

Urgências Psiquiátricas na Adolescência

Otilia Queirós¹

RESUMO

Procedeu-se à revisão dos episódios de urgência pedopsiquiátrica ocorridos entre Julho de 2007 e Junho de 2008; foram identificados 975 episódios de urgência, o que corresponde a um aumento de 49,7% quando comparado com um estudo efectuado em 1997, sendo esse aumento atribuível a um acréscimo de episódios em adolescentes.

Do total de 975 episódios de urgência consultados, 741 (76%) correspondiam a adolescentes (entre os 12 e os 18 anos), sendo esta a amostra que foi analisada.

Entre os adolescentes foi o sexo feminino e a faixa etária entre os 14 e os 17 anos quem mais procurou a urgência de Pedopsiquiatria. Os motivos de urgência mais frequentes foram os comportamentos suicidários e as alterações do comportamento. As perturbações da adaptação, as perturbações depressivas e as de ansiedade foram os quadros psiquiátricos mais diagnosticados.

A maioria dos comportamentos suicidários correspondeu a ingestões medicamentosas que são mais frequentes no sexo feminino e estão associadas a uma elevada frequência de perturbações da adaptação e de quadros depressivos. As alterações do comportamento são ligeiramente mais frequentes no sexo masculino e associam-se a uma grande variedade de diagnósticos.

Neste artigo são ainda revistos alguns aspectos relativos à abordagem de adolescentes com perturbação psiquiátrica, incluindo os que se apresentam com quadros de agitação e agressividade.

Palavras-Chave: Adolescência; Urgência; Psiquiatria.

Nascer e Crescer 2008; 17(3): 168-172

INTRODUÇÃO

Uma série de estudos tem relatado um aumento das urgências pedopsiquiátricas e um maior número de crianças e adolescentes que recorrem as urgências pediátricas devido a problemas psiquiátricos^(1,2,6); alguns desses estudos⁽¹⁾ apontam para um aumento dos episódios de urgência, mas sem que se verifique um aumento das situações consideradas verdadeiramente urgentes, tais como tentativas de suicídio, auto-agressões e psicoses; em vez disso os diagnósticos mais prevalentes foram o abuso de substâncias, as perturbações de ansiedade e as perturbações da conduta.

O Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia teve início em 1992, tendo desde então sofrido várias reestruturações funcionais; inicialmente integrado na Urgência Pediátrica do Hospital Maria Pia, desde Outubro de 2006, data em que foi renomeado Unidade de Atendimento Urgente (U.A.U.), que funciona nas instalações deste Departamento, encontrando-se isolado das outras especialidades e tendo passado a receber unicamente doentes referenciados por outras Urgências Hospitalares ou por Consultas de Pedopsiquiatria de outros Hospitais, permitindo apenas o acesso directo a doentes que se encontrem em seguimento no Departamento.

Trata-se da única urgência pedopsiquiátrica existente no Norte do País, e como tal assegura o atendimento urgente de casos provenientes dessa área geográfica recebendo também várias situações provenientes da região Centro

(sobretudo dos Concelhos que se encontram geograficamente mais próximos e com maior facilidade de acesso ao Porto). Funciona das 8 às 20 horas, todos os dias, e atende crianças e jovens até aos 18 anos.

Um grande número das situações observadas na nossa urgência ocorre em adolescentes. Durante a adolescência regista-se um aumento da conflitualidade com os pais, alterações do humor ou comportamentos de risco (consumo de álcool e drogas, envolvimento em actividades delinquentes, sexo não protegido, tentativas de suicídio) que são uma causa importante de morbilidade e mortalidade⁽³⁾, e que podem motivar uma procura acrescida de cuidados psiquiátricos urgentes.

Com o objectivo de melhor caracterizar as situações que conduzem os adolescentes à urgência de pedopsiquiatria procedeu-se à revisão dos episódios de urgência relativos a jovens entre os 12 e os 18 anos que, durante o período de um ano, foram observados na U.A.U.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram consultados os episódios de urgência ocorridos durante o período de 12 meses (de Julho de 2007 a Junho de 2008) e seleccionados os que correspondiam a adolescentes (entre os 12 e os 18 anos).

