

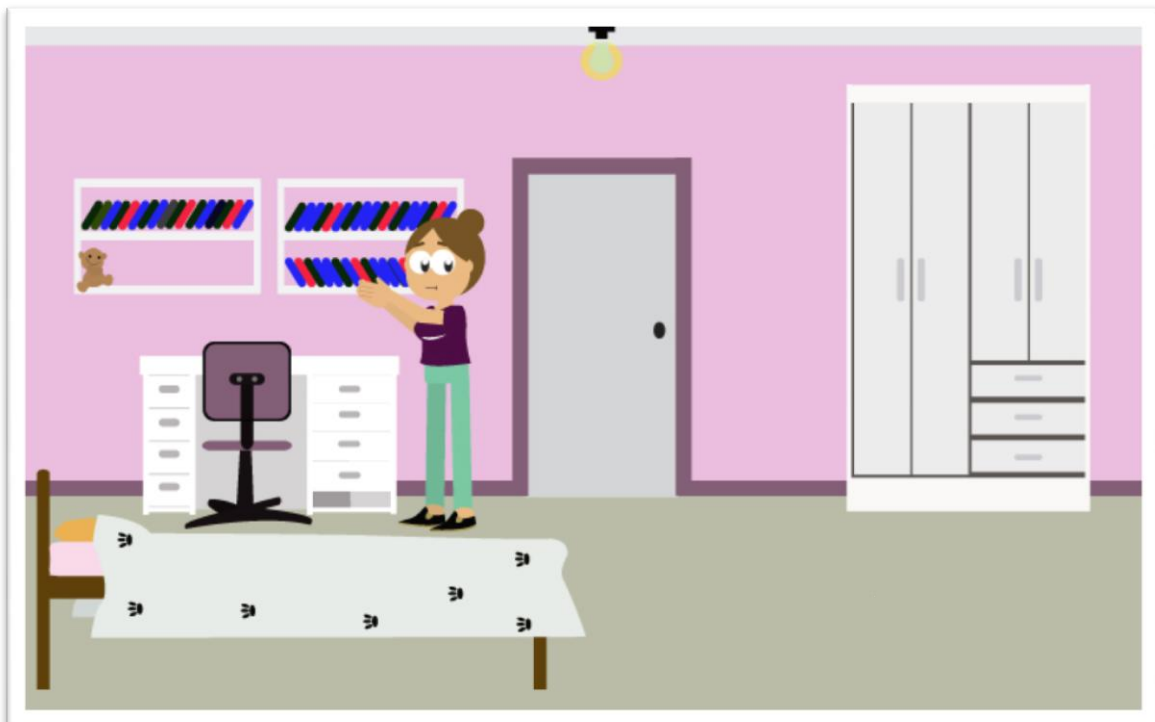
APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

Objetivos educacionais da unidade

Esta unidade abordará como diagnosticar e conduzir as complicações que o paciente com transtornos psiquiátricos pode apresentar no domicílio para que permaneça clinicamente estável e confortável. Serão tratados os seguintes aspectos:

- tipos de transtornos psiquiátricos;
- sintomas e sinais de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos incapacitantes que possam ser controlados no domicílio;
- manejo dos pacientes portadores de transtornos psiquiátricos incapacitantes, plano de alta e orientações ao cuidador sobre efeitos adversos de medicamentos e interações medicamentosas;
- reconhecimento de quando a equipe deve referenciar o caso para a rede de serviços de saúde.

CASO CLÍNICO



Marta, 40 anos, portadora de transtorno paranoide prévio diagnosticado, encontrava-se internada em enfermaria de cirurgia geral devido à tentativa de suicídio por arma branca. Foi solicitado o acompanhamento pela EMAD após a alta hospitalar para manter curativos em ferida operatória (pós-cirurgia de urgência devido à lesão intestinal por arma branca perfuro-cortante) em abdome. A paciente apresentou deiscência e, por isso, o fechamento será por segunda intenção.

A mãe de Marta relatou que a paciente nunca deixou de apresentar a sensação de que as pessoas sempre estavam tentando fazer algum mal a ela, e, por isso, apresentava comportamento de agitação.

Em casa, sente-se segura. A residência possui dois quartos, um banheiro, cozinha e um quintal que termina no muro de arrimo. Marta quase não sai do quarto, pois, segundo ela, é o lugar mais seguro do mundo, é onde dificilmente entrará alguém estranho para fazer mal a ela.

