

ARTIGOS

Situações presentes na crise de pacientes psicóticos

Leandro Martins Costa de Araújo^I

Emanuele Freitas Manata Godoy^{II}

Nadja Cristiane Lappann Botti^{III}

Situações presentes na crise de pacientes psicóticos

RESUMO

Este estudo identifica as situações emocionais presentes na admissão de pacientes psicóticos no Centro de Atenção Psicossocial. Trata-se de estudo exploratório, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários. Os pacientes tinham em média 35,35 anos, sendo a maioria do sexo masculino, solteiro com diagnóstico de esquizofrenia. As principais situações emocionais presentes na crise psicótica foram presença de psicopatologia preexistente, situações de emergência psiquiátrica, situações relacionadas a conflitos não resolvidos e situações advindas de estresse não esperado.

Palavras-chave: Transtornos psicóticos; Crise; Porta de entrada.

Situations present in the psychotic patient crisis

ABSTRACT

This study identifies emotional situations present on the admission of psychotic patients at the Psychosocial Care Center. Exploratory, retrospective and descriptive study with a quantitative approach. The data were collected through documentary analysis of medical records. The patients had an average of 35.35 years old; the majority were male; single; with a diagnosis of Schizophrenia. The main situation present in the admission of patients was preexisting psychopathology. The main emotional situations present in psychotic crisis were the presence of pre-existing psychopathology; psychiatric emergencies; situations related to unresolved conflicts; and situations arising from unexpected stress.

Keywords: Psychotic disorders; Crisis; Gateway.

Situaciones presentes en la crisis de pacientes psicóticos

RESUMEN

Este estudio identifica las situaciones emocionales presentes en la admisión de pacientes psicóticos en el Centro de Atención Psicosocial. Se trata de estudio exploratorio, retrospectivo y descriptivo, con abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados a través del análisis documental de los expedientes médicos. Los pacientes tenían una media de 35,35 años, la mayoría eran hombres, solteros con un diagnóstico de Esquizofrenia. Las principales situaciones emocionales presentes en la crisis psicótica fueron presencia de psicopatología preexistente, situaciones de emergencia psiquiátrica, situaciones relacionadas con conflictos no resueltos y situaciones derivadas de estrés no esperado.

Palabras clave: Trastornos psicóticos; Crisis; Puerta de Entrada.

Introdução

Os transtornos mentais apresentam índices baixos de mortalidade, porém causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida (Silveira, Vargas, Reis, & Silva, 2011). Entre os transtornos mentais encontra-se a psicose que historicamente apresentou diversas definições. As classificações diagnósticas mais antigas eram mais abrangentes e focalizavam a gravidade do prejuízo funcional, sendo nomeado psicose quando resultava prejuízo com interferência na capacidade em atender às exigências da vida cotidiana (Del-Bem, Rufino, Azevedo-Marques & Menezes, 2010).

Atualmente, para definição de psicose utilizam-se parâmetros de classificação nosológica, como os contidos na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10; Organização Mundial da Saúde, 1993) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, 5ª edição (DSM V) (American Psychiatry Association, 2013). No Brasil, a CID-10 passou a vigorar em 1996, e com conseqüente adoção do capítulo V para o diagnóstico dos Transtornos Mentais e Comportamentais (OMS, 1995). Na CID-10, o agrupamento das Psicoses, recebe o nome de "Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes" (Organização Mundial da Saúde, 1995).

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos sofreu alterações significativas na última versão do DSM. O critério que define a sintomatologia característica (Critério A) continua requerendo a presença de no mínimo dois dos cinco sintomas para ser preenchido, mas a atual versão (DSM V) exige que ao menos um deles seja positivo (delírios, alucinações ou discurso desorganizado). Embora os sintomas listados sejam os mesmos, o DSM-IV permitia que o Critério A fosse preenchido com apenas um sintoma nos casos de delírios bizarros ou alucinações auditivas de primeira ordem (Araújo, & Lotufo Neto, 2014).

O diagnóstico dos transtornos mentais apresenta diversos enfoques, entre eles os mecanismos psicológicos, ambientais ou biológicos. O diagnóstico definido durante o primeiro episódio tem importantes implicações tanto terapêuticas quanto prognósticas. A partir deste diagnóstico são tomadas decisões sobre o tratamento (Del-Bem et al., 2010). O diagnóstico e a intervenção precoces fornecem oportunidade para o estabelecimento de medidas preventivas de eventuais perdas e com-

plicações inerentes a doenças crônicas contribuindo para a redução da morbidade posterior e promoção de recuperação (McGorry, Killackey, & Yung, 2008).

Caracteriza-se como crise psicótica a experiência de desrealização, despersonalização e perda da alteridade associada à ruptura na experiência do eu e do outro, do mundo externo e interno e do tempo (Costa, 2010). O ciclo evolutivo do episódio psicótico é caracterizado por três fases: prodromática, aguda e de recuperação (Lines, 2005).