De um total de 975 episódios de urgência que foi possível consultar constatou-se que 741 (76%) correspondiam a jovens de idades situadas entre os 12 e os 18 anos, sendo esta a amostra que foi objecto de análise.

Além da caracterização por sexo e idade foi averiguado o motivo de recurso à urgência, o diagnóstico provisório aí atribuído, assim como o encaminhamento proposto.

¹ Pedopsiquiatra do Departamento de Pedopsiquiatria do HMP- CHP

RESULTADOS

Esta amostra é constituída maioritariamente pelo sexo feminino (515 casos, o que corresponde a 69,5 %) e em termos de idades constata-se que foi entre os 14 e os 17 anos que se registou um maior número de episódios de urgência, tendo sido sobretudo o sexo feminino que contribuiu para este acréscimo uma vez que no sexo masculino a afluência permaneceu relativamente estável durante a faixa etária em estudo (Figura 1).

Os motivos de urgência (Quadro I) foram variados constatando-se um predomínio de comportamentos suicidários, logo seguidos pelas alterações comportamentais; no seu conjunto estas situações constituíram 51% do total de episódios de urgência.

Outros motivos com uma representação ainda significativa nesta amostra foram a sintomatologia ansiosa e depressiva, as queixas somáticas, a ideação suicida, as auto-mutilações e as alterações do sono; a sintomatologia psicótica (delírios, alucinações, acompanhados ou não de estados de agitação psicomotora) constituiu apenas 1,7% dos motivos de urgência.

Os diagnósticos atribuídos na urgência (Quadro II) têm um carácter necessariamente provisório e como tal são muitas vezes revistos na sequência de acompanhamentos posteriores; eles revestem-se essencialmente de um carácter operacional, sendo importantes na determinação da orientação terapêutica. Em 38 casos (5,1%) não foi, no entanto, possível definir um diagnóstico provisório (tendo sido consideradas situações “em estudo”). Nos restantes realça-se a frequência de perturbações da adaptação, assim como as perturbações do humor e as perturbações de ansiedade.

Relativamente à orientação proposta após observação na urgência, 122 casos (16,5%) foram internados e 84 (11,3%) orientados para a Consulta de Crise na Adolescência (trata-se de uma consulta diferenciada destinada ao atendimento de situações observadas na urgência pedopsiquiátrica e consideradas em crise, mas para as quais não se justifica o internamento; atende unicamente adolescentes residentes na área de atendimento do

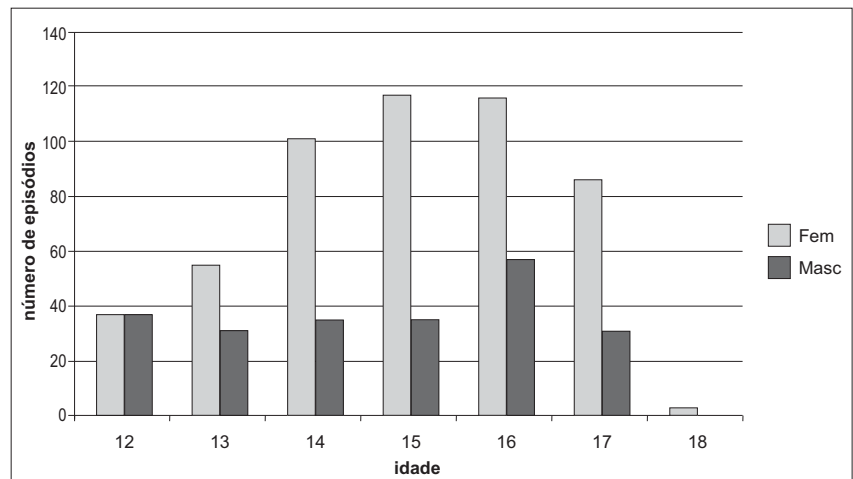


Figura 1 – Distribuição dos episódios de urgência na adolescência mediante o sexo e idade