A abordagem mais intensa de Marta ficará por conta do psicólogo da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que avaliará o estado mental da paciente diariamente.

O QUE SÃO TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Definir o que é normal e o que é doença quando a doença não é no corpo, e sim na alma, é bem difícil. Assim, é preferível sempre usar o termo transtorno para denominar um quadro clinicamente reconhecível, como alteração do comportamento com sintomas associados a sofrimento, com interferência nas atividades habituais (MICHELON; VALLADA FILHO, 2006). Dos transtornos psiquiátricos que podem ser incapacitantes, podemos citar:

Transtorno depressivo

Conjunto de sintomas e alterações comportamentais que necessitam ser bem conhecidos pelos médicos de todas as especialidades, tendo em vista sua alta prevalência e repercussão negativa sobre outras condições médicas. O diagnóstico do transtorno depressivo requer a exclusão do transtorno bipolar.

Transtornos psicóticos

São transtornos nos quais alucinações, delírios, pensamento e discurso desorganizado e/ou alterações grosseiras do comportamento, como agitação, hiperatividade ou retardo psicomotor e catatonia são característicos. Os transtornos psicóticos podem ser primários ou secundários a medicações e substâncias psicoativas e a doenças clínicas e cerebrais. A esquizofrenia é um transtorno psicótico clássico dentro desse grupo.

Transtorno de ansiedade

A ansiedade é considerada patológica quando sua intensidade ou duração passa a ser desproporcional aos estímulos recebidos, provocando grave prejuízo na vida do paciente. Apresenta manifestações somáticas (taquicardia, sudorese, tremores, boca seca, hiperventilação, etc.), comportamentais (agitação, insônia, medo, etc) e cognitivas (apreensão, nervosismo, preocupação, irritabilidade e desatenção).

Continuação do caso clínico

A mãe de Marta sentia-se incomodada de ver a filha a maior parte do tempo dormindo. Previamente à última internação domiciliar, Marta fazia uso de Haloperidol 2,5mg 12/12h e Nortriptilina 25mg/dia.

Medicações em uso:

- Haloperidol 5mg 12/12h.
- Nortriptilina 25mg – 1 comprimido pela manhã.
- Dipirona 500mg – 2 comprimidos 6/6h, pois sente dor em Ferida Operatória.

As principais complicações devido ao transtorno psiquiátrico ocorrem devido ao próprio transtorno e pela ação dos medicamentos utilizados no tratamento, no qual é necessária uma avaliação contrabalaneada sobre a terapêutica (MICHELON; VALLADA FILHO, 2006).

Complicações devido ao transtorno psiquiátrico

- **Traumias físicos:** devido a sintomas de agressividade durante crises dos transtornos psiquiátricos, sem intenção de suicídio. Diante de tal situação, entrar em contato com a EMAD ou a equipe da unidade básica de saúde, que, na possibilidade de realizar visita domiciliar de imediato, deve realizá-la para melhor avaliar a situação. Caso seja impossível, o paciente deve ser levado para urgência clínica ou psiquiátrica (MICHELON; VALLADA FILHO, 2006).
- **Tentativa de suicídio:** sempre deve ser reavaliada por equipe especializada de psiquiatria na urgência (MICHELON; VALLADA FILHO, 2006). Nos municípios onde não existe atendimento 24 horas de urgência em psiquiatria, sugere-se que os pacientes sejam levados para a UPA e tão logo seja possível, referenciar o paciente para avaliação e acompanhamento nos Centros de Referências em Saúde Mental (CERSAM).

Complicações devido às reações adversas dos medicamentos

- Muitos efeitos psiquiátricos adversos por meio de fármacos não têm critérios de diagnóstico para os transtornos mentais conhecidos, e, por isso, há muita dificuldade no diagnóstico, principalmente nos pacientes portadores de transtorno mental subjacente (LEE, 2009). Abaixo listamos os dois principais grupos de medicações psicotrópicas e seus efeitos adversos medicamentosos (BASSITT, 2006).

Antipsicóticos

São fármacos que se caracterizam por sua ação sedativa e psicomotora utilizados principalmente no tratamento sintomático de psicoses como a esquizofrenia.

