

CAPÍTULO 24

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. Introdução

Freqüentemente, o socorrista enfrenta situações em que, além da responsabilidade de aplicar as técnicas de abordagem e atendimento corretas à vítima, se vê forçado a restabelecer o equilíbrio emocional e social das pessoas envolvidas no incidente. Denominamos “intervenção em crises” a atenção especial dispensada pela equipe de socorro à vítima, a familiares, amigos ou outros espectadores na cena da ocorrência, que se encontrem em estado de crise.

Definimos “crise” como a incapacidade do indivíduo em lidar com o estresse por meio de mecanismos habituais. Quando se defronta com um problema novo ou insuportavelmente angustiante, responde com um temporário estado de desequilíbrio emocional. As reações aos diversos agentes estressores dependem da capacidade emocional e física, variável em cada indivíduo.

Assim definido, considera-se a crise uma situação de emergência, em que a pessoa põe em risco sua própria vida, a de outras pessoas e até a da equipe de socorro, em função da desorganização súbita ou rápida da capacidade de controlar seu próprio comportamento.

2. Situações mais Freqüentes Responsabilizadas por Provocarem Crises

2.1. Emergências Médicas em Geral

Geralmente quando doenças ou acidentes acometem alguém que apresente risco de vida aos olhos dos familiares. O medo e a incapacidade de enfrentar equilibradamente a situação por parte da vítima e familiares desencadeiam um estado de crise, que vai de simples alterações de comportamento, como quadros de ansiedade, agitação, apatia, até a estados mais complexos de depressão e agressão.

2.2. Emergências Psiquiátricas

Pessoas com doenças mentais estabelecidas, que apresentam atitudes extremas, como agressividade, riscos de suicídio e homicídio. É importante saber que este quadro

psiquiátrico pode estar associado a reações tóxicas medicamentosas, a uso ou abuso de drogas e álcool e a doenças orgânicas.

2.3. Conflitos Emocionais

O paciente se apresenta ansioso, confuso e amedrontado, expressando dificuldade de enfrentar situações interpessoais (conflitos familiares como divórcios, brigas conjugais, perda de ente querido, perda de emprego). Com frequência uma crise de ansiedade leva o paciente a buscar atendimento de emergência, muitas vezes desejando apenas ser ouvido atentamente para acalmar-se;

2.4. Catástrofes, Acidentes com Múltiplas Vítimas:

Dependendo da magnitude do evento, há prejuízos no controle emocional da própria equipe que está prestando socorro. São situações de estresse acentuado que exigem alto grau de iniciativa e discernimento dos socorristas durante o atendimento.

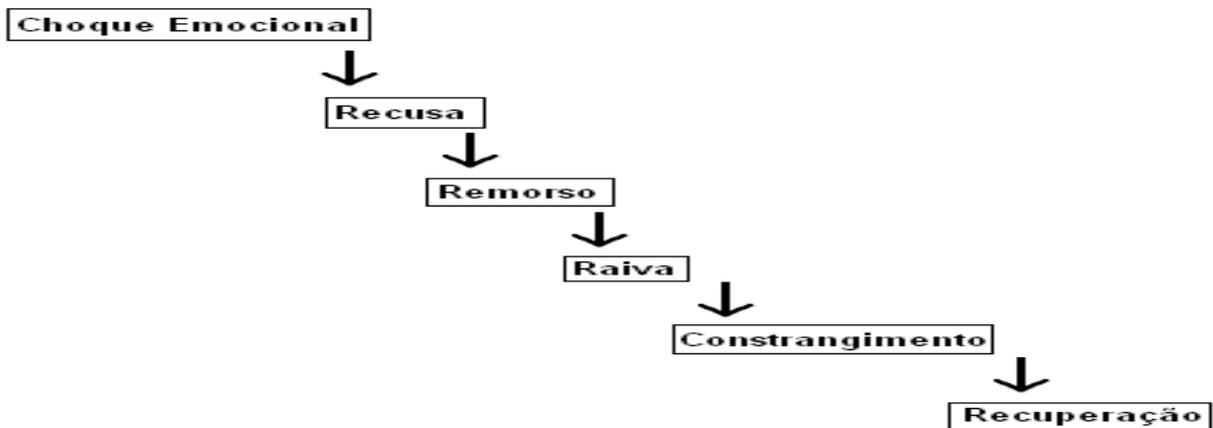
Como podemos observar, as crises variam quanto ao grau de urgência e gravidade, indo desde um quadro de ansiedade até estados de violência capazes de provocar uma reação defensiva ou atitude negativa por parte de socorristas não preparados, dificultando ou impedindo a resolução do caso. Este texto não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas de repassar orientações básicas que incentivem na busca de novos conhecimentos e informações.