Quadro I – Motivos de Urgência

Motivo de Urgência	Sexo feminino	Sexo masculino	Total	
			n	%
Comportamentos suicidários	163	31	194	26,2%
Alterações do comportamento	86	98	184	24,8%
Sintomatologia ansiosa	53	29	82	11%
Sintomatologia depressiva	42	10	52	7%
Queixas somáticas	38	14	52	7%
Ideação Suicida	28	3	31	4,2%
Auto-mutilações	23	2	25	3,4%
Alterações do sono	10	11	21	2,8%
Perturbações do comp. alimentar	16	0	16	2,2%
Sintomatologia psicótica	6	7	13	1,7%
Outros	50	21	71	9,6%

Quadro II – Diagnósticos

Diagnóstico Provisório	n	%
Perturbações da Adaptação	211	28,5%
Perturbação Depressiva	111	14%
Perturbações de Ansiedade	96	13%
Perturbação da Conduta	43	5,8%
Atraso Mental	35	4,7%
Perturbação Psicótica	26	3,5%
Perturbação do Comportamento Alimentar	26	3,5%
Perturbação do Humor S.O.E.	26	3,5%
Perturbação Emocional e do Comportamento	26	3,5%
Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção	14	1,9%
Sem diagnóstico atribuído (“em estudo”)	38	5,1%
Outros	89	12%

Departamento). A maioria das restantes situações foi orientada directamente para a Consulta Externa de Pedopsiquiatria do Departamento ou de outros Hospitais (conforme a área de residência do adolescente).

Uma análise mais detalhada dos motivos de urgência mais frequentes na adolescência permite constatar que, no que diz respeito aos comportamentos suicidários estes consistiram essencialmente em ingestões medicamentosas (183 casos), tendo-se apenas registado 11 tentativas de suicídio em que foram utilizados outros métodos.

A grande maioria das ingestões medicamentosas (84%) foi efectuada por adolescentes do sexo feminino, sendo que foi aos 15 e aos 16 anos que se registou o maior número de casos (103 casos).

A avaliação diagnóstica das ingestões medicamentosas concluiu pela existência de perturbações de adaptação em 100 casos (54,6%), perturbações depressivas em 40 adolescentes (21,9%), tendo aos restantes sido atribuídos diversos diagnósticos; em 15 casos (8,2%) não foi possível definir um diagnóstico provisório. Dos adolescentes que tinham efectuado ingestões medicamentosas 42 (23%) necessitaram de internamento e 34 (18,6%) foram orientados para a consulta de crise.

Em relação às alterações do comportamento constatou-se que, contrariando a tendência geral na adolescência, o número de rapazes foi ligeiramente superior ao das raparigas.

A nível de diagnóstico constatou-se uma grande variedade de situações sendo as mais representativas as perturbações da conduta, logo seguidas das perturbações de adaptação e atraso mental; de referir que 7 adolescentes apresentavam um quadro psicótico (Quadro III).

DISCUSSÃO

No nosso Departamento não dispomos de estatísticas fiáveis que nos permitam estudar as tendências de procura da urgência pedopsiquiátrica ao longo do tempo; por outro lado as várias alterações funcionais que têm sido efectuadas nos últimos anos (alterações no horário

de atendimento, atendimento ou não de casos não referenciados) também podem condicionar o número de casos anualmente observados na urgência pedopsiquiátrica.

No entanto, se comparamos os dados deste estudo com o de um outro efectuado neste Departamento há 11 anos⁽⁵⁾, constata-se um aumento de 49,7% (975 no estudo actual, 651 casos no estudo de 1997) no número total de episódios de urgência; de referir que no estudo actual não foi possível consultar a totalidade dos registos de urgência efectuados, e que embora em 1997 o atendimento se restringisse aos dias úteis era, por outro lado, permitido o acesso directo por parte dos utentes à urgência de Pedopsiquiatria, situação que actualmente não se verifica. Assim, este aumento é consistente com estudos efectuados noutros países e que apontam para uma maior procura de cuidados urgentes pedopsiquiátricos^(1,2,6).

