

Caracterização dos pacientes com transtornos mentais atendidos pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência em uma cidade do interior do estado de São Paulo: papel do Enfermeiro

Characterization of patients with mental disorders treated by Service Medical Emergency in a city within the state of São Paulo: role of Nurses

Características de los pacientes con trastornos mentales tratada por Servicio Médico de Emergencia en una ciudad dentro del estado de São Paulo: papel de Enfermeras

Bruno Vilas Boas Dias¹

Vanderlei Ciriaco da Silva²

Delmária Mendes Ferreira³

Tatiane Cristina Perucchi⁴

RESUMO

Objetivo: Identificar o número total de atendimentos realizados pelo SAMU no primeiro semestre de 2013 e estratificar os casos de pacientes psiquiátricos e a partir dos diagnósticos encontrados evidenciar os sinais e sintomas relacionados e estabelecer as implicações para o atendimento do enfermeiro. **Método:** pesquisa quantitativa, documental e retrospectiva com levantamento de dados estatístico compilados do SAMU decorrente de atendimento de pacientes psiquiátricos de um município do interior do estado de São Paulo. A coleta de dados ocorreu por meio da análise das fichas de atendimentos. **Resultados:** ao todo foram 7.756 atendimentos. Destes 546 foram psiquiátricos divididos em: 148 casos de etilismo, 77 de depressão, 66 de tentativas de suicídio, 58 de surto psicótico, 51 de delirium, 50 de agitação psicomotora, 43 de ansiedade, 42 de esquizofrenia e 11 relacionados a outros casos psiquiátricos. **Conclusão:** O enfermeiro deve ter conhecimento abrangente das doenças mentais e suas manifestações para que o atendimento seja efetivo e eficiente, na medida em que é rapidamente identificado, abordado e encaminhado.

Palavras Chave: psiquiatria; medicina de emergência; serviços médicos de emergência; enfermagem psiquiátrica.

¹ Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí/SP. Cardiologista pela UNIFESP e professor do Centro Universitário Padre Anchieta de Jundiaí. E-mail:

bruno.dias@anchieta.br

² Enfermeiro assistencial do Hospital Sobam de Jundiaí.

^{3,4} Acadêmicas do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta. Jundiaí/SP.

ABSTRACT

Objective: Identify the total number of attendances by SAMU in the first half of 2013 and stratify cases of psychiatric patients and from diagnoses highlight the signs and symptoms related to establish the implications for the care of nurses.

Method: Quantitative, documentary and retrospective with survey compiled statistical data SAMU due care of psychiatric patients in a municipality in the state of São Paulo in the first half of 2013 survey data related to diagnoses of mental disorders were included only showed that patients treated through the records of service calls. Data collection occurred through the analysis of the records of attendance. **Results:** 7,756 calls in all were analyzed within six months. Of these 546 were psychiatric divided into: 148 cases of alcoholism, 77 depression, 66 suicide attempts, psychotic break of 58, 51 of delirium, psychomotor agitation for 50, 43 anxiety, 42 with schizophrenia and 11 cases related to other psychiatric .

Conclusion: The nurse must have comprehensive knowledge of mental illness and its manifestations so that the service is effective and efficient, in that it is quickly identified, addressed and forwarded.

Descriptors: Psychiatry; emergency medicine; emergency medical services; psychiatric nursing

RESUMEN

Objetivo: Identificar el número total de visitas realizadas por el SAMU en el primer semestre de 2013 y estratificar a los casos de los pacientes psiquiátricos y de diagnósticos de relieve los signos y síntomas relacionados con establecer las implicaciones para el cuidado de las enfermeras. **Método:** Cuantitativa, documental y retrospectivo, con encuesta recopilado datos estadísticos SAMU debido cuidado de los pacientes psiquiátricos en un municipio en el estado de São Paulo, en el primer semestre de 2013 los datos de encuestas relacionadas con el diagnóstico de los trastornos mentales se incluyeron sólo mostraron que los pacientes tratados a través de los registros de llamadas de servicio. Los datos fueron recolectados a través del análisis de los registros de asistencia. **Resultados:** 7756 visitas en total se analizaron dentro de los seis meses. De ellos 546 fueron psiquiátrica dividen en: 148 casos de alcoholismo, la depresión 77, 66 intentos de suicidio, crisis psicótica de 58, de 51 de delirio, agitación psicomotora para 50, 43 ansiedad, 42 con esquizofrenia y 11 casos relacionados con otros trastornos psiquiátricos . **Conclusión:** La enfermera debe tener un conocimiento amplio de las enfermedades mentales y sus manifestaciones para que el servicio es eficaz y eficiente, en el que se identifica de forma rápida, dirigida y reenviado.

