW, Camargo CA Jr, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Clark R, Boudreaux ED. Screening and intervention for suicide prevention: a cost-effectiveness analysis of the ED-SAFE interventions. *Psychiatr Serv*. 2019;70:1082–7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800445>
- 53. Mullinax S, Chalmers CE, Brennan J, Vilke GM, Nordstrom K, Wilson MP. Suicide screening scales may not adequately predict disposition of suicidal patients from the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2018;36:1779–83. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.087>
- 54. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric emergencies: assessing and managing suicidal ideation. *Med Clin North Am*. 2017;101:553–71. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.12.006>

55. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide mortality and coronavirus disease 2019-a perfect storm? *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(11):1093-1094. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
56. Fonseca L, Diniz E, Mendonça G, Malinowski F, Mari J, Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:236–8. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0010>
57. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev RV, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam RW, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre RS, Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese JR, Vieta E, Malhi G, Post RM, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20:97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
58. Huremovic D. *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Rio de Janeiro: Springer Nature Switzerland; 2019.
59. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, Swinson R, Yatham LN, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012;24(1):6–22. PMID: 22303519
60. Nice. *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
61. American Psychiatric Association. *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia / Guideline Writing Group, Systematic Review Group, Committee on Practice Guidelines*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2021.

↑ **Quadro 1. Gestão da agitação psicomotora em calamidades públicas**

Avaliar a situação. Proteger o paciente, as pessoas e a equipe

Usar desescalada verbal e outras técnicas de comunicação

Levar o paciente para um ambiente mais tranquilo

Usar tranquilização oral rápida

Antipsicóticos recomendados: Asenapina, haloperidol, risperidona, olanzapina. Evitar o uso por pacientes com arritmia, convulsões e traumatismo cranioencefálico

Benzodiazepínicos recomendados*: Clonazepam, diazepam (especialmente para abstinência de álcool) e lorazepam. Evitar o uso associado a depressores do SNC (ou seja, álcool)

Usar tranquilização intramuscular rápida

Antipsicóticos recomendados: Aripiprazol, haloperidol, olanzapina. Evitar o uso por pacientes com arritmia, convulsões e traumatismo cranioencefálico
Benzodiazepínicos recomendados: Lorazepam e midazolam. Evitar o uso associado a depressores do SNC (ou seja, álcool)

Usar contenção física com tranquilização rápida

*A administração intravenosa deve ser evitada. As exceções são casos de abstinência de álcool, intoxicação por cocaína e convulsões onde o diazepam ou lorazepam são indicados por via intravenosa.

**Quadro 2. Principais advertências quanto a antipsicóticos**

Medicamento	Advertência
Típica Baixa potência	<p>Interações medicamentosas: Anti-hipertensivos, antiarrítmicos, sedativos, outros antipsicóticos, ciprofloxacina, fluvoxamina, lítio, clinafloxacina, idrocilamida, oltipraz, rofecoxibe, etintidina, zafirlucaste, cloroquina/hidroxicloroquina, ritonavir, azitromicina</p> <p>Doenças: Intoxicação por depressores do SNC (álcool, medicamentos psicotrópicos), demência, doença cardiovascular, traumatismo cranioencefálico, efeitos anticolinérgicos, toxicidade hematológica, doença hepática, mal de Parkinson, disfunção renal, distúrbios respiratórios, convulsões, eventos tromboembólicos, convulsões</p>
Atípica Alta potência	<p>Interações medicamentosas: Anti-hipertensivos, antiarrítmicos, fluoxetina, sedativos, outros antipsicóticos, venlafaxina, escitalopram, divalproato, lítio, ondansetrona, eritromicina, levofloxacina, moxifloxacina, pentamidina, toremifeno, vandetanibe, rifampicina, itraconazol, cloroquina/hidroxicloroquina, ritonavir, azitromicina</p> <p>Doenças: Intoxicação por depressores do SNC (álcool, medicamentos psicotrópicos), demência, doença cardiovascular, traumatismo cranioencefálico, efeitos anticolinérgicos, toxicidade hematológica, doença hepática, mal de Parkinson, disfunção renal, distúrbios respiratórios, convulsões, eventos tromboembólicos, desidratação, hipertireoidismo, neutropenia, convulsões</p>
Atípica	<p>Interações medicamentosas: Anti-hipertensivos, antiarrítmicos, sedativos, outros antipsicóticos, metoprolol, lamotrigina, ISRS, lítio, pregabalina, carbamazepina, clonazepam, cimetidina, cetoconazol, rifampicina, ciprofloxacina, cloroquina/hidroxicloroquina, ritonavir, azitromicina, contrastes iodados</p> <p>Doenças: Intoxicação por depressores do SNC (álcool, medicamentos psicotrópicos), demência, doença cardiovascular, traumatismo cranioencefálico, efeitos anticolinérgicos, toxicidade hematológica, doença hepática, mal de Parkinson, disfunção renal, distúrbios respiratórios, convulsões, eventos tromboembólicos, hipotensão, efeitos anticolinérgicos, convulsões, aspiração, alterações lipídicas, anormalidades hematológicas (clozapina: agranulocitose), diabetes</p>

