

ADMISSÃO DOS PACIENTES EM CRISE PSICÓTICA NA FASE PRODRÔMICA

ADMISSION OF PATIENTS IN PSYCHOTIC CRISIS IN PRODROMAL STAGE

**Leonardo Leão Kahey Fonseca^a, Leandro Martins Costa de Araújo^b,
Emanuele de Freitas Manata Godoy^c, Nadja Cristiane Lappann Botti^d**

^aleokahey@hotmail.com, ^bleandromartins19@gmail.com, ^cemanuelefmg@ymail.com, ^dnadjacalb@terra.com.br
Universidade Federal de São João Del-Rei – Divinópolis (MG), Brasil

Data de recebimento do artigo: 20/12/2016
Data de aceite do artigo: 29/06/2017

■ RESUMO

Introdução: A vivência da crise psicótica é um quadro psicopatológico responsável pela desarticulação de vários aspectos da vida do indivíduo, interferindo em suas funções e papéis. **Objetivo:** Conhecer os contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos na admissão para tratamento na fase prodrômica da crise. **Metodologia:** Estudo de caso qualitativo a partir do referencial de Análise de Conteúdo Temático Categorial de 100 pacientes admitidos com sintomatologia prodrômica para tratamento da crise psicótica no Centro de Atenção Psicossocial de cidade do interior do Brasil. **Resultados:** Encontrados como contextos presentes na vida de pacientes na fase prodrômica da crise psicótica situações de ruptura de vínculos, identidade, tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e abuso de drogas na crise psicótica. **Conclusões:** É importante conhecer os contextos na vida dos pacientes na fase prodrômica da crise psicótica, a fim de favorecer a intervenção precoce, e assim, melhor acesso ao tratamento e prognóstico.

Palavras-chave: Transtornos Psicóticos; Admissão do Paciente; Saúde Mental; Pesquisa Qualitativa.

■ ABSTRACT

Introduction: The experience of the psychotic crisis is a psychopathological condition responsible for the breakup of various aspects of the life of the person, interfering with his functions and roles. **Objective:** Know the contexts present in the lives of psychotic patients on admission for treatment in the prodromal phase of the crisis. **Methodology:** A qualitative case study from the Thematic Content Analysis Categorical of 100 patients admitted with prodromal symptoms for the treatment of psychotic crisis in Psychosocial Care Center of Brazil. **Results:** Found as contexts in the lives of patients in the prodromal phase of psychosis the bonds of disruptions, of identity, of psychiatric treatment and emotional rupture, as well as violence and drug abuse during the psychotic crisis. **Conclusion:** Important to know the contexts in the lives of patients in the prodromal phase of psychosis in order to facilitate early intervention and thus better access to treatment and prognosis.

Keywords: Psychotic Disorders; Patient Admission; Mental Health; Qualitative Research.

Introdução

A crise psicótica resulta de um desequilíbrio psíquico. A pessoa se sente desprotegida de sua defesa mental natural, que tem a função de proteger o indivíduo em situações de conflito e estresse. As situações de desequilíbrio são normais no ciclo da vida humana, podendo ou não resultar em crise, entretanto, quando esta ocorre, pode revelar que a pessoa não está preparada ou não possui estratégias de enfrentamento saudáveis para lidar com determinados acontecimentos da vida¹. A crise pode aparecer após uma situação imprevisível (doença, desemprego ou morte) ou previsível (adolescência, gravidez ou envelhecimento) e deve ser compreendida como forma de adequação e reação pessoal².

No início da crise psicótica, é comum observar mudanças no comportamento que, em geral, caracteriza-se pela percepção de medo, resultando no afastamento social. O medo, desacompanhado de outros sintomas psicóticos, pode ser considerado prodrômico, porém quando aumenta e se vincula a um pensamento fantasioso (delírio) ou uma alucinação, configura-se como sintoma grave da psicose¹.

A psicose é dividida em três fases, sendo a primeira denominada alto risco, ou prodrômica; a segunda como episódio psicótico agudo; e a terceira fase refere-se à recuperação. Um dos motivos para a divisão do curso evolutivo da psicose é a abordagem, pois em cada fase há a necessidade de intervenções específicas e sistematizadas, de acordo com as desordens acarretadas em cada fase³. Uma crise psicótica é antecedida por sinais e sintomas denominados pródromos, que se apresentam como alterações do comportamento, sendo a família fundamental na observação destas alterações, pois numa crise, a perda do equilíbrio sociofuncional é uma das primeiras características que aparecem e alertam para o surgimento de um transtorno mental⁴.