Palabras clave: Psiquiatria; medicina de emergencia; servicios médicos de urgencia; enfermería psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

No que tange à assistência pré-hospitalar brasileira, a demanda de vítimas de acidentes automobilísticos e de violência interpessoal são protagonistas de um cenário de pouca estruturação e padronização dos serviços de urgência. Em face desta cota, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção às Urgências, pela Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002 com o finalidade de melhor definir os serviços já existentes e ampliá-los em nível nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Assim, os serviços de urgência e emergência hospitalar, as unidades básicas de saúde, os ambulatórios, os prontos socorros e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) são observados por esta legislação. Apesar de ser um serviço novo, criado em 2003, como parte da Política Nacional de Atenção a Urgências, a importância do SAMU tem sido destacada, considerando seus impactos positivos no prognóstico dos doentes atendidos (CORTEZ, 2003).

No cenário do atendimento pré-hospitalar móvel, é imperativo que os profissionais tenham formação

polivalente e orientada para a visão da realidade (DUBAR, 1997). No processo de trabalho do atendimento em urgências, tais características se expressam das mais variadas formas: pela necessidade de responder aos agravos de qualquer natureza, seja ela clínica, traumática, obstétrica ou psiquiátrica (VIEIRA, 2007).

A assistência oferecida é desencadeada por um solicitante via telefone, pelo número gratuito 192, vinculado a uma Central de Regulação e destina-se ao lugar de sua ocorrência que, pode ser um domicílio ou via pública, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O papel do SAMU no tocante à assistência às urgências psiquiátricas foi aprovado durante a Primeira Oficina Nacional de Atenção às Urgências em Saúde Mental, que ocorreu na cidade de Aracaju - SE no ano de 2004. O acontecimento foi o primeiro diálogo prático para operacionalizar a articulação entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A ampliação do papel dos serviços de emergência na rede de saúde mental, o diagnóstico levantado nessas situações passou a ter outras implicações terapêuticas e prognósticas, já que as determinações sobre o tipo de tratamento e de serviço para o qual o paciente será conduzido basear-se-ão nessa primeira impressão diagnóstica. Além disso, sabe-se que o diagnóstico formado no momento de admissão do paciente no sistema de saúde mental tende a ser sustentado no decorrer do seu tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

A reforma psiquiátrica brasileira visa mudança em diversos pontos do tratamento do doente mental, além de lhes garantir direito como o de viver em sociedade exercendo seu papel de cidadão.

Com isso, antes fechada e escondida atrás dos muros dos manicômios, hoje as crises ganham o espaço social, com a redução dos leitos e das internações o que motivou também a obrigação de criar serviços substitutivos para dar conta dessa nova questão. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção às Urgências demonstrou a responsabilidade SAMU no que fere a assistência em crises psíquicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Diante disso, propomos identificar o número total de atendimentos realizados pelo SAMU no primeiro

semestre de 2013 e estratificar os casos de pacientes psiquiátricos e a partir dos diagnósticos encontrados evidenciar os sinais e sintomas relacionados e estabelecer as implicações para o atendimento do enfermeiro.

MÉTODO

Pesquisa do tipo quantitativa, documental, descritiva e retrospectiva com levantamento de dados estatísticos compilados do SAMU, decorrente de atendimento de pacientes psiquiátricos no primeiro semestre de 2013.

Para a coleta de dados houve autorização do responsável pelo serviço. Assim, as informações foram compiladas entre os meses de agosto e setembro de 2013.

