

**Escola de Governo
do Distrito Federal**

**Secretaria Executiva
de Gestão Administrativa**

Secretaria de Economia



Curso

Crises e urgências em Saúde Mental: uma abordagem interdisciplinar

Apresentação

A elaboração, a formatação e a revisão do material didático são de responsabilidade da instrutoria.

Escola de Governo do Distrito Federal

Endereço: SGON Quadra 1 Área Especial 1 – Brasília/DF – CEP: 70610-610

Telefones: (61) 3344-0074 / 3344-0063

www.egov.df.gov.br

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Transtornos mentais

GUSTAVO CARVALHO DE OLIVEIRA

Médico Psiquiatra da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal
Professor Doutor e Coordenador Auxiliar do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Professor Doutor no Curso de Medicina da Escola Superior em Ciências da Saúde do Distrito Federal - ESCS
Preceptor da Residência Médica de Medicina de Emergência da Secretaria de Saúde do DF
Mestre e Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental (IPUB/UFRJ) com período sanduíche no Centre for Forensic Behavioural Science na Swinburne University, Melbourne, Austrália

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

PRINCIPAIS CRISES PSÍQUICAS

- ▶ AGITAÇÃO PSICOMOTORA E CRISE PSICÓTICA
- ▶ COMPORTAMENTO SUICIDA
- ▶ CRISES DEPRESSIVAS, CRISES DE ANSIEDADE
- ▶ EMERGÊNCIAS EM ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
- ▶ SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA
- ▶ VÁRIAS OUTRAS: Situações de negligência, auto-mutilação, lutos traumáticos, situações de comoção e desamparo social, catástrofes, desastres e qualquer pessoa em grave sofrimento

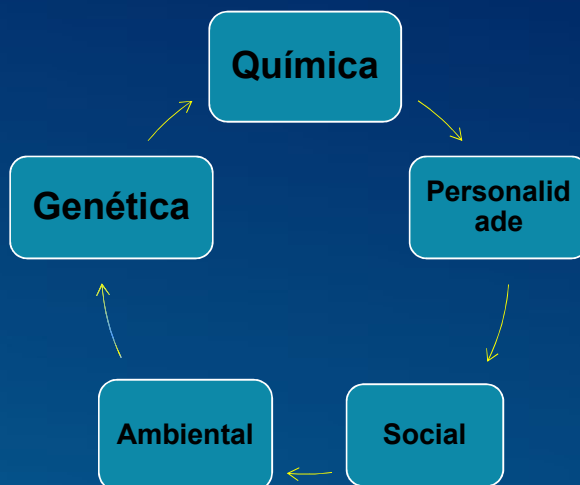
DEPRESSÃO

DEPRESSÃO O QUE É?

A depressão é uma doença que afeta o humor, a disposição e os sentimentos.

DEPRESSÃO

A DEPRESSÃO É MULTIFATORIAL



Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

DEPRESSÃO

▪ FATORES DE RISCO

- Presença de transtornos depressivos em familiares;
- Presença de transtornos depressivos prévios;
- Eventos negativos na vida;
- Exposição à violência;
- Ausência de suporte familiar e social.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

DEPRESSÃO

▪ EPIDEMIOLOGIA

- 6% a 8% da população fará pelo menos um episódio em um ano;
- Ao longo da vida, até 25% das mulheres e até 10% a 12% dos homens também farão ao menos um episódio depressivo;
- Pico na década dos 20 anos;
- Mulheres / homens = (1,5-3):(1);
- É a doença mental que **mais está associada ao suicídio**;

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

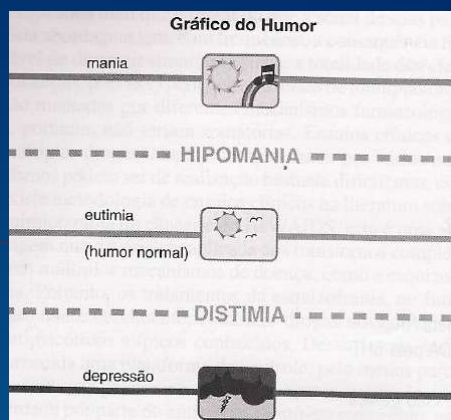
DEPRESSÃO

Stahl, 2022

Exaltação

Sofrimento

Depressão



Duração mínima de duas semanas

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

DEPRESSÃO

Tristeza	Depressão
Menos intensa	Mais intensa
Menos duradoura	Mais duradoura
Reage a estímulos positivos	Não reage a estímulos positivos
Prejuízo funcional limitado	Prejuízo funcional, social, laboral, familiar
Melhora com o tempo	Piora com o tempo
Tem fator causal	Sem fator causal necessariamente
Sem lentificação psicomotora	Lentificação psicomotora

