

CAPÍTULO 6

CRISES PSIQUIÁTRICAS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Isabela Wenglarek Delorenzo
Bruna Tífani Bitzcof
Gabriel Mendes Nascimento
Querem Evelyn da Silva Pereira
Lethicia Altina Prado da Silva

RESUMO

INTRODUÇÃO: As crises psiquiátricas constituem apresentações frequentes e complexas nos serviços de emergência, incluindo agitação psicomotora, comportamento agressivo, risco de suicídio, intoxicação por substâncias e descompensação de transtornos mentais. A agitação, em especial, é considerada uma emergência médica e psiquiátrica, pois pode expor o paciente, familiares e profissionais a risco de dano, além de estar associada a causas orgânicas potencialmente graves (CURRY et al., 2023). A assistência qualificada demanda avaliação simultânea da segurança, do estado clínico e mental e do risco imediato, evitando atribuir automaticamente os sintomas a um transtorno psiquiátrico preexistente. Esta revisão sistemática de literatura discute princípios assistenciais aplicáveis ao acolhimento, à avaliação e ao manejo inicial de crises psiquiátricas na emergência. **DESENVOLVIMENTO:** A primeira medida diante de uma crise psiquiátrica é assegurar ambiente protegido e realizar avaliação clínica breve, porém sistemática, sem retardar intervenções de contenção do risco. Devem ser avaliados sinais vitais, nível de consciência, orientação, atenção, sintomas neurológicos, dor, trauma, uso de álcool ou outras substâncias, medicações e antecedentes psiquiátricos e clínicos. Alterações de cognição ou consciência, flutuação atencional, achados físicos focais, sinais vitais anormais e agitação de início recente, sobretudo em pessoas sem história psiquiátrica, devem ampliar a suspeita de etiologia médica, como delirium, intoxicação, abstinência, hipoglicemia ou infecção (CURRY et al., 2023). Paralelamente, a avaliação do risco de autoagressão, heteroagressão, vulnerabilidade e incapacidade de autocuidado deve orientar a intensidade da vigilância e a necessidade de suporte especializado. As evidências recomendam uma hierarquia de intervenções, priorizando medidas menos invasivas. A organização de ambiente com baixa estimulação, comunicação clara, escuta ativa, postura não ameaçadora e técnicas de desescalada

verbal devem ser empregadas precocemente por equipe treinada. Diretriz brasileira, construída a partir de revisão sistemática, recomenda iniciar por ambiente apropriado, equipe capacitada, abordagem verbal e avaliação física e mental, reservando intervenções farmacológicas e contenção mecânica para situações em que essas medidas sejam insuficientes ou haja risco iminente (BALDAÇARA et al., 2019). A contenção física não deve assumir caráter punitivo nem substituir avaliação clínica; quando inevitável, requer indicação proporcional ao risco, monitorização contínua, documentação e reavaliação frequente para interrupção tão logo seja seguro. **CONCLUSÃO:** O atendimento de crises psiquiátricas na emergência exige reconhecimento precoce de risco, exclusão de causas clínicas agudas e intervenções proporcionais, centradas na dignidade e na segurança do paciente. A desescalada verbal e a qualificação da equipe constituem medidas iniciais fundamentais, enquanto farmacoterapia e contenção física devem ser individualizadas e utilizadas pelo menor tempo necessário. A estabilização efetiva deve culminar em plano de segurança e articulação com a rede de saúde mental, assegurando continuidade do cuidado após a emergência.

REFERÊNCIAS

BALDAÇARA, L. et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, n. 2, p. 153-167, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>.

CURRY, A. et al. Updates in the assessment and management of agitation. *Focus*, v. 21, n. 2, p. 124-138, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220064>.