Foram incluídos somente os dados referentes aos diagnósticos de transtornos mentais que os pacientes atendidos apresentavam através das fichas de atendimentos do serviço. E excluídos dados como: os *check list* das viaturas, descrição detalhada de atendimento de manutenção da ambulância, local do atendimento (residencial ou via pública), bairros de atendimentos e horários (saídas e chegadas) das ambulâncias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 1: Distribuição dos atendimentos realizados no primeiro semestre de 2013 pelo SAMU, Jundiaí/SP, (n= 7756).

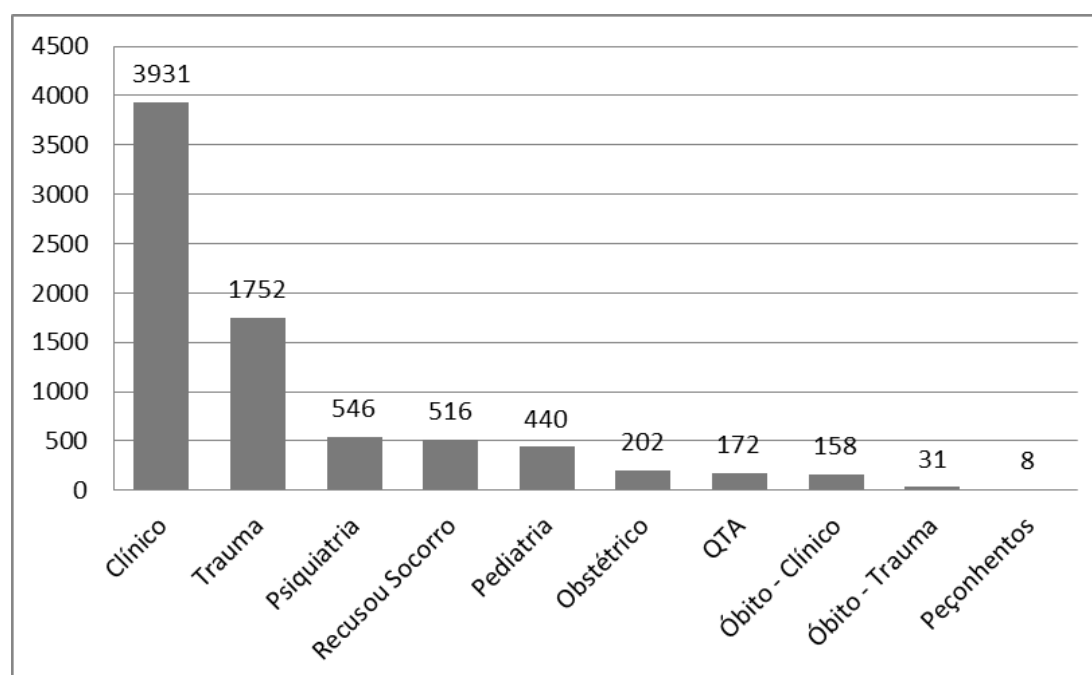
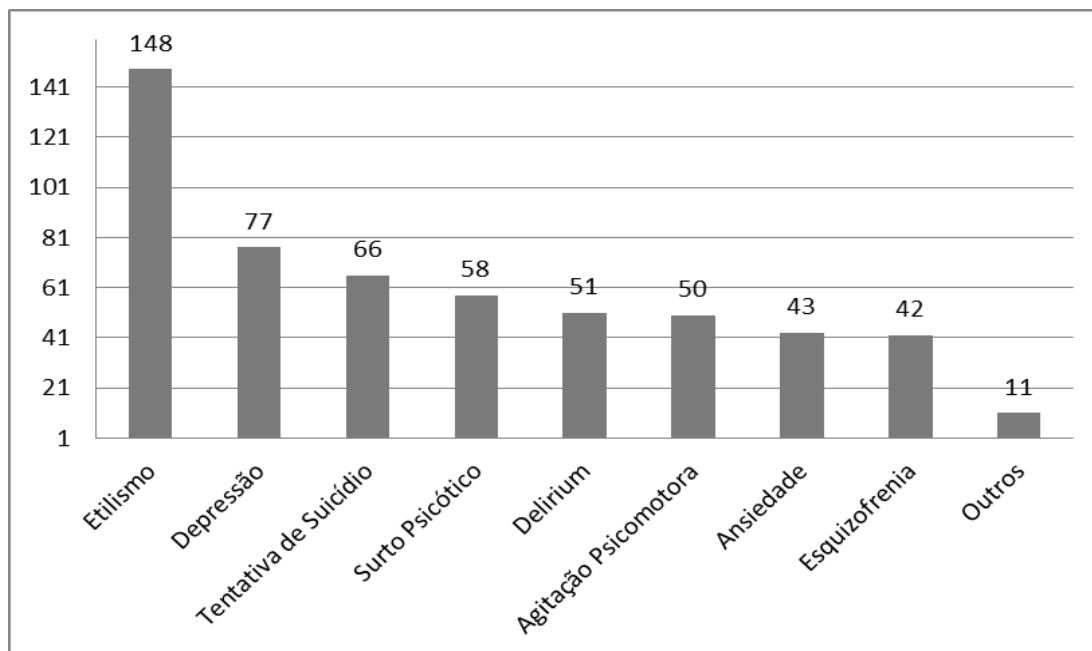