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

DEPRESSÃO

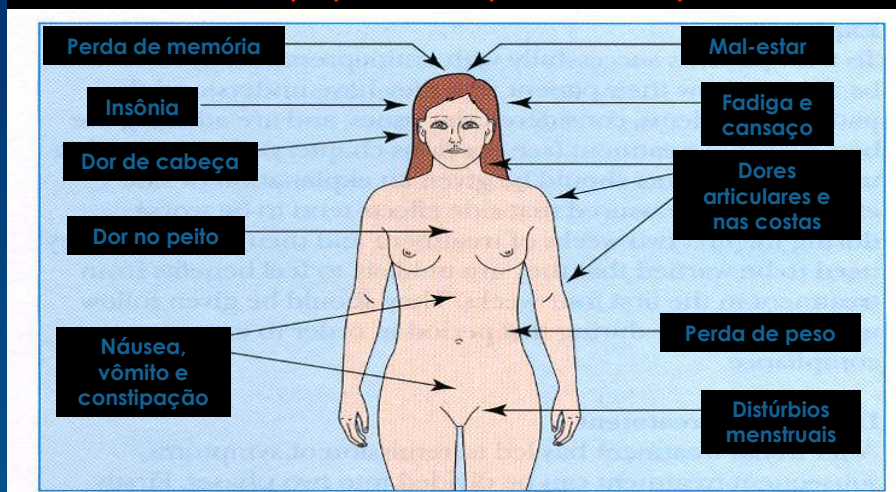
QUANDO SUSPEITAR

- Sofrimento profundo;
- Angústia e rebaixamento do humor;
- Redução da volição;
- Irritabilidade;
- Baixa autoestima;
- Culpa
- Fadiga;
- Atenção e concentração reduzidas;
- Alteração do sono, do apetite e da motricidade;
- Autonegligência;
- Comportamento suicida

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

DEPRESSÃO

Sintomas físicos que podem estar presentes na Depressão



Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

COMPORTAMENTO SUICIDA

QUANDO SUSPEITAR

5 Ds do Suicídio

Depressão

Desesperança

Desamparo

Desespero

Dependência química

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

COMPORTAMENTO SUICIDA

ATENÇÃO: AOS ATENDIMENTOS de CRISES!

- Paciente com cortes superficiais
- Pacientes com intoxicação medicamentosa leve
- Pacientes com quadros de dores refratários
- Pacientes oncológicos ou outros crônicos que não aderem ao tratamento

**PERGUNTAR E INVESTIGAR
IDEAÇÃO SUICIDA**

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Abuso de álcool e substâncias psicoativas

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Álcool

- É um depressor do SNC com propriedades afrodisíacas
- Age como mensageiro químico age na célula pós-sinápticas, especial no (NMDA). A neurotransmissão glutaminérgica excitatória é reduzida e ocorre também estímulo do receptores GABA-érgicos, causando o **efeito depressor do álcool**.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Álcool

- 1. Intoxicação Alcoólica Aguda
- 2. Síndrome de Abstinência ao Álcool
- 3. Psicose Alcoólica
- 4. Intoxicação Patológica
- 5. Alucinose Alcoólica
- 6. Uso Nocivo de Álcool
- 7. Síndrome de Dependência ao Álcool
- 8. Deficiência Cognitiva Associado ao Álcool

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Intoxicação alcoólica aguda

- Conhecida como "embriaguez"
- Ingesta além do tolerado para aquele organismo.
- Inicialmente euforia leve
- Depressão crescente do SNC
- Tontura, ataxia, desorientação têmporo- espacial, Alteração da fala, incoordenação motora, rubor facial, hálito etílico, confusão mental, estupor ou coma

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Intoxicação alcoólica aguda

CUIDADOS GERAIS NA INTOXICAÇÃO

- Risco de TCE e complicações, traumas e fraturas, sem que o doente não se lembre, não perceba e ninguém tenha presenciado
- Risco de Depressão Respiratória e PCR (se associado a benzodiazepínico, risco muito aumentado)
- Risco aumentado de suicídio (maior impulsividade e maior desinibição)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Síndrome de abstinência

- Conjunto de sinais e sintomas observados em pacientes que interrompem ou diminuem o uso de álcool após longo e intenso uso.
- Se iniciam entre 6 a 48 horas após a última ingesta de álcool
- Pico de sintomatologia: 24 a 48 horas
- Duração: média de 5 a 7 dias, pode chegar até 14 dias

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS **Síndrome de Abstinência**