↑ Quadro 3. Principais advertências quanto a estabilizadores de humor

Medicamento	Advertência
Lítio	Interações medicamentosas: Aciclovir, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, digoxina, diuréticos, anti-inflamatórios não hormonais, antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores, cloroquina/hidroxicloroquina, ritonavir, lopinavir, estreptomicina, fenitoína, levodopa, antipsicóticos, tapazol, tenofovir, tetraciclina, varfarina Doenças: Doenças renais, convulsões, hipotireoidismo, doenças cardíacas, diarreia, depleção de sódio, febre, neutropenia, desidratação
Valproato	Interações medicamentosas: Antirretrovirais, medicamentos antitireoidianos, bloqueadores dos canais de cálcio, carbamazepina, carbapenêmicos, cimetidina, cloroquina/hidroxicloroquina, clozapina, quimioterapia, dapsona, digoxina, eritromicina, etossuximida, fenitoína, fenobarbital, lamotrigina, ritonavir, ácido salicílico, lopinavir, antidepressivos tricíclicos, varfarina Doenças: Doença hepática, HIV/CMV, trombocitopenia, doença renal, doenças da tireoide
Lamotrigina	Interações medicamentosas: Carbamazepina, citalopram, clozapina, desmopressina, fenitoína, fenobarbital, cloroquina/hidroxicloroquina, ritonavir, lopinavir, rifampicina, sulfametoxazol-temoporquina Doenças: Erupção cutânea, arritmias, discrasias sanguíneas, meningite, doença renal, doença hepática

↑ Quadro 4. Principais advertências para antidepressivos

Medicamento	Advertência
Agomelatina	Interações medicamentosas: Antidepressivos, profloxacina, estrogênios Doenças: Reações cutâneas, hepatite
Bupropiona	Interações medicamentosas: Alprazolam, aripiprazol, anfetaminas, dextroanfetamina, citalopram, clonazepam, duloxetina, venlafaxina, lamotrigina, escitalopram, linezolida, lisinopril, paroxetina, fluoxetina, quetiapina, tramadol, trazodona, sertralina, ritonavir, efavirenz, betabloqueadores, ciclofosfamida, tamoxifeno, ticlopidina, clopidogrel, aminofilina, teofilina Doenças: Doenças cardíacas, convulsões, glaucoma, hipertensão, traumatismo cranioencefálico, delirium
Antidepressivos de ação dual	Interações medicamentosas: Antidepressivos, anti-hipertensivos, cimetidina, clozapina, diuréticos, lítio, metoclopramida, ondansetrona, oxcarbazepina, fenitoína, tramadol, quinolonas, tamoxifeno, triptanos, Doenças: Doenças cardíacas, convulsões, glaucoma, hipertensão, traumatismo cranioencefálico, delirium
Mirtazapina	Interações medicamentosas: Antidepressivos, buspirona, sedativos, cetamina, cetoconazol, cimetidina, clonidina, eritromicina, fenitoína, hidroxizina, levodopa, metoclopramida, olanzapina, propranolol, quetiapina, risperidona Doenças: Doença renal, doença hepática, hipotensão, neutropenia, hiponatremia, convulsões, glaucoma
Inibidores da monoamina oxidase	Interações medicamentosas: Adrenalina e amins simpaticomiméticas, anestésicos, anti-histamínicos, antidepressivos, cafeína, carbamazepina, ciproheptadina, clonidina, clozapina, descongestionantes, dissulfiram, ginseng, insulina, levodopa, lítio, metildopa, opioides, nitratos, oxcarbazepina, tiramina, triptanos, triptofano Doenças: Doença cardíaca, doença cerebrovascular, uso de simpaticomiméticos, tireotoxicose, feocromocitoma, doença hepática, doença renal
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina	Interações medicamentosas: Amiodarona, antidepressivos, betabloqueadores, ciclosporina, cimetidina, claritromicina, digoxina, fluconazol, glibenclamida, insulina, linezolida, aspirina, lorazepam, ibuprofeno, lamotrigina, gabapentina, omeprazol, opioides, anticoagulantes orais, ritonavir, triptanos, triptofano, varfarina, verapamil Doenças: Hiponatremia, convulsões, prolongamento do intervalo QT, SIADH, doença hepática, função plaquetária, doença renal, glaucoma, diabetes
Trazodona	Interações medicamentosas: Amiodarona, antidepressivos, anti-hipertensivos, clonidina, digoxina, Ginkgo Biloba, linezolida, metildopa, propranolol, ritonavir, selegilina, varfarina Doenças: Glaucoma, convulsões, doença cardiovascular, hiponatremia, hipotensão, doença hepática, doença renal
Tricíclicos	Interações medicamentosas: Acetaminofeno, anti-histamínicos, bupropiona, duloxetina, ciclobenzaprina, gabapentina, opioides, lamotrigina, escitalopram, pregabalina, fluoxetina, levotiroxina, linezolida, sertralina, topiramato, trazodona, sulfametoxazol trimetoprima, fluconazol Doenças: Efeitos anticolinérgicos, doenças cardiovasculares, convulsões, glaucoma, retenção urinária, neutropenia, supressão da medula óssea
Vortioxetina	Interações medicamentosas: Abciximabe, anticoagulantes, antidepressivos, betabloqueadores, buspirona, carbamazepina, efavirenz, inibidores de protease, linezolida, lítio, lopinavir, opioides, ritonavir