Comparando os 2 estudos, no que concerne à distribuição etária, constata-se que no estudo de 1997, 57,4% dos casos correspondiam a doentes entre os 11 e os 18 anos, enquanto no estudo actual 76% correspondiam a adolescentes entre os 12 e os 18 anos. Estes dados permitem-nos deduzir que terá sido particularmente a nível da população adolescente

que se verificou um aumento do número de episódios de urgência.

Em relação aos motivos de urgência na adolescência constata-se que os ataques ao corpo e os comportamentos agidos constituem a via preferencial de expressão do sofrimento psíquico do adolescente em situação de crise.

Neste estudo os comportamentos e as situações de risco auto-lesivo (comportamentos suicidários, auto-mutilações, ideação suicida) foram predominantes entre os motivos de urgência, justificando, na sua globalidade, cerca de 1/3 (250 casos) dos episódios de urgência. Tal como se verifica noutros estudos⁽⁴⁾ foi no sexo feminino que estas situações preponderaram.

Pela sua frequência, e o risco que comportam, as ingestões medicamentosas constituem uma situação preocupante; embora a grande maioria corresponda a condutas parassuicidárias (ou seja, não são perpetradas com uma consistente intenção suicida), há que ter em conta que, contrariamente ao que se verifica em adultos, nos adolescentes não existe uma nítida relação entre a letalidade médica de uma tentativa e a intenção suicida⁽¹⁾; adolescentes mais jovens podem não ter uma consciência clara dos efeitos do seu gesto mas não

Quadro III – Diagnósticos atribuídos às alterações do comportamento

Diagnóstico atribuído às Alterações do Comportamento	n	(%)
Perturbação da Conduta	35	19%
Perturbações da Adaptação	34	18,5%
Atraso Mental	32	17,4%
Pert. Emocional e do Comportamento	11	6%
Pert. Hiperactividade e Défice de Atenção	10	5,4%
Perturbação do Humor S.O.E	9	4,8%
Pert. Invasivas do Desenvolvimento	7	3,8%
Perturbação depressiva	7	3,8%
Perturbação psicótica	7	3,8%
Sem diagnóstico (em estudo)	10	5,4%
Outras	22	11,9%

quer dizer que não tenham intenção; por outro lado a impulsividade é um importante factor de risco de suicidalidade e grande parte das ingestões medicamentosas na adolescência reveste-se de um carácter marcadamente impulsivo, em que a avaliação da eventual letalidade não é tida em conta.

As alterações do comportamento, tal como documentado noutros estudos⁽⁴⁾ são mais frequentes no sexo masculino e tendem a ter maior expressividade em idades mais jovens.

Os padrões disruptivos de comportamento têm uma causalidade multiterminada, desenvolvendo-se a partir de interacções complexas entre o temperamento do adolescente e o ambiente; factores psicológicos e sociais e processos neurobiológicos influenciam o seu aparecimento⁶. Adolescentes provenientes de ambientes familiares pouco estruturados, caóticos ou violentos podem reagir agressivamente a situações de stress ou confronto.

Neste estudo constatou-se que as alterações do comportamento correspondiam a uma grande variedade de diagnósticos, o que vai ao encontro da literatura⁽⁶⁾; de facto as alterações do comportamento podem surgir num grande espectro de condições psiquiátricas, sendo importante estabelecer um diagnóstico que oriente o plano terapêutico.

Um importante factor de risco para o aparecimento de alterações do comportamento e crises de agressividade é a existência de dificuldades no controle de impulsos⁽⁶⁾; a impulsividade é um sintoma comum a diferentes quadros psiquiátricos que também foram identificados neste estudo (perturbação de hiperactividade e défice de atenção, mania, perturbação da conduta, atraso mental, autismo e outras perturbações invasivas do desenvolvimento); os estados psicóticos especialmente os caracterizados por mania, conteúdos paranóides ou alucinações de comando também se associam a comportamentos agressivos.