- **SAA nível I** (1-3 dias) LEVE A MODERADA
 - Tremores de mãos, pálpebras, língua
 - Sudorese
 - Irritabilidade/Insônia
 - Inquietação/Agitação
 - Náuseas/Vômitos
 - Hiperatividade autonômica (taquicardia, ↑ PA, sudorese, hipotensão ortostática, febre)
- **SAA nível II** (1 a 6 dias, pico 2- 4) MODERADA A GRAVE
 - Desorientação
 - Convulsões
 - Alucinações visuais, táteis, auditivas transitórias
 - *Delirium tremens* (disforia, despersonalização, apatia/agressão, convulsões, sundowning)
 - Morte

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Delirium Tremens (DT)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

ABUSO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Emergências relacionadas ao álcool e SPA

- Lei 6.086/2018 (DF)

📄 Notificação **obrigatória** ao Conselho tutelar e ao Ministério Público do DF em caso de atendimentos a crianças e adolescentes com uso de álcool e/ou entorpecentes

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Processo para Mudança

Prochaska e Di Clemente,
1982 – Estágios
Motivacionais para a
Mudança.

• Entrevista Motivacional

Ambivalência

Estágios são flutuantes

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.



Avaliação do estágio

Estágio	Características
Pré contemplação	Não pretendo modificar tal comportamento
Contemplação	Tenho pensado em modificar tal comportamento, mas não sei como
Preparação	Estou procurando informações para saber como modificar meu comportamento
Ação	Estou fazendo algo para modificar meu comportamento
Manutenção	Estou conseguindo manter a mudança do meu comportamento

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.



Entrevista motivacional

ESTÁGIOS	TAREFAS MOTIVACIONAIS
Pré-contemplação	Levantar dúvidas – aumentar a percepção da pessoa sobre os riscos e os problemas do comportamento atual
Contemplação	“Inclinar a balança” – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência da pessoa para a mudança do comportamento atual
Preparação	Ajudar a pessoa a definir a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança
Ação	Ajudar a pessoa a dar passos rumo à mudança
Manutenção	Ajudar a pessoa a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída
Recaída	Ajudar a pessoa a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que ela fique imobilizada ou desmoralizada devido à recaída

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

VIOLÊNCIA

SITUAÇÕES ENVOLVENDO VIOLÊNCIA

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA

“Uso intencional de força física ou do poder, real em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, de desenvolvimento, ou privação. (OMS, 2002)”

TIPOS DE VIOLÊNCIA

- Violência Doméstica ou Violência Intrafamiliar
- Violência Sexual
- Violência Física
- Violência Psicológica
- Negligência
- Violência Patrimonial
- Violência Institucional
- Violência Moral
- Assédio Moral
- Síndrome de Munchausen por Procuração por Procuração

VIOLÊNCIA E QUESTÕES LEGAIS

- Código de Ética Médica – Cap III (Responsabilidade profissional)
 - É vedado ao médico:
 - Art 1º: Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida
- Código de Ética Médica – Cap IV (Direitos Humanos)
 - É vedado ao médico:
 - Art 25: Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem

VIOLÊNCIA E QUESTÕES LEGAIS

□ Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8069/1990

☞ Art 11: É assegurado atendimento médico à criança e adolescente, através do SUS, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde

- Art 13: Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança e adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais

VIOLÊNCIA E QUESTÕES LEGAIS

□ Estatuto do idoso – Lei 10741/2003

☞ Art 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra o idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

☞ I: Autoridade policial

☞ II: Ministério público

☞ III: Conselho Municipal do idoso

☞ IV: Conselho estadual do idoso

☞ V: Conselho Nacional do idoso

VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA E QUESTÕES LEGAIS

- Lei 10.778/2003
 - ☞ Institui a Notificação Compulsória de violência contra a mulher e aprova o instrumento e o fluxo para notificação
- Lei 11.340/2006 (Maria da Penha)
 - ☞ Diversos mecanismos para coibir violência doméstica e familiar contra a mulher, coibir discriminação, cria juizados de violência doméstica e contra a mulher, altera código penal, lei de execução penal e diversas providências

VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA E QUESTÕES LEGAIS

- Lei 13.427/2017
 - ☞ Altera o art. 7º da lei 8080/1990: Inseriu entre os princípios do SUS a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral
- Lei 5.952/2017 (DF)
 - ☞ Dispõe sobre o **atendimento obrigatório e integral** de pessoas em situação de violência sexual

"Razões" pelas quais os profissionais não perguntam... (ironia)

- ☞ As vítimas "merecem" ou "pedem" o abuso e gostam de ser agredidas, se não não ficariam com o autor da violência;
- ☞ A violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública;
- ☞ Não saberiam o que fazer, caso lhe contassem

Como perguntar?