Programas específicos para tratamento do primeiro episódio psicótico apresentam como pressupostos básicos a identificação precoce, o tratamento intensivo e a prevenção de recaídas. Estes programas podem diminuir o tempo da psicose não tratada e devem incluir tratamento intensivo do paciente e de seus familiares (Chaves, 2007).

No Brasil, atualmente configura-se como política pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Brasil, 2011). Dentro da política nacional de saúde mental, cabe aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ser referência para os portadores de sofrimento psíquico grave e/ou crônico, incluindo-se os pacientes psicóticos (Brasil, 2011). O Ministério da Saúde define este serviço como principal estratégia de enfrentamento do modelo assistencial hospitalar tradicional (Souza, Guljor, & Silva, 2014). Estudo de Cavalcanti, Dahl, Carvalho e Valencia (2009) sobre critérios de admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado de pacientes atendidos nos CAPS mostra que estes serviços admitem pacientes que se encaixam na definição de transtorno mental severo e persistente, conforme postulado pela política pública de atenção à saúde mental como elegível para tratamento (Brasil, 2011).

A atenção à crise psiquiátrica é considerada um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no processo da Reforma Psiquiátrica. A atenção psicossocial implica buscar formas de atuação que, além de perceber a pessoa em crise como ser singular, complexo e entrelaçado por uma rede familiar e social, valorizem também a subjetividade, o saber e o sentir da pessoa, a fim de compreender o que está acontecendo com ela. Neste aspecto, a crise precisa ser compreendida como uma tentativa da pessoa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento, pressupondo a necessidade de uma estratégia ampliada de cuidado (Almeida, Nascimento, Rodrigues, & Schweitzer, 2014).

A partir destas considerações, este artigo apresenta e discute os achados de pesquisa que buscou identificar as situações emocionais presentes na primeira admissão de pacientes psicóticos para tratamento no CAPS do município de Divinópolis no estado de Minas Gerais (Brasil). Partindo-se do pressuposto que investigar as referidas situações emocionais são importantes para as práticas profissionais, incluindo particularmente a prática dos psicólogos na atenção às crises psicóticas nos CAPS.

Metodologia

Participantes

A amostra foi constituída de 375 prontuários a partir do cálculo amostral com 5% de erro e 95% de nível de confiança da população de 15 mil prontuários de atendimento no serviço no período de 1997 a 2013. Como critério de inclusão foi definido registro na folha de admissão do prontuário de diagnóstico F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes) da CID-10 (OMS, 1993). Esta definição deve-se ao fato de que o diagnóstico psiquiátrico casos de psicose (ou da hipótese diagnóstica) realizado na admissão se pauta na classificação da CID-10 listados na categoria F20-29. A seleção foi definida por meio de sorteio de 50 caixas de prontuários arquivados na própria unidade, sendo retirado de cada caixa os 10

primeiros prontuários de pacientes atendidos no serviço que preenchiam o critério de inclusão. Algumas caixas guardavam um número de prontuários inferior a 10 e, neste caso, todos foram incluídos.

A amostra foi do tipo intencional já que foram selecionados os prontuários de pacientes atendidos no serviço que preenchiam o critério de inclusão. Os dados foram coletados entre março e julho de 2014.

Material

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários do serviço. A pesquisa documental é um método relevante, pois pode proporcionar melhor visão do problema de pesquisa e também gerar hipóteses que subsidiem a sua verificação por outras formas de estudo (Gil, 2007).

Para a coleta de dados foi utilizado formulário construído especificamente para a pesquisa contendo dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade, escolaridade e religião) e história psiquiátrica da primeira admissão no CAPS (idade, diagnóstico psiquiátrico, história e motivo da admissão).

Procedimento

Estudo exploratório, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), unidade referência em saúde mental da região centro-oeste do estado de Minas Gerais. É um serviço de saúde municipal que oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Foi criado em 1997, como unidade de referência ambulatorial de saúde mental do município. O serviço conta com três modalidades de atendimento incluindo urgência e emergência, ambulatório e serviço de permanência dia (Brasil, 2011).

Os dados foram codificados e digitados no programa *Microsoft Excel 2010* em planilha previamente programada. A seguir, foram transportados para o programa de estatística SPSS 17.0 para análise descritiva e de associação entre as variáveis. Para a análise descritiva foi realizado cálculo de média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas e cálculo de frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Para calcular a significância estatística das associações, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) com nível de significância estabelecido de 5% ($p \leq 0,05$). Porém, como se trata de estudo exploratório, optou-se por incluir as diferenças marginalmente significantes, isto é, aquelas com nível de significância de 10% ($p \leq 0,10$).