O uso de drogas é também um precipitante de comportamentos disruptivos e agressivos, quer pela diminuição do discernimento, aumento da irritabilidade e desinibição comportamental que pro-

vocam, como pela exposição a situações potencialmente ameaçadoras⁶. Embora neste estudo raramente tenha constituído o diagnóstico primário ou o principal motivo de urgência, o consumo de drogas é frequentemente constatado em adolescentes que se apresentam com alterações do comportamento.

A grande frequência de perturbações da adaptação diagnosticadas na globalidade dos adolescentes que recorreram à urgência atesta o forte contributo de factores de natureza ambiental (relacional, familiar, escolar, social) para o aparecimento de situações de desequilíbrio emocional e comportamental nestas idades.

ABORDAGEM DO ADOLESCENTE COM PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Na avaliação psiquiátrica parte-se do princípio que foi feita uma avaliação médica e excluídas causas orgânicas subjacentes aos sintomas psiquiátricos; doenças somáticas que se apresentam com sintomas psiquiátricos ou complicações médicas que resultam do consumo de substâncias têm de ser sempre tidas em conta⁽¹⁾. Estados tóxico-metabólicos resultantes de intoxicações ou provocados por fármacos, encefalopatias ou doenças médicas podem provocar *delirium* com comportamento desorganizado ou agressivo; problemas neurológicos como estados pós-concussionais, lesões do lobo frontal e epilepsia do lobo temporal associam-se a irritabilidade e crises de agressividade⁽⁶⁾.

A avaliação de uma urgência psiquiátrica implica conduzir uma concisa, embora detalhada, entrevista clínica e a capacidade de diferenciar uma verdadeira emergência de uma "crise" assim definida pela família. Uma emergência é uma "situação de início relativamente abrupto na qual existe risco eminente para o próprio ou terceiros, nomeadamente: 1-risco de suicídio; 2-risco de lesão física de terceiros; 3- estados de sério compromisso do juízo crítico no qual o individuo sofre perigo; ou 4- situações de risco para uma vítima indefesa"⁽¹⁾.

As urgências pedopsiquiátricas são sobretudo o resultado de processos com-

plexos que se desenvolvem gradualmente ao longo do tempo mais do que eventos súbitos e isolados⁽⁶⁾; ocasionalmente um adolescente com uma vulnerabilidade particular pode descompensar psiquiatricamente de forma abrupta na presença de algum evento traumático ou processo orgânico; o mais frequente é, no entanto, que os sintomas emocionais e comportamentais que levam o adolescente à urgência sejam o corolário de uma longa história de dificuldades emocionais ou comportamentais.

Ao contrário do que sucede em adultos, são normalmente os pais ou cuidadores quem etiqueta a situação como "crise" ou identifica a necessidade de cuidados urgentes. O adulto pode sentir-se ultrapassado na sua capacidade para lidar com o comportamento do adolescente ou pode interpreta-lo como perigoso ou inapropriado; ou seja, por vezes não é o comportamento do adolescente em si mas a interpretação do adulto cuidador que é significativa. É papel do médico avaliar se está perante uma verdadeira urgência, determinar se o comportamento do adolescente representa uma mudança no seu funcionamento habitual e se é clinicamente relevante, ou se é uma reacção a um ambiente específico ou cuidador⁽¹⁾.

Embora os adolescentes venham habitualmente acompanhados à urgência, é recomendável que eles sejam ouvidos sozinhos para que não se sintam ignorados; esta atitude veicula a mensagem de que eles vão ser incluídos na avaliação e, se apropriado, na tomada de decisões. Entrevistar exaustivamente um adolescente em frente aos pais irá resultar, provavelmente, na minimização dos seus sintomas e / ou comportamentos de risco (como actividade sexual, consumo de drogas, ideação suicida) e, portanto, deve ser evitada⁽¹⁾. Os pais e outros informadores deverão ser ouvidos num segundo tempo.