- ☞ Privacidade e Sigilo
- ☞ Observar quem é o acompanhante
- ☞ Abordagem Direta ou Indireta
- ☞ Acolher e agendar nova consulta

Como perguntar? LIVES

☞ A OMS (2019) preconiza um suporte de primeira linha composto por cinco itens básicos: escutar, perguntar, validar, garantir a segurança e fornecer apoio.

☞ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330084/9789241517102-eng.pdf?sequence=8>

Listen
Inquire
Validate
Enhance safety
Support

Rede de Apoio à Mulher Vítima de Violência no DF

☞ Secretaria de Saúde:

- CEPAV: Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
- UBS/CAPS/RUE

☞ Secretaria de Desenvolvimento Social:

- CREAS: Centro de Referência Especializado em Assistência Social

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

VIOLÊNCIA

Rede de Apoio à Mulher Vítima de Violência no DF

- ☞ Secretaria de Estado da Mulher
 - CEAM: Centro Especializado de Atendimento à Mulher
- ☞ Polícia Civil do DF
 - DEAM: Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
- ☞ Polícia Civil do DF/TJDF/MPDF:
 - NUIAM: Núcleo Integrado de Atendimento a Mulheres

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

VIOLÊNCIA

UNIDADES DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO DF

Funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas



CEILÂNDIA

Hospital Regional de Ceilândia (HRC)
QNM 27, Área Especial 1



GAMA

Hospital Regional do Gama (HRG)
Setor Central, EQ 47/49



GUARÃ

Hospital Regional do Guarã (HRGu)
Área Especial, QI 6, Guarã I



NÚCLEO BANDEIRANTE

Centro de Saúde nº 2
Terceira Avenida, Área Especial 3



PARANÁ

Hospital da Região Leste (HRPA)
Setor Hospitalar, Quadra 2,
Conjunto K, Lote 1



PLANO PILOTO - Asa Sul

Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMiB)
Setor de Grandes Áreas Sul, Quadra 608



PLANO PILOTO - Asa Norte

Hospital Regional da Asa Norte (Hran)
Setor Médico-Hospitalar Norte,
Quadra 101



PLANO PILOTO - Asa Norte

Hospital Regional da Asa Norte (Hran)
Setor Médico-Hospitalar Norte,
Quadra 101



RECANTO DAS EMAS

Centro de Saúde nº 2
Quadra 102, Área Especial 1,
Avenida Recanto



SANTA MARIA

Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)
Quadra AC 102, Conjuntos A, B, C e D



PLANALTINA

Hospital Regional de Planaltina (HRP)
Via W/L 4 Área Especial
Setor Hospitalar de Planaltina



PLANO PILOTO - Asa Sul

Adolescento
SGAS Quadra 605, Lote 32/33



PLANO PILOTO - Asa Sul

Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF)
Setor Médico-Hospitalar Sul, Quadra 101



TAGUATINGA

Hospital Regional de Taguatinga (HRT)
Setor C Norte, Área Especial 24,
Taguatinga Norte



SAMAMBAIA

Hospital Regional de Samambaia (HRSAM)
Q5 614, Conjunto C, Samambaia Sul



SÃO SEBASTIÃO

Centro de Saúde nº 1
Centro de Múltiplas Atividades, Conjunto 10



SOBRADINHO

Hospital Regional de Sobradinho (HRS)
Área Especial, Quadra 12, Conjunto D



PLANO PILOTO - Asa Norte

Hospital Regional da Asa Norte (Hran)
Setor Médico-Hospitalar Norte,
Quadra 101

Edição de arte Agência Brasília

Fonte: Secretaria de Saúde do DF

OBRIGADO!

psiquiatragustavo@gmail.com

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação psicomotora, crise psicótica

GUSTAVO CARVALHO DE OLIVEIRA

Médico Psiquiatra da Equipe de Saúde Mental do SAMU-DF

Professor Doutor e Coordenador Auxiliar do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Professor Doutor no Curso de Medicina da Escola Superior em Ciências da Saúde do Distrito Federal – ESCS

Preceptor da Residência Médica de Medicina de Emergência da Secretaria de Saúde do DF

Mestre e Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental (IPUB/UFRJ) com período sanduíche no Centre for Forensic Behavioural Science na Swinburne University, Melbourne, Austrália

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Transtornos mentais e violência?