Para discussão dos dados foi utilizado o modelo de classe emocional proposto por Baldwin. O modelo de classe emocional foi escolhido como referencial de análise por possibilitar compreender a crise como uma tentativa da pessoa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento. Neste modelo, as crises são classificadas em seis diferentes classes seguindo uma ordem de gravidade das situações apresentadas. A Classe 1, representada pelas crises disposicionais, apresenta situações de resposta aguda a um fator de estresse externo. Na Classe 2 identificam-se as crises de transições de vida esperadas onde observa-se a presença de situações de mudanças normais ao longo da vida. As crises decorrentes de um estresse traumático, a partir de situações não esperadas, compõem a Classe 3. A Classe 4, representada pela crise de maturação, apresenta resposta a situações que desencadeiam emoções relacionadas a conflitos não resolvidos. A Classe 5 agrupa as crises que refletem situações de psicopatologias preexistente, como no caso de história de tratamento psiquiátrico prévio e, por último, a Classe 6 é composta pelas emergências psiquiátricas caracterizam-se por situações em que o funcionamento geral é gravemente prejudicado (Baldwin, 1978).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CAAE 27744614.1.0000.5545) estando de acordo com Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Resultados

Os dados sociodemográficos caracterizaram os 375 pacientes psicóticos atendidos no serviço sendo a maioria do sexo masculino (55,20%), solteiros (47,73%), com baixa escolaridade tendo-se que 69,33% possuíam ≤ 8 anos de estudo e adultos entre 20 a 59 anos (85,87%) apresentavam idade média de 35,35 anos (DP =12,77 anos) (Tabela 1).

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), identifica-se maior frequência de esquizofrenia (F20) (58,66%) seguida de psicose não orgânica não especificada (F29) (31,73%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos entre os pacientes psicóticos em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial III

Dados sociodemográficos	f	%
Sexo		
Masculino	207	55,20
Feminino	168	44,80
Estado civil		
Casado	111	29,60
Solteiro	179	47,73
Separado/Viúvo	34	9,07
Não informado	51	13,60
Idade		
≤ 19 anos	39	10,40
Entre 20 e 59 anos	322	85,87
≥ 60 anos	14	3,07
Escolaridade	260	69,33
≤ 8 anos de estudo		
≥ 8 anos de estudo	70	18,67
Não informado	45	12,00
Religião		
Católica	210	56,00
Outras	50	13,33
Não informado	115	30,67
Diagnóstico CID-10		
F.20	220	58,66
F.22	6	1,60
F.23	10	2,66
F.24	3	0,80
F.25	15	4,00
F.26	1	0,26
F.28	1	0,26
F.29	119	31,73

Entre as situações presentes na admissão dos pacientes psicóticos, identifica-se maior presença de psicopatologia preexistente (34,93%) seguida das situações de emergência psiquiátrica (18,67%), situações relacionadas a conflitos não resolvidos (17,33%) e situações advindas de estresse não esperado (16,27%). As condições menos observadas referem-se às mudanças normais esperadas ao longo da vida (7,20%) e às respostas agudas a fatores de estresse externo (5,60%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das situações presentes na admissão dos pacientes psicóticos no Centro de Atenção Psicossocial III

Classe emocional		f	%
Classe 1	Situação de resposta aguda a fatores de estresse externo	21	5,60
Classe 2	Situação de mudança normais esperadas ao longo da vida	27	7,20
Classe 3	Situação advinda de estresse não esperado	61	16,27
Classe 4	Situações relacionadas a conflito não resolvido	65	17,33
Classe 5	Situação de psicopatologia preexistente	131	34,93
Classe 6	Situações de emergência psiquiátrica	70	18,67

Os resultados do teste de inferências mostram que ser solteiro(a) e ter idade na faixa entre 20 e 59 anos apresentou associação significativa com situações advindas de estresse não esperado ($p < 0,05$). Observa-se para as mulheres associação, marginalmente significativa, com as classes de emocionais referentes à situações de mudanças normais esperadas ao longo da vida e aquelas relacionadas a conflitos não resolvidos ($p < 0,10$) (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre dados sociodemográficos e situações presentes na admissão de pacientes psicóticos no Centro de Atenção Psicossocial III