Figura 2: Distribuição dos casos de atendimentos psiquiátricos realizados pelo SAMU, Jundiaí/SP, 2013, (n= 546).



No primeiro semestre de 2013, o SAMU atendeu um total de 7.756 pacientes (Fig. 1) sendo: agravos clínicos 51% (3931), traumáticos 22% (1752), psiquiátricos 7% (546), obstétricos 3% (202), pediátricos 6% (440), peçonhentos 0,10% (8), óbito – clínico 2% (158), óbito – trauma 0,40% (31), “QTA” (casos cancelados pelo SAMU devido à ausência do paciente na chegada a cena) 2% (172), socorros recusados 6% (516).

Foram estratificados os casos psiquiátricos que corresponderam a 7% dos casos atendidos. Emergindo assim nove diagnósticos diferentes, (Fig. 2) sendo: etilismo 27% (148), depressão 14% (77), tentativa de suicídio 12% (66), surto psicótico 11% (58), *delirium* 8% (51), agitação psicomotora 9% (50), ansiedade 8% (43), esquizofrenia 9% (42), outros 2% (11).

É importante ressaltar que o acesso dos pesquisadores foi limitado e como os diagnósticos são demarcados na ficha de atendimento na forma de *check list*, a descrição “QTA” assim como “outros” demonstrado também na (Fig. 1) não foi possível ser desmembrada em diagnósticos. Para a complementação, os profissionais do SAMU utilizam o relatório para descrever os demais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, porém o acesso foi somente aos dados estatísticos.

Dentre os diagnósticos encontrados pelo SAMU alguns se destacam como emergências psiquiátricas que podem ocorrer em qualquer momento da vida cotidiana e familiar e podem representar risco significativo e iminente de morte ou de lesão grave provocado por sentimentos, pensamentos ou ações que colocam em risco a integridade do próprio indivíduo ou, de outros, do ambiente ou da sociedade (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2011). Portanto, como exemplos evidenciados temos: agitação psicomotora, tentativa de suicídio, ansiedade (se manifestada por agressividade, agitação e perplexidade) e *delirium*.

Já os outros casos identificados, esquizofrenia, etilismo e depressão, destacam-se por serem doenças crônicas, mas que se não tratadas adequadamente ou por algum motivo o paciente não aderir ao tratamento, também podem ter evolução drástica que pode levar a uma emergência psiquiátrica devido evolução dos sinais sintomas.

No geral, sempre que possível, o atendimento ao doente mental deve ser realizado por equipe interdisciplinar compreendendo ações fundamentais de observação conjugada a avaliação rápidas, contenção da situação com segurança aos envolvidos e encaminhamento posterior adequado (FONTANA, 2005).

Quadro 1: Distribuição dos diagnósticos, sinais e sintomas apresentados e caracterização dos pacientes. Jundiaí/SP. 2013.