- Violência praticada por portadores de transtornos mentais: estudos controversos
- Risco de violência e transtornos mentais?
- Fatores contextuais x fatores individuais

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Estudos sobre transtornos mentais e violência

- Já há estudos científicos robustos, incluindo revisões sistematizadas e metanálises mostrando que a doença mental **NÃO** é o fator mais importante na avaliação de risco de violência, ou mesmo **nem é um fator isolado**
- (WHITTINGTON, 2013; ACHÁ, 2011; VALENÇA e MORAES, 2006; ABDALLA-FILHO, 2003; MENEZES, 2001; BONTA, 1998; MECLER, 1996).

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Estudos sobre transtornos mentais e violência

- BONTA et al, 1998: metanálise para avaliar os principais **preditores de reincidência criminal**, tanto em indivíduos com doença mental e sem doença mental.
- Foram 64 estudos com um total de 74 preditores.
- Doenças mentais graves (exemplo: psicoses) tiveram **MENOR** chance de recidiva, tanto em crimes violentos, como em não violentos.
- Os maiores preditores foram: **história criminal na vida adulta, história de delinquência na juventude, abuso de substâncias.**

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Estudos sobre transtornos mentais e violência

- MENESES, 2001, pesquisou a associação entre violência e doentes mentais em um Manicômio judiciário, concluindo que era muito pequena.
- O seu achado mais relevante foi a **ausência de tratamento psiquiátrico prévio anterior ao delito** e destacou, assim como outros autores, a **possibilidade de ser evitável.**

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Estudos sobre transtornos mentais e violência

- - Itens sociais e ambientais: abuso de substâncias, ausência de suporte familiar, somados aos poucos recursos psíquicos dos doentes, o tornam **suscetível a perder o controle**
- WHITTINGTON, 2013; TELLES, 2011; MENEZES, 2001; MOSCATELLO, 2001; BONTA, 1998 corroboram tais informações

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Estudos sobre transtornos mentais e violência

- VALENÇA et al, (2006, 2013 e 2015) estudos sobre fatores relacionados ao comportamento violento: sintomatologia produtiva (sintomas psicóticos), recaída da doença, falta de insight, comportamento impulsivo, pouca habilidade social e **necessidade de manutenção do controle clínico**

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília,

2025 Estudos sobre transtornos mentais e violência

- ALDEN et al, 2007: coorte retrospectiva
- 358.118 nascidos vivos entre 1944 e 1947 e pesquisou as prisões por ofensas sexuais, com ou se agressão física, 50 anos depois
- Avaliou presença de doenças mentais, abuso de substância e transtornos de personalidade.
- Os indivíduos psicóticos, esquizofrênicos ou não, somente tinham risco aumentado, quando comórbidos a transtornos de personalidade ou abuso de substâncias.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília,

2025 Estudos sobre transtornos mentais e violência

- VALENÇA et al, 2015 pesquisaram o **perfil de ofensores sexuais** na cidade do Rio de Janeiro, analisando 44 laudos periciais em que se foi solicitada a verificação da Sanidade Mental.
- O perfil geral dos ofensores foi: homens, caucasianos, trabalhando em tempo parcial e **sem transtorno mental.**

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Estudos sobre transtornos mentais e violência

- FLANNERY et al, 1998: **Fatores de Risco para violência** em uma internação psiquiátrica (avaliação pelo período de 4 anos, n=1026): estudo do perfil dos **pacientes agressores** e do **profissional assistente**:
- O profissional **sem capacitação**, com **estresse** agudo, com **perturbações do sono**, memórias intrusivas e hipervigilância (TEPT?): **maior índice de agressões ($p < 0,05$)**
- Programa de intervenção ASAP - **Assaultive Staff Action Program (TREINAMENTO)**: redução significativa do índice de agressões 4

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

CONSIDERAÇÕES

- - O diagnóstico, o tratamento e o prognóstico em Psiquiatria mudaram consideravelmente nos últimos anos, sendo **inadequado perpetuar-se a relação de doença mental e periculosidade**
- O doente mental é muito mais **VÍTIMA** do que agente de violência

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

CONSIDERAÇÕES

- Conforme muitos estudos (VALENÇA, 2011; MECLER, 2010; ALDEN, 2007; ABDALLA-FILHO, 2002; MENEZES, 2001), o **adequado tratamento** e o **diagnóstico** de doentes mentais são capazes de **evitar recorrência de crimes**.
- O tratamento adequado é capaz de reduzir o risco para o doente mental e para a sociedade, pois ocorrerá **redução de reincidência criminal**, agindo-se em **fatores tratáveis** e **preveníveis** (o que **não** ocorre nos criminosos **não** doentes)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