Dados	Classe 1 % (p-valor)	Classe 2 % (p-valor)	Classe 3 % (p-valor)	Classe 4 % (p-valor)	Classe 5 % (p-valor)	Classe 6 % (p-valor)
Sexo						
Mulher	52,38%	70,83%	45,90%	53,13%	43,18%	27,14%
Homem	47,62% (0,31)	29,17% (0,07)	54,10% (0,47)	46,88% (0,09)	56,82% (0,36)	72,86% (0,00)
Anos de estudo						
≤ 8 anos	70,00%	85,71%	81,13%	80,70%	77,88%	77,78%
≥ 8 anos	30,00% (0,23)	14,29% (0,31)	18,87% (0,40)	19,30% (0,42)	34,24% (0,43)	22,22% (0,47)
Estado civil						
Casado	35,00%	47,83%	28,07%	45,61%	32,11%	27,27%
Solteiro	60,00%	39,13%	45,61%	43,86%	61,47%	69,09%
Separado	5,00% (0,70)	13,04% (0,26)	26,32% (0,00)	10,53% (0,12)	6,42% (0,13)	3,64% (0,03)
Religião						
Católica	92,86%	82,35%	76,74%	81,82%	80,46%	83,02%
Outras	7,14% (0,21)	17,65% (0,58)	23,26% (0,29)	18,18% (0,51)	19,54% (0,52)	16,98% (0,40)
Diagnóstico						
F20	61,90%	54,17%	55,74%	51,56%	68,18%	52,86%
F29	33,33%	33,33%	36,07%	40,63%	22,73%	37,14%
Outros	4,76% (0,74)	12,50% (0,84)	8,20% (0,70)	7,81% (0,24)	9,09% (0,01)	10,00% (0,52)
Idade						
≤ 19	0,00%	4,17%	1,64%	10,94%	12,12%	18,57%
20 a 59	95,24%	95,83%	93,44%	87,50%	81,82%	80,00%
≥ 60	4,76% (0,27)	0,00% (0,33)	4,92% (0,04)	1,56% (0,60)	6,06% (0,14)	1,43% (0,02)

Verifica-se ainda associação significativa entre ter psicopatologia preexistente e presença de esquizofrenia (F20) como diagnóstico psiquiátrico ($p < 0,05$). As situações de emergência psiquiátrica apresentaram associação significativa entre ser homem, solteiro e com idade entre 20 e 59 anos ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Discussão

Verifica-se que a maioria dos pacientes psicóticos atendidos no CAPS III apresenta idade média de 35,35 anos e são homens com baixa escolaridade. Estes dados são corroborados por estudos nacionais que abordam o perfil epidemiológico de pacientes atendidos em CAPS (Ballarin, Miranda & Carvalho, 2011; Mangualde, 2013). Pesquisa sobre o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento entre dependentes de álcool no CAPS Álcool e Drogas identifica dados similares aos encontrados no que tange ao estado civil e religião, uma vez que também acharam a maioria de pacientes solteiros e católicos (Monteiro et al., 2011).

O sexo é importante fator preditivo no curso e evolução da esquizofrenia. Estudo sobre as diferenças entre os gêneros quanto ao início e curso da doença, no qual foram avaliados por meio da técnica de Rorschach 80 pacientes diagnosticados com esquizofrenia (F20), de acordo com os critérios da CID-10, mostra diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros no que diz respeito aos aspectos cognitivos, afetivos e interação interpessoal. Esses resultados sustentam os achados de estudos anteriores que encontraram diferenças entre os gêneros na esquizofrenia: o distúrbio nos homens tende a ser mais grave do que nas mulheres, o que repercute de forma desvantajosa no comportamento e no funcionamento social desses pacientes do sexo masculino (Resende, Viglione, & Argimon, 2009).

Neste estudo, os principais diagnósticos identificados na admissão, segundo a CID 10, foram a esquizofrenia (F20) e a psicose não orgânica não especificada (F29), sendo 58,66% e 31,73, respectivamente. Os dois transtornos referem-se a 90,39% entre os diagnósticos dos pacientes psicóticos admitidos no CAPS III. Resultado corroborado com o achado nos estudos nacionais que apontam os diagnósticos mais frequente entre os transtornos psicóticos em tratamento no CAPS (Andreoli et al., 2004; Ballarin, Miranda, & Carvalho, 2011). Avaliação de tendência temporal da Esquizofrenia realizado em âmbito hospitalar constatou, entre os pacientes, idade média de 39 anos, sendo a maioria do sexo masculino e com diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia paranoide (Ferreira et al., 2007). Ressalta-se o pequeno número de pacientes diagnosticados com transtorno delirante persistente (1,60%). O transtorno delirante caracteriza-se basicamente por delírios, bem sistematizados e com o afeto congruente à situação relatada pelo indivíduo, por sua vez, inclui uma variedade de transtornos nos quais delírios (falsas crenças) de longa duração constituem a única característica clínica mais proeminente, e não podem ser classificados como transtornos orgânicos, esquizofrenia ou transtorno do humor (Baldaçara, & Borgio, 2009).