Muitos adolescentes não vêm à urgência por sua vontade e podem considerar a avaliação psiquiátrica como um castigo por algo que fizeram ou podem ter algumas fantasias sobre o papel do clínico: que lhe vai dar uma "lição de moral", ou que se vão ter uma entrevista

psiquiátrica é porque estão loucos; todas estas questões devem ser abordadas directa e indirectamente para que uma entrevista tenha sucesso.

Os adolescentes que recorrem à urgência podem ser violentos, agitados e opositivos, particularmente se foram trazidos contra a sua vontade, ou se não estão de acordo em como se apresentam em crise⁽¹⁾.

Perante um adolescente agitado ou agressivo a primeira prioridade é a segurança: do paciente e dos outros, incluindo a do médico. O médico nunca deve ficar isolado com um doente agressivo sem que tenha a possibilidade de rapidamente mobilizar ajuda; deve colocar-se entre o doente e a porta de modo a poder ter uma saída desobstruída por onde possa rapidamente colocar-se a salvo; o espaço de entrevista também não poderá ter instrumentos cortantes, cordas ou outros objectos perigosos, incluindo equipamento médico⁽⁶⁾.

Na entrevista com estes doentes deve ser colocada a ênfase numa abordagem calma, não ameaçadora, usando uma comunicação clara e definindo os limites. Nos casos de doentes gravemente agitados ou psicóticos pode ser necessário recorrer à contenção física e /ou química; entende-se por contenção química a "medicação usada para controlo comportamental ou para restringir a liberdade ou movimentos de um paciente e que não é o tratamento específico para a condição médica ou psiquiátrica do doente"⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas psiquiátricos são uma das principais causas de morbilidade na adolescência e podem estar na origem de situações que requerem um atendimento urgente.

A urgência pedopsiquiátrica deverá estar, idealmente, integrada numa Urgência Geral onde exista a possibilidade de articulação com outras especialidades (nomeadamente a Pediatria) e de apoio do Serviço Social. Deve, no entanto, dispor de um espaço de atendimento próprio, preparado de forma a garantir as necessárias condições de privacidade e segurança, e ter apoio de enfermagem com experiência em lidar com casos psiquiátricos.

A urgência pedopsiquiátrica deve estar englobada numa rede integrada de cuidados de Saúde Mental Infantil e Juvenil que, em articulação com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, Segurança Social e Tribunais de Menores, tenha capacidade para proporcionar atempadamente uma resposta adequada para as situações de crise que se apresentam na Urgência de modo a evitar repetidos recursos aos Serviços de Urgência ou internamentos desnecessários e inapropriados.

Nascer e Crescer 2008; 17(3): 168-172

BIBLIOGRAFIA

1. Goldstein AB, Fending RL. Assessment and Evaluation of Child and Adolescent

Psychiatric Emergencies - *Psychiatric Times*, 2006, vol. 23 nº 9.

2. Goldstein AB, Horwitz SM. Child and Adolescent Psychiatric Emergencies in Nonsuicide-Specific Samples; The State of the Research Literature. *Pediatric Emergency Care*, 2006; 22 (5):379-384.
3. King RA. Adolescence in M. Lewis (ed.) *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd edition, 2002 Philadelphia, Md: Williams & Wilkins.
4. Peterson B, Zhang H. et al. Risk Factors for Presenting Problems in Child Psychiatric Emergencies, 1996, *J. Am. Ac. Child. Adolesc. Psychiatry*, 35(9), 1162-1173.
5. Silva FD, Queirós, O et al. Urgências de Psiquiatria da Infância e Adolescência num Hospital Pediátrico - *Nascer e Crescer*, 1997, 6 (4), 275-279.
6. Thomas LE, King RA. Child and Adolescent Psychiatric Emergencies in M. Lewis (ed.) *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd edition, 2002 Philadelphia, Md: Williams & Wilkins.

CORRESPONDÊNCIA

Departamento de Pedopsiquiatria
(sito no Magalhães de Lemos)
Rua Professor Álvaro Rodrigues
4149 – 003 PORTO