No curso evolutivo da crise psicótica, o pródromo refere-se à fase pré-psicótica, e pode ser identificado nas primeiras alterações do comportamento, que, em geral ocorrem de forma gradual e sutil, podendo às vezes ser despercebida por quem está próximo. Entre os principais pródromos presentes na crise psicótica, estão a diminuição da concentração, atenção e motivação, humor depressivo, alterações do sono, ansiedade, isolamento social, desconfiança, perda de função social e irritabilidade⁵. Os sintomas característicos na fase aguda são: presença de delírios, alucinações e desorganização da fala (sintomas positivos) com ou sem transtornos de humor ou personalidade (sintomas negativos)³.

A fase aguda da crise psicótica afeta muito o paciente, seus familiares e amigos, pois geralmente há risco

paralelo, próprio e/ou para terceiros, e, em detrimento da intensidade dos sintomas, é a fase de maior procura para tratamento⁴. Geralmente, a fase de recuperação ocorre a partir do sexto mês do início do tratamento da fase aguda, e pode se estender por um período de cinco anos após o diagnóstico. Portanto, caracteriza-se como uma fase crucial, quando são definidos os parâmetros de tratamento^{3,4}.

Entende-se a importância da intervenção precoce da crise na fase prodrômica, a fim de evitar o agravamento do quadro e maiores comprometimentos, como as comorbidades psiquiátricas. Assim, a intervenção precoce se torna fundamental, significando melhor acesso ao tratamento e prognóstico³. Nessa fase, o manejo é denominado intervenção prodromal, na qual se identificam as pessoas com sintomas prodrômicos. Inicia-se o tratamento no serviço de saúde mental e avalia-se os fatores que serviram como possíveis catalisadores da crise, a fim de intervir⁵. Reconhecer os pródromos da crise psicótica é um problema comum, visto que podem ser confundidos com outros transtornos psiquiátricos, ou manifestação de ciclos normais da vida. Assim, torna-se fundamental a intervenção precoce para avaliação do caso⁵.

A crise psicótica em função da angústia, que se apodera do paciente e ultrapassa seu limiar de contenção, demanda intervenção urgente do profissional de saúde. Na abordagem, o profissional deve respeitar a subjetividade, unicidade e individualidade do paciente². A crise é o momento de intervenção pela equipe de saúde, de questionar, ao paciente, o que causa a crise e as formas de enfrentar, de forma ativa, as causas dela provenientes. Assim, é na crise que se encontram exteriorizadas as necessidades do paciente em sofrimento, suas demandas e possibilidades.

O profissional de saúde ao desconsiderar as dificuldades em relação à crítica no momento da crise e as consequências decorrentes desse momento de vulnerabilidade, assume uma prática negligente e omissa, acarretando risco à integridade física e mental dos portadores de transtorno mental⁶. As situações de vulnerabilidade social e as dificuldades em assumir algumas lateralidades da vida no momento da crise que legitimam a institucionalização da pessoa com transtorno mental. Essa prática, defendida por pessoas contrárias à reforma psiquiátrica, desconsidera a crise como momento de construção, que deve ser compartilhada com o profissional de saúde, e não privada do sujeito⁷.

No Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é um serviço de saúde oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de transtorno mental grave e persistente que justifique a permanência num serviço de atenção diária. O Ministério da Saúde define

esse serviço como principal estratégia de enfrentamento do modelo assistencial hospitalar tradicional⁸. Estudos sobre critérios de admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado de pacientes atendidos nos Caps mostram que esses serviços admitem pacientes que se enquadram na definição de transtorno mental severo e persistente⁹.

A vivência da crise psicótica é um quadro psicopatológico, responsável pela desarticulação de vários aspectos da vida do indivíduo, interferindo em suas funções e papéis. Portanto, torna-se importante o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à demanda de atenção à crise psicótica, pois, para que a prática da intervenção precoce seja realizada, é necessário ter conhecimento dos contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos. Assim, a partir dessas considerações, este estudo foi realizado objetivando conhecer os contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos na admissão para tratamento na fase prodrômica da crise.