A atenção à crise psíquica no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial, isto é, o manejo satisfatório da crise nos moldes psicossociais representa um ponto de conexão de diversas estratégias propostas pela Política Pública de Saúde Mental como mudança de itinerário dos pacientes, dos hospitais psiquiátricos para os serviços territoriais, fortalecendo a política de reabilitação psicossocial (Silva, & Dimenstein, 2014). Neste sentido, a atenção à crise psíquica revela-se como problema mais evidentes e de difícil manejo para as equipes nos diversos pontos da RAPS (Dimenstein et al., 2012), configurando-se no principal desafio desse modelo substitutivo (Lima, Jucá, Nunes, & Ottoni, 2012). Atualmente, os psicólogos e demais profissionais das equipes dos CAPS sinalizam uma mudança importante no perfil das pessoas que os buscam. Sob a vigência da política de desospitalização, indicam que, cada vez mais,

as situações de crise têm aparecido, apontando a necessidade de um novo modo de organização para, com qualidade, recebê-las, cuidar delas e acompanhá-las (Silva, & Dimenstein, 2014). Estudo sobre a qualidade no trabalho desenvolvido nos CAPS mostra como principais avanços a capacidade para acolher crises, a construção de projetos terapêuticos e avanço para concepções multicausais do sofrimento psíquico (Kantorski et al., 2009).

Investigação sobre o início da crise psicótica revela a presença de determinado evento ocorrido como marco nas mudanças observadas no comportamento. Em geral são eventos em que predominam a sensação de desamparo, abandono e insegurança e nos quais exige-se atitude para a qual os pacientes não apresentam recursos. Tal situação produz ruptura emocional e desestruturante por ocorrerem de forma brusca e inesperada ou pela exposição constante e intensa a situações de estresse e conflito (Carvalho, & Costa, 2008).

Neste estudo identificaram-se as psicopatologias preexistentes (34,93%), identificadas como história de tratamento psiquiátrico prévio com maior frequência nos registros da admissão dos pacientes psicóticos para tratamento no CAPS. De acordo com o conceito de vulnerabilidade, entende-se que a esquizofrenia não surge subitamente, ao contrário, é precedida e facilitada por fatores psicológicos e biológicos (Tonelli, Alvarez, & Silva, 2009). Neste sentido, as principais causas de readmissões nos serviços de saúde mental consistem na dificuldade em dar continuidade à terapêutica proposta após alta da instituição de saúde, acarretando em baixa adesão e abandono da terapêutica proposta (Castro, Furegato, & Santos, 2010). Estudo aponta que, em um CAPS do sul do país, metade dos usuários não aderiu ao tratamento medicamentoso (Pelisoli, & Moreira, 2005). Portanto, a questão do envolvimento terapêutico do usuário em saúde mental consiste em uma problemática que envolve serviços, profissionais de saúde, familiares e pacientes.

Entre os principais motivos de atendimento em serviços de emergência psiquiátrica encontram-se as situações de agitação psicomotora e agressividade, ocasionada, em sua maioria, pelos transtornos psicóticos, de humor e abuso de substâncias (Quevedo, & Carvalho, 2014). Outra situação frequente refere-se à tentativa de suicídio (Badagnan, 2014). Entre as situações presentes na admissão dos pacientes psicóticos no CAPS III identificou-se que 18,67% referem-se a situações de emergência psiquiátrica na história da admissão.

Neste estudo identificaram-se, em menor presença, as situações de mudanças normais esperadas ao longo da vida (7,20%) e situações de resposta aguda a fatores de estresse externo (5,60%) na admissão de pacientes psicóticos. Entre as diversas situações de mudanças normais esperadas ao longo da vida, encontradas nesta pesquisa, citam-se: gravidez, nascimento recente do filho, separações entre cônjuges, perda da guarda dos filhos, casamentos dos filhos, uso de drogas por familiar, perda de parentes próximos, começo de relacionamento, perda do emprego, traição conjugal e dificuldades relacionadas à identidade sexual. Em relação às principais situações de resposta aguda a fatores de estresse externo que encontramos neste estudo destacam-se: frustrações advindas de relacionamentos, instabilidade financeira, patologias de parentes próximos, alistamento militar, abuso sexual, mudança de religião, tentativa de suicídio de conhecidos ou familiares, falta de adaptação a lugares novos, separação dos pais e problemas relacionados a adoção. Pode-se entender que a maioria das situações elencadas são comuns durante o processo de vida. Eguier (1985) apresenta a psicose como negação processo evolutivo do ser humano e enfatiza que a maturidade decorre de situações de crises e rupturas próprias da mudança de ciclo de vida, entretanto os achados nesta pesquisa refutam esta perspectiva ao apontar que as crises não decorrem propriamente de crises comuns do amadurecimento.