Primeira geração: podem gerar sedação, sintomas extrapiramidais, hipotensão, efeitos anticolinérgicos, aumento de peso, elevação de prolactina.

Amisulprida, Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Levomepromazina, Penfluridol, Pimozida, Pipotiazina, Sulpirida, Tioridazina, Trifluoperazina, Zuclopentixol

Segunda geração: estes medicamentos têm se mostrado um valioso recurso terapêutico nas psicoses, pois, em doses terapêuticas, produzem menos efeitos colaterais extrapiramidais, tanto na presença de sintomas positivos como de sintomas negativos.

Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona

Antidepressivos

São drogas indicadas no tratamento dos transtornos do estado do ânimo e do humor e são classificadas em tricíclicos, Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS), de dupla ação, e inibidores da monoaminoxidase.

Tricíclicos: podem causar efeitos anticolinérgicos, náusea, sedação, convulsão, disfunções sexuais, ganho de peso.

Imipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Clomipramina, Maprotilina

ISRS: principais efeitos são náusea e disfunção sexual.

Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram, Fluvoxamina

Com dupla ação: os dois primeiros apresentam efeitos cardíacos e náuseas; e a mirtazapina, sedação e ganho de peso.

Venlafaxina, Milnaciprano, Mirtazapina

Inibidores da monoaminoxidase (IMAO): os principais são efeitos anticolinérgicos e náuseas.

Moclobemida, Tranilcipromina

Reação de abstinência ao fármaco



Fonte: (UNA-SUS UFPE, 2014).

São manifestações devido, principalmente, às reações de abstinência associadas a inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) e antidepressivos. Qualquer ISRS e antidepressivo podem causar reações de abstinência ao serem interrompidos ou terem sua dose reduzida. A reação pode ser grave e incapacitante (LEE, 2009).

Os antidepressivos não devem ser retirados de forma abrupta, e sim de forma gradual. Não existe uma escala de tempo fixada para realizar a retirada do medicamento. Caso ocorra o aparecimento da reação de abstinência durante a diminuição da dose, restabelece-se a dose anterior e reinicia-se a retirada mais gradual, mais lenta até alcançar o objetivo final.

A síndrome neuroléptica caracteriza-se por uma variedade de sintomas como confusão, desorientação, movimentos anormais, reflexos exagerados, febre, sudorese, diarreia e hipotensão ou hipertensão.

Atenção especial deve ser dada na retirada abrupta dos IMAOS, pois os mesmos podem levar a delirium, alucinações visuais e auditivas e psicose esquizofrênica.

Após um curto período de uso de benzodiazepínicos, pode ocorrer uma rápida abstinência, insônia e ansiedade - **rebote**. A abstinência após uso crônico (quatro a seis semanas ou mais) pode proporcionar sintomas significativos e frequentemente intoleráveis, como ansiedade grave, alterações de percepção, convulsões ou delirium.

Síndrome Serotoninérgica (SS) e Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM)

São raras, mas quase sempre fatais. A SS caracteriza-se por uma variedade de sintomas como confusão, desorientação, movimentos anormais, reflexos exagerados, febre, sudorese, diarreia e hipotensão ou hipertensão. O diagnóstico é feito com três ou mais sintomas, sem outras causas. A SS geralmente se resolve quando o medicamento é suspenso.

A SNM está associada geralmente a medicamentos antipsicóticos (neurolépticos) e a outros fármacos que afetam a neurotransmissão dopaminérgica (LEE, 2009). Devemos lembrar desse diagnóstico se um paciente que usa neuroléptico apresentar hipertermia, rigidez muscular e sintomas extrapiramidais (TOYOSHIMA; HOETTE, 2012).



Para profissionais enfermeiros

Principais diagnósticos de enfermagem

A equipe multidisciplinar deve estar atenta ao comportamento dos pacientes com transtornos psiquiátricos, mesmo quando estiverem sob o acompanhamento do psicólogo ou psiquiatra. O enfermeiro pode encontrar diagnósticos de enfermagem como (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- **Risco de suicídio**

É o estado em que o indivíduo apresenta risco de tentativa de se matar.

Características definidoras:

- Verbalização do desejo de cometer suicídio;
- Tentativas anteriores de suicídio.

- **Interação social prejudicada**

É o estado em que o indivíduo apresenta quantidade insuficiente ou excessiva (ou qualidade ineficaz) de troca social. Fatores que podem estar relacionados: barreiras de comunicação, distúrbio no autoconceito, processos de pensamento perturbados.