CONSIDERAÇÕES

- O doente mental **pode** ser mais perigoso apenas em situações específicas, como: **não adesão** ao tratamento, presença de **comorbidades**, uso **nocivo de substâncias** e **transtornos de personalidade**
- As equipes de saúde **NECESSITAM** estar **CAPACITADAS** e desprendidas de preconceitos, para reduzir-se o risco de comportamento violento com pascentes

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

REFERÊNCIAS

Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.39 no.1 São Paulo Jan/Mar 2017

Saúde e Sociedade. São

ORIGINAL ARTICLE

Cessation of dangerousness status: an analysis of 224 reports from the Instituto de Perícias Heitor Carrilho, Rio de Janeiro, Brazil

Gustavo C. Oliveira,^{1,2} Alexandre M. Valença,^{2,3} Talvane M. de Moraes,² Mauro V. Mendlowicz,³ Miles C. Forrest,⁴ Fred F. Batista,⁵ Gabriella A. Mendes,⁵ Tiago N. Lima,⁵ Vinicius R. Gonçalves,⁵ Kátia Mecler²

¹Unidade de Psiquiatria, Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brazil. ²Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ³Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brazil. ⁴Departamento de Psiquiatria, Instituto de Saúde Mental (ISM), Brasília, DF, Brazil. ⁵UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

Objectives: To evaluate factors related to dangerousness cessation at the end of involuntary commitment based on an analysis of expert reports. In light of the current legal requirement of dangerousness cessation as a pre-requisite for prison or interment release of individuals subjected to the safety measure, we sought elements to reflect on the practice of expert examiners in charge of making this decision.

Methods: The authors revised 224 expert psychiatric dangerousness cessation reports released 2011 through 2014 and collected data for a statistical analysis.

Results: The following variables were associated with positive risk cessation assessments: no inadequate behavior (according to the assistant professionals), no productive psychotic symptoms, no negative symptoms, presence of insight, presence of a support network, and no psychoactive substance abuse. The following variables were associated with negative dangerousness cessation decisions: early onset of malfunction, lack of insight, negative attitudes, active signs of major mental illness, presence of impulsiveness, poor response to treatment, presence of plans lacking feasibility, exposure to destabilizing factors, lack of personal support, and presence of stress.

Conclusions: In this study we were able to identify factors associated with dangerousness in a sample of expert reports. The knowledge of factors linked to a higher risk of recidivism in illegal activities or violent behavior is crucial for decision-making regarding the release of offenders after their legally established period of involuntary commitment.

Keywords: Forensic psychiatry; commitment of the mentally ill; insanity defense; mental disorders; violence

Original articles

Prolonged institutionalization, mental disorders and violence: a scientific review on the topic

Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema

Gustavo Carvalho de Oliveira^{1,2*}

<http://orcid.org/0000-0002-2468-1248>

E-mail: psiqui@iguitevni@gmail.com

Alexandre Martins Valença^{3,4}

<http://orcid.org/0000-0002-5744-2102>

E-mail: avalenbuol.com.br

¹Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Swinburne University of Technology, Centre for Forensic Behavioural Science, Melbourne, VIC, Australia.

⁴Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Abstract

This study is a review of institutionalization, mental disorders and violence. A systematic search was performed in major databases, focusing on studies from the last twenty-two years. The results were divided into two groups: 'studies on factors related to the risk of violence/prediction and institutionalization' and 'studies on the risk of violence and deinstitutionalization/inadequate mental treatment'. We found that mental illness is not directly associated with high risk of violence. Specific details of the institutionalization and assistance with deprivation of liberty are related to violent behavior. We concluded that humanized, multiprofessional approaches and trained staff, combined with the management of real risk factors of violence can contribute to a better health assistance and reduce the need for institutionalization.

Keywords: Institutionalization; Mental Disorders; Violence; Forensic Psychiatry; Commitment of Mentally Ill.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora

► Agitação

- Aumento da excitabilidade, inquietação, irritabilidade, atividade motora e verbal exagerada, inapropriada e repetitiva.
- Curso flutuante, modificações rápidas

► Agressividade

- Comportamento que inflige danos físicos ou morais a pessoa com transtorno mental e/ou demais pessoas.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora~~ Comportamento Agressivo

- É todo e qualquer comportamento que tenha por objetivo ferir ou magoar alguém.
- Pode decorrer de sentimentos intoleráveis de frustração, fragilidade e desproteção.
- Pode ser um modo de “disfarçar” medos e inseguranças e dificuldades de estabelecer relações adequadas e equilibradas.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora e Crise~~ Psicótica

O que é uma crise psicótica?