Metodologia

O estudo de caso de abordagem qualitativa consiste em pesquisas nas quais o pesquisador apresenta reduzido controle acerca dos acontecimentos e tem como foco fenômenos contemporâneos, vinculados a algum contexto real. O estudo de caso configura-se como metodologia de investigação que preserva os aspectos complexos e particulares de acontecimentos, contribuindo com o conhecimento de processos organizacionais, administrativos, sociais, individuais e, até mesmo, de fenômenos relacionados. A delimitação do processo a ser investigado constitui, em si, “o caso” e a “unidade de análise”¹⁰. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João Del-Rei, sob parecer nº 610.585.

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial III (Caps III) de Divinópolis, município localizado no Estado de Minas Gerais (Brasil). É um serviço de saúde público que, desde 1997, oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos prontuários do serviço arquivados na própria unidade. Na primeira etapa foram analisados 375 prontuários de atendimento no período de 1997 a 2013 que apresentavam registro na folha de admissão o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) da CID-10. A seleção dos prontuários foi definida por meio de sorteio, e para coleta de dados foi utilizado formulário contendo dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade e

escolaridade) e história psiquiátrica da primeira admissão no Caps (diagnóstico psiquiátrico, história e motivo da admissão). Na segunda etapa, dentre os 375 prontuários analisados, foram identificados os prontuários dos casos de admissão com sintomatologia prodrômica para tratamento da crise psicótica.

Neste estudo as admissões dos pacientes em crise psicótica com sintomas prodrômicos foram consideradas “o caso” e a “unidade de análise” para investigação do estudo de caso¹⁰. O referencial de análise utilizado foi a Análise de Conteúdo Temático Categorical com abordagem qualitativa por permitir que diferentes fatores presentes em uma sentença, sejam eles explícitos ou não, se tornem acessíveis ao pesquisador. Neste aspecto, qualquer texto, frase ou escrita pode ser avaliado¹¹.

Resultados

Na análise dos 375 prontuários em relação às fases da crise psicótica dos pacientes atendidos no serviço verifica-se que a maioria dos pacientes é admitida no serviço com sintomatologia da fase aguda (57,60%) seguido da fase prodrômica (26,67%) e de recuperação (15,73%). No que tange às características sociodemográficas dos pacientes psicóticos admitidos com sintomas prodrômicos para tratamento no Caps, na análise de 100 prontuários, identifica-se que tinham em média 36,91 anos, a maioria era do sexo masculino (56%), solteiro (48%), baixa escolaridade (65% possuíam ≤ 8 anos de estudo) e adultos jovens e maduros entre 20 a 59 anos (82%). Quanto às condições de saúde, observou-se que a maioria não apresenta comorbidade psiquiátrica (87%). Em relação ao diagnóstico psiquiátrico da CID 10 referente às categorias Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), identificou-se que 56% apresentam Esquizofrenia (F20), e 34% apresentam Psicose não-orgânica não especificada (F29).

Dentre os 375 prontuários do Caps sorteados para análise, foram identificados 100 prontuários referentes a casos de admissão de pacientes psicóticos com sintomatologia prodrômica. No registro da história psiquiátrica da primeira admissão no Caps para tratamento, foram encontrados os seguintes temas em relação aos contextos presentes na vida dos pacientes na fase prodrômica da crise psicótica: situações de ruptura de vínculos, ruptura de identidade, ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de drogas na crise psicótica além de ruptura do tratamento psiquiátrico.

No contexto de ruptura de vínculos na crise psicótica foram identificadas situações de perda, como falecimento de familiares, rompimento amoroso ou separação conjugal (Quadro 1). Quanto a ruptura de identidade, foram

identificadas adolescência e maternidade (Quadro 2). Já para ruptura emocional na crise psicótica foram identificadas situações de conflito familiar ou conjugal e preocupação ou estresse (Quadro 3). Na crise psicótica foi

encontrado contexto de violências (Quadro 4) e abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas (Quadro 5), além de interrupção do tratamento psiquiátrico ou uso inadequado de medicação (Quadro 6).

Quadro 1: Tema de análise referente a situações de ruptura de vínculos.

Registro do prontuário

Paciente anda pela rua, ataca as pessoas e não se alimenta. Após a morte dos pais desencadeou o surto (Homem, 41 anos, ensino fundamental incompleto, solteiro, F20) (Prontuário 27).

Paciente desorientada, crítica prejudicada e humor deprimido. Paciente relata briga com marido após descobrir que ela tinha saído com vizinho escondido e foi o início dos sintomas. Paciente relata sentir-se culpada e que agora tem que pagar pelo marido ter descoberto (Mulher, 40 anos, ensino fundamental incompleto, casada, F29) (Prontuário 32).