Estudo realizado por meio de atendimento psicoterapêutico à pessoa em situação de crise psíquica grave, com o foco no seu mundo relacional, portanto incluindo vínculos familiares, sociais e terapêuticos além de visitas a serviços que acolhem pessoas em crise, aponta a presença de histórico de conflitos familiares acirrados que produzem mudanças no comportamento precedente ao surto. Também identifica crise psicótica relacionada ao sofrimento advindo dos vínculos sociais, sentimento de não pertencimento, falta de apoio da rede social, o que pode remeter à história passada de desamparo, abuso e exploração no trabalho doméstico (Gondim, 2007).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de sexo na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento (Gastal et al., 2006). Neste estudo identificam-se, entre as mulheres, a presença de situações relacionadas a mudanças esperadas ao longo da vida e conflitos não resolvidos na admissão para tratamento do quadro psicótico ($p < 0,1$). Dentre as causas dos transtornos mentais em mulheres, encontram-se as exigências feitas sendo que as mesmas têm que lidar com as tarefas domésticas, maternidade e mercado de trabalho, o que, em geral, gera contradições e conflitos (Gastal et al., 2006). Sabe-se que os transtornos mentais causam considerável impacto na vida de uma pessoa em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida. Estudo de revisão tem apresentado as diferenças de gênero na esquizofrenia e no primeiro episódio de psicose, na tentativa de explicar a heterogeneidade da doença. Identifica-se que a incidência de esquizofrenia é mais elevada nos homens, como também a idade de início se apresenta mais cedo nos homens do que nas mulheres. Em geral, sugere-se melhor funcionamento pré-mórbido e funcionamento social entre mulheres do que entre homens. No tocante à evolução da doença, as mulheres têm melhor remissão e menores taxas de recaída (Ochoa, Usall, Cobo, Labad, & Kulkarni, 2012).

Nesta pesquisa os homens com transtorno psicótico apresentaram associação significativa de situações de emergência psiquiátrica ($p < 0,05$). Estes dados são corroborados por estudo acerca do perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica na capital de Minas Gerais. Merece destaque a proporção elevada de pacientes do sexo masculino entre os portadores de Esquizofrenia ou transtornos psicóticos atendidos na urgência psiquiátrica. Já foi hipotetizado que as mulheres portadoras de psicoses teriam melhor adesão ao tratamento nos serviços extra-hospitalares. Neste caso, é possível supor que a psicose nos homens curse com maior impulsividade e agressividade (Volpe, Silva, Carmo, & Santos, 2010). O sexo é um importante fator preditivo na evolução da psicose, principalmente da esquizofrenia, pois se verifica maior incidência e prevalência entre os homens (Silveira, Vargas, Reis, & Silva, 2011). Outra questão importante refere que existe melhor evolução do curso da doença nas mulheres, visto que o número de reinternações psiquiátricas é menor e os sintomas invasivos, tanto positivos quanto negativos, são menos frequentes (Silveira et al., 2011).

Verifica-se associação entre estado civil solteiro com as classes de situação advinda de estresse não esperado e emergência psiquiátrica. Assim, a variável relacionada ao estado civil pode exercer efeito diferencial na resiliência dos pacientes psicóticos. Estudo sobre resiliência aponta que as pessoas casadas se sentem mais fortes e confiantes em si mesmos e apresentam maior responsabilidade que os solteiros. Por isto, os casados são mais fortes e flexíveis e menos afetados com as mudanças inesperadas (Palomar Lever, & Gómez Valdez, 2010).

Entre os fatores sociodemográficos e clínicos associados à ideação suicida e a tentativas de suicídio, estudo destaca, de modo geral, a presença de transtornos psiquiátricos (como depressão e dependência de substâncias psicoativas) e o fato de a pessoa ser divorciada, separada ou solteira (Botega, Marín-León, Barros, Silva, & Dalgalarondo, 2009). Análise epidemiológica sobre os índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 mostra que o estado civil (solteiro) foi uma das principais caracte-

rísticas sociodemográficas associadas às tentativas de suicídio (Santos, Lovisi, Legay, & Abelha, 2009). Da mesma forma, estar divorciado, ser solteiro, ter disfunção no ambiente familiar e doenças psiquiátricas parentais pode ser considerado como fatores de risco para o surgimento de transtorno psiquiátrico (Pasa, & Almeida, 2010).

Nesta pesquisa, o diagnóstico de esquizofrenia apresenta associação com a classe de psicopatologia preexistente na admissão de quadros psicóticos para tratamento. Sabe-se que a esquizofrenia é um transtorno causado por diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno. Caracteriza-se como transtorno de longa duração, durante o qual a pessoa experimenta períodos de crises e remissões. Somente 5% dos pacientes apresentam um surto na vida e a maioria experimenta vários surtos, principalmente no início da doença (Giacon, & Galera, 2006).

Na admissão dos pacientes psicóticos identifica-se presença de situações de estresse não esperado e situações de emergência psiquiátrica na faixa etária entre 20 e 59 anos. Entre as situações de estresse mais registradas, observam-se relato de prisões, roubos, brigas e demissões e, dentre as emergências, verificam-se intoxicação por drogas e tentativa de suicídio. Ressalta-se que o estresse cumulativo pode desencadear distúrbios psicóticos em indivíduos vulneráveis, principalmente naqueles que apresentam nível alto de reatividade emocional ao estresse diário (Cortez, & Silva, 2007).