Agitação Psicomotora	
Sinais e Sintomas	Caracterização do Paciente
Clinicamente: hipoglicemia, hipóxia, traumatismo crânio encefálico, sangramento, hiper e hipotermia, meningite, sepse, acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnóidea, tumores cerebrais, doenças tireoidianas e, mais raramente, hiperparatireoidismo (ROSSI, SWAN, ISAACS, 2010). Em relação ao transtorno mental: Andar de um lado para outro, pensamento acelerado e agressividade verbal (DEL PORTO, 1999).	Em geral são: homens entre 15 e 24 anos; baixo nível socioeconômico e educacional; desempregado; membros de minorias sociais sem suporte adequado; vítimas de assalto e violências; intoxicação por álcool ou abstinência de substância psicoativa; traumatismo craniano; baixa auto-estima; pessoa com transtorno mental sem adesão ao tratamento (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2011).
Etilismo	
tremores grosseiros das mãos, línguas ou pálpebras; náuseas ou vômitos; mal estar ou fraqueza; taquicardia; sudorese; elevação da pressão arterial; ansiedade; humor deprimido ou irritabilidade; alucinações ou ilusões transitórias; cefaleia e insônia (KARAM, 2006).	Primeiro episódio ocorre entre 10 a 12 anos de idade; Entre 20 e 30 anos o paciente tem um padrão de uso; o uso entre mulheres e homens tem se equiparado. O uso em idosos também está evidenciado por motivo de diminuição de atividades e responsabilidades (ALVES, FORMIGONI, GERRA, 2003 e VIDEBECK, 2012).
Tentativa de Suicídio	
tentativas e ideações suicidas, negligencia quanto aos cuidados pessoais, abuso de drogas, procura problematizar os impactos negativos que encontra no cotidiano e nas relações sociais; busca o término de suas angústias com uma postura que vai contra a sua vida (COELHO <i>et al</i> , 2009).	Geralmente gênero feminino com idade acima de 45 anos. História pessoal e familiar de tentativas anteriores; perdas recentes; desemprego perda de <i>status</i> ; posse de arma de fogo; ausência ou prejuízo de laços afetivos; doenças; presença de transtornos mentais (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2011).
Esquizofrenia	
Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento; delírios, influência ou passividade; vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas; neologismos, paradas ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante; comportamento catatônico, postura inadequada ou, negativismo, mutismo e estupor; sintomas negativos como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, e diminuição do desempenho social (DSM-IV-TR, 2008).	Sua prevalência é estimada em 1% da população total. Nos Estados Unidos isso representa 3 milhões de pessoas que têm ou já tiveram a doença ou que serão afetadas por ela. Raramente se manifesta na infância. O pico de incidência do surgimento vai dos 15 aos 25 anos de idade para homens e dos 25 aos 35 anos para mulheres (VIDEBECK, 2012).
Depressão	
tristeza, apatia, anedonia, avolição, irritabilidade, alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas, sono, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante e não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente), capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico e tentativa de suicídio ou plano um específico para cometê-lo, disposição ao choro, ansiedade, fobias, irritabilidade, ruminação obsessiva, preocupação com a saúde física e queixas de dores (BAPTISTA, SOUZA, ALVES, 2008).	Ocorre independente da condição cultural e nível socioeconômico; pode surgir em qualquer período da vida. É prevalente em pessoas portadoras de doenças crônicas. Em relação ao gênero acomete 5 a 9% das mulheres e 2 a 5% dos homens (FINGER <i>et al</i> , 2011).
Ansiedade	
sintomas somáticos, fadiga, concentração, alterações do sono, irritabilidade, preocupações com o funcionamento corporal, depressão, ideias depressivas, preocupações, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões (BOTEGA <i>et al</i> , 1995).	Ocorrência duas vezes maior no gênero feminino. Idade inferior a 45 anos; separação conjugal ou divórcio; história de abuso físico ou sexual na infância; baixa condição socioeconômica (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2011).
Delirium	
perda da habilidade de comunicação lógica; vozes que condenam o paciente, imprecisões do demônio, entre outros, que têm como referência o sintoma e sua característica principal do obsessivo seria a impossibilidade de controle das ideias e condutas, resultando em angústia, que pode nos proporcionar sobreposição de ideias, confusão diagnóstica (DSM-IV-TR, 2008 e SANTOS, BASSITT, 2008).	Comum em idosos com doenças agudas; Em crianças estão susceptíveis nos casos de doenças febris ou quando ingerem certos medicamentos como os anticolinérgicos (VIDEBECK, 2012).