Paciente não se alimenta e não toma banho, apresenta negativismo, isolamento, não fala com ninguém, recusa-se a falar. Nunca fez tratamento psiquiátrico. Relata uso de maconha. Rompeu um namoro e perdeu o emprego, desde então se isolou e se afastou da família (Homem, 34 anos, 8ª série, solteiro, F20) (Prontuário 13).

Quadro 2: Tema de análise referente a situações de ruptura de identidade.

Registro do prontuário

Paciente estava querendo fugir, sem fome, com muito medo das coisas e das pessoas, cismada e com ideação suicida. Ficou muito tempo sem essas crises, tem crises quando não toma os medicamentos e fica muito preocupada. As crises começaram quando tinha 14 anos, na época estava muito preocupada com os estudos (Mulher, 42 anos, ensino médio completo, solteira, F20) (Prontuário 30).

Paciente apática, sem tomar banho, sem ânimo para nada, não aceita participar das oficinas e nem faz contato social. Fazia tratamento e quando parou voltou a ficar só deitada. As crises começaram quando entrou na adolescência (Mulher, 35 anos, escolaridade não informada, solteira, F20) (Prontuário 39).

Paciente falante, confusa, agitada, logorreica, passou a noite abrindo as torneiras da casa e colocando fogo em objetos, apresenta insônia. Paciente vivia normalmente, com mania de limpeza. Teve um filho de parto normal, após isso os sintomas pioraram, marido conta que levaram a esposa ao benzedor (Mulher, 41 anos, ensino básico incompleto, casada, F29) (Prontuário 15).

Quadro 3: Tema de análise referente a situações de ruptura emocional.

Registro do prontuário

Paciente após briga em casa ficou muito nervoso, agitado e andando de um lado para o outro. Apresenta risos imotivados. Mãe relata que seu filho sempre teve problemas de relacionamentos com outras pessoas, tentou agredir o pai e depois foi piorando, passou a ficar mais sozinho, deitado e muito agressivo (Homem, 34 anos, ensino básico completo, solteiro, F20) (Prontuário 20).

Paciente com uso abusivo de etílicos, mudanças repentinas de comportamento, choro fácil, histriônico, culpando os outros pelos problemas e tentativa de autoextermínio. Chegou alcoolizado. Irmãos informaram que sempre foi hostil com a esposa e os filhos. A esposa o deixou aproximadamente um ano depois que descobriu a traição, sendo que o divórcio saiu cerca após o paciente começar a beber em maior quantidade e frequência (Homem, 54 anos, escolaridade não informada, religião não informada, divorciado, F29 + F10) (Prontuário 37).

Paciente relata ter medo de tudo. Tentativa de autoextermínio, muita depressão e relata que não aguenta mais viver, entrou no rio, mas não afogou, se arrependeu porque pensou na sua família. Os sintomas começaram depois que foi demitida da fábrica que trabalhava por não conseguir fazer o serviço direito (Mulher, 49 anos, ensino básico incompleto, solteira, F20) (Prontuário 29).

Quadro 4: Tema de análise referente a situações de violências.

Registro do prontuário

Paciente estava preso, saiu desorientado, confuso, com insônia, heteroagressivo, e agrediu membros da família. As crises começaram há nove anos quando foi preso por roubo, até hoje responde por esse processo (Homem, 58 anos, ensino fundamental incompleto, casado, F20) (Prontuário 31).

Paciente relata que tudo começou depois que o filho foi preso, começou com humor rebaixado e conversando sozinho. Tem um filho preso acusado de homicídio, ela não aceita esse fato, diz que ele é inocente e que isso que tem arruinado sua cabeça (Mulher, 60 anos, ensino fundamental, casada, F29) (Prontuário 34).

Paciente ansioso, história de crises convulsivas, cefaleia, falta de apetite e espasmos musculares. Foi abusado sexualmente quando criança, e as crises começaram quando começou a contar o que aconteceu aos 17 anos (Homem, 38 anos, ensino médio incompleto, católico, casado, F29) (Prontuário 52).

Quadro 5: Tema de análise referente a situações de abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas.

Registro do prontuário

Paciente apresentando períodos de agressividade, tremores, tentando se matar com faca e pulando na frente dos carros. Acredita que seu problema é espiritual. Paciente relata que a primeira vez que fumou maconha foi em companhia de um colega da capoeira, que não sentiu nada na hora, mas depois desmaiou e desde então sente tremores, parece que algo fica fazendo-a falar que vai se matar, fica nervosa e não deixa ninguém encostar (Mulher, 32 anos, ensino fundamental incompleto, solteira, F29) (Prontuário 5).