Os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas são prevalentes em serviços de emergência e, em geral, encontram-se relacionados a outros agravos à saúde (Amaral, Malbergier & Andrade, 2010). Neste aspecto, a presença de situações de emergência envolvendo a intoxicação por drogas na admissão no CAPS pode ser em decorrência deste uso precipitar episódios iniciais psicóticos em pacientes com vulnerabilidade (Amaral et al., 2010).

A atenção à crise psíquica, no contexto da Reforma Psiquiátrica, exige práticas que valorizem as possibilidades da pessoa e de seu contexto, indo além da simples remissão dos sintomas (Sant'Ana, Lucas, Peres, Rosa, & Willrich, 2012). Pessoas com grave sofrimento psíquico podem vivenciar momentos críticos que, por vezes, coincidem com o desencadeamento de uma crise, gerando, com isso, ações confusas e incompreendidas por eles próprios e pelas pessoas que o circundam, entre eles os familiares. Neste aspecto, a crise precisa ser compreendida, pelos profissionais de saúde mental, como uma tentativa da pessoa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento, pressupondo a necessidade de uma estratégia ampliada de cuidado (Almeida et al., 2014). Nesta pesquisa, dentre as principais situações emocionais presentes na crise psicótica identificam-se a presença de psicopatologia preexistente seguida das situações de emergência psiquiátrica, situações relacionadas a conflitos não resolvidos e situações advindas de estresse não esperado.

Pesquisa sobre as práticas dos psicólogos na atenção às psicoses nos CAPS do estado de Santa Catarina aponta evolução das práticas desenvolvidas pelos psicólogos para patamares mais aproximados da proposta de atenção psicossocial contida nos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira (Lara, & Monteiro, 2012). Ressalta-se neste aspecto, que o psicólogo precisa atentar para o processo de percepção, acolhimento e cuidado dos pacientes psicóticos partindo da premissa de sofrimento pessoal, em decorrência do comprometimento para a vida cotidiana, sem um olhar anulador e castrador sobre os sintomas (Lara, & Monteiro, 2012). O auxílio na travessia desse processo, por meio da intermediação no desenvolvimento de potencialidades, está no centro da reabilitação psicossocial. Neste aspecto, a qualidade do acolhimento acaba se transformando em referência para a população, em caso de situações de crise (Lara, & Monteiro, 2012).

Conclusões

As pessoas mais frequentemente admitidas para tratamento de episódio psicótico no CAPS são homens jovens, solteiros, com baixa escolaridade e com diagnóstico de esquizofrenia. Dentre as principais situações emocionais presentes na crise psicótica identificam-se a presença de psicopatologia preexistente seguida das situações de emergência psiquiátrica, situações relacionadas a conflitos não resolvidos e situações advindas de estresse não esperado.

Sabe-se que, tipicamente, o curso evolutivo do episódio psicótico pode ser dividido em três fases: prodrômica, aguda e de recuperação. Neste sentido os dados encontrados podem sinalizar a importância de uma intervenção precoce, acompanhamento sistemático e monitoramento mais próximo de pacientes psicóticos e de seus familiares frente estas situações emocionais.

Ressalta-se que o conhecimento acerca das principais situações emocionais presentes na crise psicótica é importante tanto para o psicólogo no cuidado especializado a saúde mental, no CAPS, como na atenção básica, no Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou demais pontos de atenção da RAPS. Neste aspecto, torna-se fundamental a existência de uma rede territorializada, na qual existem equipes multidisciplinares preparadas para lidarem com situações emocionais bem como o manejo da crise psicótica.

Apesar de o estudo possibilitar ampliar a compreensão da crise psicótica a partir da identificação das situações emocionais envolvidas, em detrimento da complexidade e da importância do tema abordado, indica-se, para futuras pesquisas, a relevância da discussão sobre a crise psicótica em cada uma das situações encontradas e a sua aplicação nos diversos pontos de atenção da RAPS, pois a atenção à crise é considerada um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no processo da Reforma Psiquiátrica.

Referências

- Almeida, A. B., Nascimento, E. R. P., Rodrigues, J., & Schweitzer, G. (2014). Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 708-14. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>
- Amaral, R. A., Malbergier, A., & Andrade, A. G. (2010). Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(supl 2), 104-101. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>
- American Psychiatry Association – APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM V*. (5a ed). Washington, DC: o autor.
- Andreoli, S. B., Rochetti, S. S. B., Miranda, L. P., Bezerra, C. R. M., Magalhães, C. C. P. B.,..., Pinto, M. F. (2004). Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 836-844. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300021>
- Araújo, A.C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.