Estado mental que **afeta** a capacidade do indivíduo:

- de pensar de forma clara;
- de distinguir o que é real daquilo que é imaginário:

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

Sintomas mais comuns da crise psicótica

1. **Delírios** (distorções ou exageros do **PENSAMENTO**)
1. **Alucinações** (distorções ou exageros ao nível dos **SENTIDOS**)
1. **Discurso desorganizado**, incoerente e muitas vezes de conteúdo incompreensível.
1. **Comportamento estranho**, sem lógica e, por vezes, “bizarro”:
1. **Sintomas “negativos”** (perdas funcionais)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

Em quais situações podemos encontrar **CRISE PSICÓTICA**

- Transtorno do Humor
- Esquizofrenia;
- Abuso de substâncias / Intoxicações;
- Síndromes de abstinência;
- Traumatismos cranianos;
- Infecções do SNC;
- Demências;
- Epilepsia;
- Tumor cerebral;
- Distúrbios metabólicos ou da tireóide;
- Hipóxia;
- Hipoglicemia;
- Delírium por causa orgânica;

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora e Crise~~ Psicótica

Sinais de alarme para risco de

agressão

Postura Comportamento da pessoa;

- Discurso (ameaçador, conteúdo agressivo)
- Atividade motora (agitação, inquietação);
- Linguagem corporal:
 - Postura tensa e rígida;
 - Mãos fechadas;
 - Musculatura tensa;
 - Evitação de contato visual ou olhar penetrante.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora e Crise~~ Psicótica

Avaliação da situação

- **Avaliar os fatores que contribuam para uma escalada da violência:**

Familiares, multidões, influência de álcool ou drogas.

- **Obter informações de testemunhas da ocorrência:**

Possíveis razões para hostilidade, histórico pessoal

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora e Crise~~ Psicótica

Observar o Ambiente

- Certificar se existem possíveis saídas de escape.
- Observar os movimentos das mãos.
- Identificar objetos que possam ser utilizados como possíveis armas.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora e Crise~~ CUIDADOS COM O AMBIENTE Psicótica

- ▶ Deve ser organizado e **delimitado**
- ▶ Privilegiar a possibilidade de deixar o paciente com as costas para uma parede
- ▶ Deve ser calmo e sem fatores estimulantes; (retirar terceiros da cena)
- ▶ Acesso fácil para equipes de ajuda suplementares para o local;

(Cavanaugh 1986, Mantovani, Migon et al. 2010, Rocca, Villari et al. 2006, Citrome and Green 1990, Stevenson 1991)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

SEGURANÇA DA EQUIPE

▶ **Estou seguro?**

- ▶ Devemos sempre antecipar o potencial agressivo
 - ▶ Ficar alerta para fatores de risco de agressividade
 - ▶ Irritabilidade, tom de voz alto, ritmo rápido com conteúdo de baixo calão, punhos cerrados, alteração de sinais vitais, armas no local
 - ▶ Equipamentos de proteção individual
 - ▶ Uniforme, botas, etc
 - ▶ Evitar adornos
 - ▶ Calçados que permitam uma movimentação rápida

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

AVALIAÇÃO GLOBAL DO COMPORTAMENTO

	Urgência 1º Nível	Urgência 2º Nível	Urgência 3º Nível	Não Urgência
Autopreservação	Comportament o ou Risco Autoagressivo	Comportament o Negligente	Autopreservaçã o Parcial	Autopreservaçã o Eficiente
Heteroagressivida e	Comportament o Heteroagressivo	Comportament o Ameaçador	Comportament o Hostil	Calmo
Contenção Psicomotora	Agitação Psicomotora	Inquietação Psicomotora	Expansividade	Boa Contenção

FONTE: Da silva AA. et al. I Congresso da rede nacional SAMU. Brasília, 2006

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica AVALIAÇÃO GLOBAL DO COMPORTAMENTO

Urgência de primeiro nível	Intervenção imediata: Observação intensiva sempre; se necessário, contenção física e/ou medicação imediatamente; levar para ambiente de observação e considerar internamento.
Urgência de segundo nível	Observação intensiva; medicação de emergência, reavaliação e intervenção se necessário. Observar a evolução no local de atendimento e, se forem observados sinais de estabilidade, considerar permanência no domicílio.
Urgência de terceiro nível	Observação intermitente por pessoa disponível e informada; indicar permanência no domicílio com recomendação de avaliação o mais breve possível. Medicação, preferentemente oral, se necessário.
Situação não emergencial	Não se reconhece emergência ou urgência. Recomendar avaliação eletiva.