Paciente pula muro, tira a roupa e gritando muito. Teve muita mudança na personalidade que determina limitações em vários aspectos de sua vida. Pai relata que filho bebe muito e todos os dias (Homem, 44 anos, ensino fundamental incompleto, solteiro, F20 + F19) (Prontuário 7).

Paciente apresenta-se com insônia, agitação psicomotora, heteroagressivo e com confusão mental. Faz uso abusivo de pinga, conhaque e cigarro, ficou abstinente por 3 dias. História de uso abusivo de etílicos desde os 18 anos (Homem, 44 anos, ensino fundamental incompleto, solteiro, F20 + F19) (Prontuário 46).

Quadro 6: Tema de análise referente a situações de ruptura do tratamento psiquiátrico.

Registro do prontuário

Paciente sem crítica, hostil, afeto inadequado. Estava em tratamento no Caps de Pará de Minas, mas está resistente a medicação. Sua primeira crise foi com 19 anos, na época trabalhava e passou a ter grandes prejuízos cognitivos (Mulher, 58 anos, ensino básico, solteira, F20) (Prontuário 1).

Relata crise nervosa, medo e não conseguir dormir. Fazia tratamento psiquiátrico que foi interrompido por conta própria (Mulher, 59 anos, ensino fundamental incompleto, casada, F29) (Prontuário 41).

Discussão

O curso evolutivo da psicose apresenta três fases distintas no tocante à sintomatologia, abordagem profissional e intervenção terapêutica³. Neste estudo, verifica-se maior presença de pacientes psicóticos com sintomatologia aguda durante a admissão para tratamento no Caps (57,60%). A sintomatologia desta fase se caracteriza principalmente pela desorganização da fala, interpretações falsas da realidade, ideias delirantes e alucinações, portanto, os sintomas são mais invasivos e intensos, tornando-se, assim, o principal motivador para maior procura de tratamento psiquiátrico⁴. Entretanto, observa-se que um terço dos pacientes admitidos encontravam-se na fase prodrômica, com sintomatologia não tão invasiva e caracterizada por alterações como insônia, stress, apatia e isolamento social, que ocorrem de forma gradual e sutil³. Em menor proporção verificam-se pacientes psicóticos admitidos na fase de recuperação (15,73%), caracterizada pela remissão dos sintomas agudos⁴.

Não há controvérsia sobre a importância da intervenção na fase prodrômica a fim de reduzir o impacto negativo da psicose na vida dos pacientes e familiares, sendo a intervenção precoce fundamental para melhor acesso ao tratamento e prognóstico com a estagnação do quadro, evitando estágios mais avançados da psicose³. Nesse aspecto, a família dos pacientes psicóticos é importante elo para o tratamento e recuperação, sendo assim fundamental o engajamento dos profissionais da saúde acerca da compreensão dos sentimentos dos familiares e do incentivo destes no tratamento¹². Portanto, ressalta-se a importância de o enfermeiro buscar parceria com os

familiares para a intervenção prodrômica, a fim de realizar a identificação dos pacientes e dos possíveis catalisadores da crise, com o objetivo de intervir preventivamente.

Com a reforma psiquiátrica, o Caps é responsável pelo acolhimento das urgências psiquiátricas e estabilização do quadro de forma menos invasiva e sem longas internações, em que os pacientes são acompanhados por uma equipe multidisciplinar até a remissão da sintomatologia da fase aguda da psicose, sendo, posteriormente, encaminhados para as equipes de saúde mental das unidades básicas de saúde. Como também observado neste estudo, no que tange aos critérios utilizados na admissão, os profissionais privilegiam os pacientes psicóticos graves que apresentam alterações na linguagem, afeto, pensamento e senso-percepção^{9,13}.