Características definidoras:

- Comportamentos de interação social malsucedidos;
- Desconforto em situações sociais;
- Interação disfuncional com outras pessoas.

Principais intervenções de enfermagem

O enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, mantendo sempre contato com a equipe de saúde mental que acompanha o mesmo, e deve (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- Monitorar e avaliar sentimentos de tristeza, culpa, rejeição e apreensão;
- Promover o diálogo aberto, que estimule o senso de integridade da pessoa;
- Manter o espaço pessoal do paciente;
- Evitar promessas que não possam ser cumpridas;
- Auxiliar a pessoa a diferenciar o que está nos seus pensamentos e a realidade;
- Explorar estratégias que auxiliem a pessoa a enfrentar seus sintomas, como leitura, compras, esportes, jardinagem, atividades manuais;
- Orientar que o paciente evite substâncias químicas que pioram alucinações, como álcool, cafeína, anti-histamínicos;
- Estimular um ambiente seguro com base no nível de risco.

ORIENTAÇÕES AO CUIDADOR

Em cada visita, é necessário (BELLEHUMEUR et al., 2007):

- certificar-se de que o paciente esteja tomando os medicamentos nas doses e horários corretos. Deve haver uma pessoa responsável pela medicação;
- orientar a guarda dos medicamentos em local de difícil acesso para o paciente devido ao risco de tentativa de suicídio por meio da tomada de superdosagem de medicamentos;
- reorientar os principais sintomas que possam significar alguma reação adversa medicamentosa, reação de abstinência do fármaco, Síndrome Serotoninérgica ou a Síndrome Neuroléptica Maligna e, diante de qualquer situação que saia do habitual, a comunicar à EMAD ou à equipe da USF, que deve imediatamente realizar uma visita. Na impossibilidade da visita, orientar que o paciente seja levado para uma urgência clínica ou psiquiátrica, se a suspeita for de estar com a Síndrome Serotoninérgica ou a Síndrome Neuroléptica Maligna.

PLANO DE ALTA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Deve ser discutido com todos os membros da EMAD, e o resumo de todo o acompanhamento realizado e as orientações por escrito devem sempre ser deixados com o paciente. Durante a programação da alta da AD, a continuidade do cuidado deve ser pactuada com a equipe de saúde da família e referenciada para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou ambulatório de psiquiatria, nas cidades que não possuem CAPS.

QUANDO REFERENCIAR?

Recomenda-se avaliação em serviço de urgência/emergência em casos de:

- complicações devido ao transtorno psiquiátrico (traumas físicos sem tentativa de suicídio e a ideação com tentativa de suicídio);
- reações adversas aos fármacos;
- sempre que houver suspeita da síndrome Serotoninérgica e da Síndrome Neuroléptica Maligna;
- abstinência do fármaco, quando se retira medicações sem fracionar a dose.

REFERÊNCIAS

BASSITT, D. P. Transtornos psicóticos. In: LOPES, A. C. (Ed.). **Tratado de clínica médica**. São Paulo: Roca, 2006. v.2, Seção 12, cap. 216, p. 2513-2524.

BELLEHUMEUR, C. et al. **Home care**: cuidados domiciliares: protocolos para a prática clínica. Tradução de Ivan Lourenço Gomes; revisão técnica de Christina Aparecida Ribeiro e Marivan Santiago Abrahão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Diagnósticos de Enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue (Org.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.

LEE, A. **Reações adversas a medicamentos.** Tradução Lucimar Filot da Silva Brum e Liane Nanci Rotta. 2. ed. Porto Alegre : Artmed, 2009.

MICHELON, L.; VALLADA FILHO, H. P. Transtornos depressivos. In: LOPES, A. C. (Ed.). **Tratado de clínica médica.** São Paulo: Roca, 2006. v.2, Seção 12, cap. 211, p. 2471-2480.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação,** 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

TOYOSHIMA, M. T. K.; HOETTE, S. Hipertermia e Síndrome Neuroléptica Maligna. In: MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. de T.; AWADA, S. B. (Ed.). **Pronto-socorro: medicina de emergência.** 3. ed. rev. ampl. Tamboré, SP: Manole, 2012. cap. 39, p. 349-355