FONTE: Da silva AA et al. I Congresso da rede nacional SAMU. Brasília. 2006.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

PRECEITOS BÁSICOS DA ABORDAGEM — Comunicação terapêutica

- Observação e comunicação
- Atenção à linguagem não-verbal (do paciente e do negociador)
- Cuidado para o paciente processar a informação equivocadamente
- As técnicas não são absolutas, mas podem evitar que a crise se agrave

(Citrome and Green 1990, Stevenson 1991, Rocca, Villari et al. 2006, Mantovani, Migon et al. 2010, Hankin, Bronstone et al. 2011, Leckey 2011, Marcolan 2013)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

POSTURA DO NEGOCIADOR

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

▶ Recomendações

- ▶ Mãos visíveis e com as palmas abertas
- ▶ Não fique sozinho, nunca dê as costas ao paciente
- ▶ Evite posicionar-se em um local mais alto que o paciente ("nível dos olhos")
- ▶ Não fazer anotações no momento da abordagem
- ▶ Não se aproximar pelas costas

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

TÉCNICAS DE NEGOCIAÇÃO

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

▶ Desescalamento Verbal

- ▶ consiste em uma abordagem inicial ao paciente agitado ou violento, utilizando o manejo verbal e o não verbal
 - ▶ Com o objetivo de neutralizar ou reduzir uma situação potencialmente violenta
- ▶ Afirmações empáticas podem colocar a pessoa agitada mais a vontade
 - ▶ especialmente quando essas declarações são feitas em um contexto de preocupação genuína

(Citrome and Green 1990, Stevenson 1991, Rocca, Villari et al. 2006, Mantovani, Migon et al. 2010, Hankin, Bronstone et al. 2011, Leckey 2011, Marcolan 2013)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

FAZER VÍNCULO COM A PESSOA

- Identificar-se, dar atenção, **OUVIR** e mostrar interesse
- Compreender os atos do indivíduo no transtorno e no contexto
- Abordar de forma respeitosa e gentil
- Demonstrar que esta ali para ajudar
- Orientar sobre o quadro do paciente e próximos passos

(Citrome and Green 1990, Stevenson 1991, Rocca, Villari et al. 2006, Mantovani, Migon et al. 2010, Hankin, Bronstone et al. 2011, Leckey 2011, Marcolan 2013)

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Agitação Psicomotora e Crise Psicótica

MANTER O CANAL DE COMUNICAÇÃO ABERTO

- Explicar quando não for possível acatar a opinião dela e explicar o motivo, sempre ouvindo.]
- Não mentir, não ser ameaçador
- Não se ríspido e nem usar nomes jocosos

Fonte: Técnica terapêutica da Contenção Física / João Fernando Marcolan. – 1. ed. – São Paulo: Roca, 2013.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora e Crise~~ Psicótica

➤ Não se maneja a crise... Fazer contenção? Por quê?

- 📖 Para segurança do paciente e de terceiros, especialmente equipe e familiares
- 📖 Não é punição e nem conveniência para socorrista ou equipes intra ou pré hospitalares

Fonte: Técnica terapêutica da Contenção Física / João Fernando Marcolan. – 1. ed. – São Paulo: Roca, 2013.

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

~~Agitação Psicomotora e Crise~~ Psicótica

- ▶ É SEMPRE O ÚLTIMO RECURSO!
- ▶ É inapropriado e ilegal o uso de restrições para a punição, retaliação, intimidação, conveniência da equipe ou substituição do tratamento

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atendimento_pre_hospitalar_saude_mental_nocoos_urgencias.pdf

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Urgências em Atenção Psicossocial

CUIDADOS PÓS CONTENÇÃO

- ▶ **Observação contínua** pela equipe de enfermagem durante o período que for mantido sob contenção mecânica
- ▶ Manter o paciente com a **cabeça elevada**
- ▶ Avaliar a perfusão arterial e o pulso dos quatro membros periodicamente, sinais vitais
- ▶ A expansibilidade da caixa torácica também deve ser verificada

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

Urgências em Atenção Psicossocial

DURAÇÃO E RETIRADA DA CONTENÇÃO

- ▶ O tempo de duração da contenção é algo discutível
 - ▶ não deve ser padronizado
 - ▶ durar o **MENOR** tempo possível
- ▶ Assim que possível, explicar ao paciente que a contenção foi uma mecanismo de **PROTEÇÃO**
- ▶ A retirada deve ser feito na presença de vários membros da equipe e deve ser liberado **um membro por vez**

Oliveira, GC. Crises e urgências em saúde mental: uma abordagem interdisciplinar. Brasília, 2025.

CASOS CLÍNICOS DO SAMU/DF

OBRIGADO!

psiquiatragustavo@gmail.com