Conhecer o perfil sócio demográfico de pacientes com diagnóstico de transtorno psicótico torna-se fundamental para definir planejamentos e ações a fim de possibilitar tratamento mais efetivo e auxiliar na construção da política pública¹⁴. Nesse sentido, verifica-se que os pacientes psicóticos admitidos com sintomas prodrômicos para tratamento no Caps apresentam idade média de 36,91 anos. Entende-se que os adultos são mais acometidos, pois a idade da maturidade se caracteriza por ser um período mais susceptível ao desenvolvimento de alguma patologia mental, principalmente o transtorno psicótico e o uso abusivo de álcool e outras drogas¹⁵. De forma geral, entre os homens, o transtorno psicótico se desenvolve de forma mais agressiva, justificando maior procura ao tratamento¹⁴, fato que pode ter contribuído para maior frequência dos homens com sintomatologia prodrômica na admissão para tratamento no Caps. Também se observa que

pacientes psicóticos casados são menos frequentes quando comparados com solteiros, separados ou viúvos. Nesse aspecto, sugere-se que a estabilidade conjugal, pertencimento a um microgrupo e paternidade podem ser razões para quais os casados são menos acometidos por desordens mentais¹⁵. A literatura aponta que no Brasil, dentre os transtornos psicóticos, o diagnóstico mais frequente para tratamento é de esquizofrenia¹⁵. Como também observado neste estudo, no que tange ao diagnóstico, a maioria das admissões para tratamento foi de esquizofrenia (F20) entre os pacientes psicóticos com sintomatologia prodrômica.

Em relação aos contextos encontrados na fase prodrômica da crise de pacientes psicóticos admitidos no Caps, verificam-se na história e motivo da admissão situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de drogas na crise psicótica.

Na ruptura de vínculos, foram identificadas situações de perda, como falecimento de familiares, rompimento amoroso ou separação conjugal. Estudo sobre a problemática entre trauma e transtornos psiquiátricos evidencia que metade dos pacientes sofreu algum trauma, como a morte dos pais e perdas de vínculos familiares, sendo que privações parentais, abandonos, morte dos pais ou separação são os fatores relacionados com o início da ocorrência dos transtornos mentais¹⁶, como também observado na história e motivo da admissão registrada no Prontuário 27. Sabe-se que o rompimento amoroso se configura importante tensionador, principalmente em pessoas com transtorno psicótico e em caso de fragilidade da defesa psíquica – fato que pode ser compreendido uma vez que o relacionamento amoroso é permeado por experiências intensas e sentimentos de pertença, interdependência e proximidade, e, deste modo, para determinadas pessoas, seu rompimento pode ser mais traumático por configurar-se uma ruptura biográfica e assim acionando mecanismos patológicos de defesa que deterioram a autoestima, geram crise e estados depressivos¹⁷. Neste estudo, tais eventos estressantes, como encontrado nas histórias de mulheres e homens na fase prodrômica, podem ter aumentado a possibilidade do desenvolvimento da crise psicótica (Prontuário 32 e 13).

O período da adolescência, caracterizado por mudanças físicas, mentais, hormonais e comportamentais, é considerado de risco para o desencadeamento de transtornos psíquicos, principalmente a psicose. Por outro lado, a crise psicótica, quando vivenciada na adolescência, apresenta dificultadores no que diz respeito do diagnóstico, pois várias das alterações fisiológicas e comportamentais próprias da adolescência confundem-se com a sintomatologia da fase prodrômica¹. Encontra-se, no contexto de ruptura de identidade, a presença da

adolescência no desencadeamento da crise psicótica (Prontuário 3 e 39), ainda nesse contexto, verifica-se a presença da gravidez (Prontuário 15). Considerado também um período marcante na vida da mulher, em que acontecem além das alterações no corpo, modificações na personalidade e identidade devidas, principalmente a mudanças no papel e função social da mulher, provocando, portanto, necessidade de adaptação física, psíquica e pessoal, que em última instância aumenta a possibilidade de desencadeamento de uma crise¹⁸.

Existem fatores que potencializam uma eventual crise, entre eles encontram-se os conflitos familiares e/ou conjugais como importantes tensionadores. Neste estudo, no contexto de ruptura emocional foram identificadas situações de conflito familiar ou conjugal (Prontuário 20 e 37) e preocupação ou estresse (Prontuário 29). Evidencia-se que os conflitos conjugais conduzem a uma tensão na dinâmica familiar e fragilização dos laços familiares, que será absorvida e elaborada de acordo com a estrutura mental de cada pessoa, sendo na família alguns mais adaptativos do que outros. A fragilização dos laços familiares desencadeia mais conflito gerando sentimentos de incerteza, inseguranças, angústias e ressentimentos e, portanto, potencializando efeitos psicológicos negativos, que, por sua vez, aumentam a possibilidade do desencadeamento de algum transtorno mental¹⁶. A literatura também mostra que problemas de comunicação, falta de suporte e apoio familiar e situações de negligência e violência doméstica deixam o ambiente familiar favorável à dependência química e ao aparecimento de outros transtornos mentais¹⁹.