Quadro 5. Principais ansiolíticos para sintomas agudos de ansiedade*, **, ***

Alprazolam	±11,2	Bupropiona, ciclobenzaprina, furosemida, gabapentina, lisinopril, losartana, omeprazol, trazodona
Bromazepam	±11,2	Antifúngicos, antibióticos macrólidos, inibidores da protease do HIV, agentes bloqueadores dos canais de cálcio
Clonazepam	±35	Aripiprazol, antifúngicos, bupropiona, duloxetina, fluoxetina, fenitoína, ranitidina, fenotiazinas, monoamina oxidase carbamazepina, sertralina, pregabalina, lamotrigina, fenobarbital
Diazepam	±48	Baclofeno, duloxetina, furosemida, cimetidina, lisinopril, omeprazol, prednisona, omeprazol, sertralina
Lorazepam	±18	Aripiprazol, citalopram, duloxetina, escitalopram, pregabalina, bupropiona, sertralina

**Evite o uso com anti-histamínicos, opioides e outros sedativos. Evite o uso em caso de intoxicação alcoólica aguda, glaucoma de ângulo fechado, dependência de drogas, doença renal/hepática, convulsões por depressão respiratória, hipotensão prolongada.*

***Interações medicamentosas e/ou problemas relacionados: Cimetidina, contraceptivos orais contendo estrogênio, diltiazem, dissulfiram, eritromicina, fluoxetina, fluvoxamina, suco de toranja, itraconazol, cetoconazol, nefazodona, propoxifeno, ranitidina e verapamil, que inibem o metabolismo oxidativo dos benzodiazepínicos, têm menos probabilidade de afetar o lorazepam, que sofre conjugação com glicuronídeo.*

****Tome cuidado em casos de depressão, obesidade e na presença de reações paradoxais.*

Quadro 6. Pontos-chave sobre emergências psiquiátricas em calamidades públicas

Emergências psiquiátricas são complicações de doenças mentais que podem ser pré-existentes ou surgir após o evento

Por esta razão, devem estar disponíveis serviços de apoio completos, incluindo atendimento ambulatorial, hospitais-dia, serviços de emergência e enfermarias gerais e especializadas

É necessário que a população tenha acesso rápido a mecanismos de triagem e encaminhamento rápido durante e após um desastre

A avaliação deve ser completa e considerar o diagnóstico diferencial ou comorbidades com doenças físicas

As principais emergências incluem agitação psicomotora, comportamento suicida, abuso de substâncias, transtornos de humor, psicose e transtornos de ansiedade