Devemos lembrar que, normalmente, a crise e pessoa anteriormente sadia tende a seguir fases sucessivas, que voltam ao normal, dependendo da abordagem externa que, se adequada, pode abreviar sua duração.

3. Fases da Crise

Nas três primeiras fases, o indivíduo perde o contato com a parte adulta da sua personalidade, com tendência a apresentar um comportamento imprevisível. Com abordagem conveniente, pode-se conseguir a reversão da crise. Retomando a realidade, a vergonha e o constrangimento exigem das equipes de apoio e socorro capacidade para tranquilizar a vítima de modo a que ela se recupere de forma mais rápida e segura.

A intervenção adequada em estados de crise exige maturidade e controle emocional por parte dos socorristas. Se estes não se sentem capazes para agir, devem solicitar substituição por outros colegas, atitude que demonstra maturidade emocional.



3.1. Princípios Gerais do Manejo de Crises

Quando a avaliação e a abordagem da vítima em crise são feitas de modo habilidoso, estabelecem-se os alicerces para o êxito no manejo do caso.

Ao aproximar-se, observar o paciente e aqueles que estiverem com ele. Alguns sinais (linguagem corporal, por exemplo) esclarecem certos fatos. Observar também o ambiente e certificar-se de que a vítima e outros presentes estejam protegidos, assim como a equipe de socorro. Exemplo: objeto ao alcance da vítima que possa ser utilizado como arma. Em nenhum momento a equipe de socorro deve colocar-se em perigo. Se necessário solicite apoio policial, médico, etc.

Coletar dados: o que aconteceu? se é portador de doença mental, se já teve crises anteriores etc. Lembrar sempre que a aproximação deve ser calma, porém firme, com um único socorrista servindo de interlocutor, identificando-se de forma clara, simples e declarando sua intenção de ajuda- primeiro passo para estabelecer vínculo com a vítima. Mantenha-se a uma distância confortável e segura durante a abordagem.

Separar a vítima de outras pessoas com o objetivo de tranquilizar o ambiente. Muitas vezes a ansiedade dos presentes dificulta a abordagem e o manejo do caso. É indispensável que o interventor tenha atitudes firmes, ordens claras e objetivas, mas não arrogantes.

Permitir a vítima que fale, ouvindo-a com cuidado. Isso é fundamental para consolidar o vínculo. Mantenha contato visual enquanto o paciente fala; preste atenção e mostre-se interessado; cuidado em não emitir opiniões precipitadas; não julgue e não critique qualquer atitude dela; mantenha-se neutro. Comporte-se como um profissional em atendimento e não em conversa informal. Dessa forma, você reassegura o paciente, fazendo-o ver que lhe está proporcionando ajuda e que, mesmo o problema sendo difícil, poucos são os realmente insolúveis.

Conforme orientações médicas, informe claramente a vítima sobre o que será feito para ajudá-la a sair da crise; assim ela se torna mais cooperativa. Mantenha contato verbal continuamente.

Caso tenha que se afastar por algum momento, solicite a algum colega que permaneça junto a ela. Como regra geral, não a deixe sozinha nem por um instante.

No caso em que não obtiver o controle da situação pela intervenção verbal, pode ser necessária a contenção física. Para isso, solicitar o apoio de outras pessoas da equipe ou espectadores que demonstrem preparo para colaborar. Se possível, promova a contenção conhecida por “grupo de oito”, isto é, oito pessoas imobilizam suavemente o paciente, contendo-o dois a dois em nível de cabeça, ombro, quadril e pernas. Lembre-se de manter contato verbal contínuo com a vítima durante a contenção, tentando acalmá-la, informando que a medida tomada se destina a protegê-la.

Transporte a vítima para o tratamento definitivo, conforme orientação médica, e forma mais tranqüila possível. Não ligar a sirene, pois pode aumentar-lhe a ansiedade e o medo. Todos os pacientes violentos e os suicidas devem ser hospitalizados, mesmo que a crise pareça ter sido controlada.

Avaliar o risco de suicídio de vítima numa emergência é tarefa difícil. Toda tentativa de suicídio deve ser tratada com seriedade.

4. Sinais de Alto Risco de Suicídio

- História de tentativa anterior;
- Controle deficiente de impulsos;
- Uso de drogas e ou álcool;
- Ausência de sistemas de apoio social;
- Recente perturbação familiar