CONCLUSÕES

Os dados demonstram que no primeiro semestre de 2013 o SAMU atendeu 546 pacientes com transtornos psiquiátricos, e identificaram nove diagnósticos sendo o etilismo, com 27% (148) ocorrências o de maior prevalência, seguido de depressão e tentativa de suicídio com 77 e 66 casos respectivamente.

E de suma importância que o profissional tenha pleno conhecimento técnico e científico em relação às patologias que variam de doenças crônicas a

emergências psiquiátricas e em relação às suas manifestações que envolvem aspectos clínicos e psiquiátricos, para que o atendimento seja efetivo e eficiente na medida em que é rapidamente identificado, abordado e encaminhado. O atendimento do SAMU tem crescido e é importante que tenha mais estudos para o aprimoramento e aprofundamento dos conhecimentos em relação aos pacientes com transtornos mentais em detrimento a reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. ALVES HNP, FORMIGONI MLOS, GERRA AdeBG. **Problemas associados ao uso de bebidas alcoólicas**. In: PRADO FCdo, RAMOS JdeA, VALLE JRdo. Atualização terapêutica. 21.ed. São Paulo: Artes Médicas. 2003 Cap. 19. 1506-71.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic criteria from DSM-IV-TR**. Washington: APA. D.C.: American Psychiatric Association. 2000.
3. BAPTISTA MN, SOUZA MSDE, ALVES GADAS. **Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)**. Psico-USF 2008. (Impr.) [internet],[acesso em 2013 dez. 04]. 13 (2). p. 211-220. Itatiba jul./dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-211-2008-0001>
4. BOTEGA NJ, BIO MR, ZOMIGNANI MA, GARCIA JR C, PEREIRA WAB. **Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão**. Rev. Saúde Pública. 29 (5). 355-63.1995.
5. BRASIL. Ministério da saúde. Portaria 2048/GM. **Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência**. 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048. **Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: **acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, relatório de gestão 2003-2006**. 2007. Brasília, DF.
8. COELHO ER, AZEVEDO F, GAUER GJC, CATALDO NETO A. **Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento**. J Bras Psiquiatr. 2009. 58 (2):92-6.
9. CORTEZ MSM. A dependência do paciente portador de traumatismo craneoencefálico por acidente automobilístico: **um desafio para a família** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
10. DEL PORTO JA. **Conceito e diagnóstico**. [internet],[acesso em 2013 dez. 12] Rev. Bras. Psiquiatr. 1999. São Paulo 21 (suppl 1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso.
11. DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.
12. FINGER G, PASQUALOTTO FF, MARCON G, MEDEIROS GS, ABRUZZI JUNIOR J, MAY WS. **Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise**. Rev AMRIGS. Porto Alegre. 2011; 55 (4): 333-338.
13. FONTANA AM. **Manual de clínica em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2005.p.960-81.
14. KARAM H. **O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho**. Rev Psiquiatria Rio Gd Sul. 2006; 25(3):468-74.
15. ROSSI J, SWAN MC, ISAACS ED. **The violent or agitated patient**. Emerg Med Clin North Am. 2010; 28(1): 235-56.
16. SANTOS JRA, BASSITT DP. Interface entre pensamento obsessivo e delírio: **relato de dois casos**. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul. 30(1). Porto Alegre. jan./abr. 2008.
17. STEFANELLI MC, FUKUDA IMK, ARANTES EC. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2011.
18. VIDEBECK SL. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
19. ZAPPAROLI ADOSS, MARZIALE MHP. **Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências**. Rev. bras. enferm. 59(1). Brasília. Jan./Feb. 2006.

Recebido em: 14/09/2014.

Aceito em: 20/11/2014.