Sabe-se que o trabalho tem valor significativo para os indivíduos, sendo importante dispositivo de sociabilidade e construção de identidade. Neste sentido, a preocupação com perda de emprego, aposentadorias ou afastamentos configuram-se numa descontinuidade biográfica, gerando perdas referenciais de significação da vida para algumas pessoas, potencializando uma crise²⁰, como também observado na história e motivo da admissão registrado no Prontuário 29.

Neste estudo, foram encontrados contexto das violências na crise psicótica (Prontuário 31, 34 e 52). A literatura mostra que são múltiplas as consequências geradas em uma pessoa após uma violência, entre elas encontram-se o surgimento de sintomas psicóticos, o uso abusivo de álcool e outras drogas, comportamento autodestrutivo e heterodestrutivo. Sabe-se que a violência doméstica, maus tratos e espancamentos, em geral são acompanhados de agressões psicológicas, sendo os efeitos psicológicos que causam, em longo prazo, maior impacto na vida das pessoas. São os efeitos psicológicos da experiência de violência que produzem diminuição da autoestima, expondo e elevando ao risco de desenvolvimento de patologia mental²¹.

Na fase prodrômica da crise psicótica, foi encontrado o contexto de abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas. O uso abusivo de álcool e outras drogas têm relevância no curso evolutivo da psicose, sendo fator desencadeante importante da crise, por apresentar estreita relação com a desestabilização do funcionamento psíquico.

Outro fato preocupante é que o uso de drogas, além de ser estopim para uma crise, também pode mascarar os sintomas da fase prodrômica da psicose²². O consumo de drogas por pessoas com diagnóstico de psicose pode desencadear – ou até potencializar – atos violentos, tanto contra si quanto contra terceiros, como familiares ou amigos²¹, como também observado na história e motivo da admissão registrado no Prontuário 5, 7 e 46.

Ressalta-se ainda que o consumo de drogas lícitas e ilícitas, além de ser advento para transtornos psicóticos, também produz várias implicações, como preocupações emocionais, tensões e conflitos no círculo familiar, problemas financeiros, susceptibilidade a complicações clínicas, problemas comportamentais e de relacionamento, ansiedade, problemas de comunicação familiar, isolamento social¹⁹.

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 proposta¹³. Estudo aponta que, em um Caps do sul do país, metade dos usuários não aderiu ao tratamento medicamentoso²³. Portanto, a questão do envolvimento terapêutico do usuário em saúde mental consiste em uma problemática que envolve serviços, profissionais de saúde, familiares e pacientes. Neste estudo, no contexto da ruptura do tratamento psiquiátrico foram identificadas situações interrupção do tratamento psiquiátrico ou uso inadequado de medicação (Prontuário 1, 30 e 41). A ruptura do tratamento psiquiátrico e o uso inadequado da medicação são causas importantes para prever o início de uma crise. Entre os principais entraves apontados pela literatura para os profissionais na questão do tratamento de pacientes com transtornos psicóticos, está o abandono do tratamento farmacológico, em que se verifica taxas de abandono de 30% a 60%, e fatores sociais, que interferem na aderência medicamentosa. Essa situação é endêmica no Brasil, e a taxa de abandono poderia ser utilizada como indicador de qualidade dos serviços de saúde mental²⁴. Nos atuais moldes de tratamento dos transtornos psicóticos, reconhece-se a família como elo importante entre os serviços de saúde e os pacientes, ocasionando adesão ao tratamento. De forma geral, os familiares relatam dificuldades em aceitar e acolher esses pacientes, dificultando ainda mais a adesão farmacológica deles, além das dificuldades em convencer os pacientes a darem continuidade no tratamento farmacológico, principalmente quando os

sintomas psicóticos diminuem gradativamente com o tratamento, e a própria remissão dos sintomas agudos provoca o uso inadequado da medicação¹⁶. Dessa forma, os profissionais da saúde mental têm papel fundamental na sensibilização dos pacientes e seus familiares quanto à adesão ao tratamento farmacológico, a fim de prevenir uma eventual crise.

Considerações finais

A psicose é um transtorno mental severo e persistente, que acomete milhões de pessoas pelo mundo, trazendo impactos permanentes para os indivíduos e familiares. Esse acometimento é marcado pela diferenciação de sintomatologias entre as fases prodrômica, aguda e de recuperação.