- Badagnan, H. (2014). *Competências de enfermagem para o atendimento de emergência psiquiátrica no serviço de pronto atendimento* [Dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Baldaçara, L., & Borgio, J. G. F. (2009). Tratamento do transtorno delirante persistente. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 54(2), 56-61.
- Baldwin, B. A. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(3), 538-551.
- Ballarin, M. L. G. S., Miranda, I. M. S., & Carvalho, C. M. (2011). Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Revista de Ciências Médicas*, 20(3/4), 59-67.
- Botega, J. N., Marín-León, L. Oliveria, H. B., Barros, M. B. A., Silva, V. F., & Dalgalarondo P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 26 de dezembro). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União.
- Carvalho, N. R., & Costa, I. I. (2008). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*, 20(1), 153-164. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000100010>
- Castro, S. A., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2010). Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 9-18.
- Cavalcanti, M. T., Dahl, C. M., Carvalho, M. C. A., Valencia, E. (2009). Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 43(supl 1), 23-28. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800005>
- Chaves, A. C. (2007). Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento?. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(supl 2), 174-178. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000800005>
- Cortez, C. M., & Silva, D. (2007). Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(4), 96-108.
- Costa, I. (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa*. Brasília, DF: Kaco.
- Del-Bem, C. M., Rufino, A. C. T. B. F., Azevedo-Marques, J. M., & Menezes, P. R. (2010). Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(supl 2), 578-586. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600004>
- Dimenstein, M., Amorim, A. K. A., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C., ... Bezerril, M. C. (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da

- rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Revista Polis e Psique*, 2(3), 95-127. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40323>
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ferreira, A. A. A., Sena, G. S., Galvão, M. V. M., Felix, R. H. M., Mendonça, R. M., ... Rodrigues, F. C. (2007). Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 157-161. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300001>
- Gastal, F., Leite, S., Treptow, E., Marini, S., Noal, M., Binz, M., & Amaral, M. (2006). Doença mental, mulheres de transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. *Revista de Psiquiatria*, 28(3), 245-254.
- Giacon, B. C. C., & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40(2), 286-91.
- Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projeto de pesquisa* (4a ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Gondim, M. (2007). *Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave* [Tese de doutorado]. Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Wetzal, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Resmini, F., ... Sousa, A. S. (2009). Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-9.
- Lara, G. A., & Monteiro, J. K. (2012). Os psicólogos na atenção às psicoses nos CAPS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3), 76-93.
- Lima, M., Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Ottoni, V. E. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu)*, 16(41), 423-434. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000200011>
- Lines, E. (2005). *An introduction to early psychosis intervention: Some relevant findings and emerging practices*. Toronto: Canadian Mental Health Association. Recuperado de <http://www.cmha.ca/english/intervent/about.htm>
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x>
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M., Silva, M. G., Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Escola Anna Nery*, 15(1), 90-95. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013>
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012: 916198. <https://doi.org/10.1155/2012/916198>
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (1993). *CID-10 Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre, RS: o autor.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (1995). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo, SP: o autor.

Palomar Lever, J., & Gómez Valdez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.

Pasa, M. S. G. G., Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533-541. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300016>

Pelisoli, C.L., & Moreira, A. K. (2005). Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 270-77.

Quevedo, J., & Carvalho, A. (2014). *Emergências psiquiátricas* (3a ed.). Porto Alegre, RS. Artmed.

Resende, A. C., Viglione, D. J. & Argimon, I. I. L. (2009). As diferenças entre os gêneros na esquizofrenia através da técnica de Rorschach. *Psico*, 40(3), 279-286.

Sant'Ana, A. B., Lucas, A. S., Peres, H. S., Rosa, V. L. M., & Willrich, J. K. (2012). A rede de saúde mental e as possibilidades de avaliação e intervenção na crise. *Journal of Nursing and Health*, 2, 16-23. <https://doi.org/10.15210/JONAH.V2I0.3478>

Santos, S. A., Lovisi, G., Legay, L., & Abelha, L. (2009). Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2064-74. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>

Silva, M. L. B., & Dimenstein, M. D. B. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 31-46.

Silveira, M. S., Vargas, M. M., Reis, F. P., & Silva, P. (2011). Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Caderno de Saúde Coletiva*, 19(1), 27-32.

Souza, A., Guljor, A. P., & Silva, J. L. (2014). Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. *Avances en Enfermería*, 32(2), 292-298.

Tonelli, H. A., Alvarez, C. E., & Silva, A. A. (2009). Esquizotipia, habilidades "Teoria da Mente" e vulnerabilidade à psicose: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(6), 229-239. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000600003>

Volpe, F. M., Silva, E. M., Carmo, L. S., & Santos, T. N. (2010). Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 203-209. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300006>

Submetido em: 04/08/2015

Revisto em: 26/10/2016

Aceito em: 05/03/2017

Endereços para correspondência

Leandro Martins Costa de Araújo
leandromartins19@gmail.com

Emanuele Freitas Manata Godoy
emanuelefmg@ymail.com

Nadja Cristiane Lappann Botti
nadjaclb@terra.com.br

I. Bolsista de iniciação científica. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Estado de Minas Gerais. Brasil.

II. Graduando. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Estado de Minas Gerais. Brasil.

III. Docente. Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Estado de Minas Gerais. Brasil