As rupturas do cotidiano de um paciente psicótico são os principais motivadores para o advento da crise, agravando gradualmente a sintomatologia, até chegar a um estágio em que uma intervenção em serviço de urgência psiquiátrica seja necessária. Nesse cenário vivido pelo paciente psicótico, a intervenção precoce se mostra como a principal aliada para o não avanço e generalização dessas perdas e rupturas vivenciadas por esses pacientes. Para que a prática da intervenção precoce seja realizada, é importante e necessário ter o conhecimento dos contextos presentes na vida dos pacientes psicóticos localizados na fase prodrômica. Esses contextos referem-se às situações de ruptura de vínculos, de identidade, de tratamento psiquiátrico e ruptura emocional, como também situações de violência e de abuso de drogas na crise psicótica.

Ressalta-se que o conhecimento acerca desses contextos é importante tanto para o enfermeiro no cuidado especializado de saúde mental como na atenção básica, visto que a intervenção precoce é realizada por diferentes serviços da urgência psiquiátrica. Na atenção primária, o enfermeiro pode ser o principal ator desta intervenção, pois é, em geral, o responsável pelo acolhimento e capacitação dos agentes comunitários. Nesse aspecto, torna-se fundamental a existência de uma rede territorializada, em que existam equipes multidisciplinares preparadas para lidar com a fase pré-aguda e com o manejo das rupturas de vínculos, conflitos, perdas de laços, situações de violência e outros conflitos que possam servir para desencadear uma possível crise.

Referências

1. Carvalho NR, Costa II. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psic. Clín.* 2008;20(1):153-64.

2. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev. Psicol. UNESP*. 2007;6(1):31-44.
3. McGorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2008;7(3):148-56.
4. Costa II. Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa. Brasília, DF: Kako; 2010.
5. Yung AR. Identification and treatment of the prodromal phase of psychotic disorders: perspectives from the PACE Clinic. *Early Interv. Psychiatry*. 2007;1(3):224-35.
6. Felício JL, Pessini L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Rev. bioét (Impr.)*. 2009;17(2):203-20.
7. Carvalho IS, Costa II, Bucher-Maluschke JSNF. Psicose e Sociedade: Interseções necessárias à compreensão da crise. *Rev. Mal-estar Subj*. 2007;7(1):163-89.
8. Souza AC, Guljor APF, Silva JLL. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. *Av. enferm*. 2014;32(2):292-98.
9. Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA, Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro (RJ). *Rev. Saúde Públ*. 2009;43(1):23-8.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
11. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*. 2008;16(4):569-76.
12. Tanskanen S, Morant N, Hinton M, Lloyd-Evans B, Crosby M, Killaspy H, et al. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):157.
13. Castro SA, Furegato ARE, Santos JLF. Características socio-demográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(4):800-8.
14. Ballarin MLGS, Miranda IMS, Carvalho CM. Centro de atenção psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Rev. Ciênc. Méd. (Campinas)*. 2011;20(3/4):59-67.
15. Mangualde AAS, Botelho CC, Soares MR, Costa JF, Junqueira ACM, Vidal CEL. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*. 2013;10(19):235-48.
16. Zanetti ACG, Galera SAF. O impacto da esquizofrenia para a família. *Rev. Gaúch. Enferm*. 2007;28(3):385-92.
17. Guedes DD, Monteiro-Leitner J, Machado KCR. Rompimento amoroso, depressão e autoestima: estudo de caso. *Rev. Mal-estar Subj*. 2008;8(3):603-43.
18. Vieira BD, Parizotto APAV. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc Ciênc. ACBS*. 2013;4(1):79-90.
19. Nascimento LTR, Souza J, Gaino LV. Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado. *Texto & Contexto Enferm*. 2015;24(3):834-41.
20. Ribeiro MA. Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica. *Cad. Psicol. Soc. Trab*. 2007;10(1):75-91.
21. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2003;25(supl. 1):9-21.
22. Lima CH. Investigação psicanalítica dos determinantes psíquicos do consumo abusivo de substâncias psicoativas. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*. 2014;17(1):39-50.
23. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2005;27(3):270-77.
24. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005;27(2):113-18.

Como citar este artigo:

Fonseca LLK, Araújo LMC, Godoy EFM, Botti NCL. Admissão dos pacientes em crise psicótica na fase prodrômica. *Rev. Aten. Saúde*. 2017;15(52):21-28.