

## ***Reflexões sobre a intervenção em crise***

Paulo Vicente Bloise<sup>1</sup>

### ***Intervenção em crise: breve histórico***

Dentre as diversas formas de se estudar a evolução das intervenções, escolhemos três momentos que nos pareceram importantes: o militarista, os trabalhos de LINDEMANN<sup>14</sup> e os estudos de CAPLAN<sup>7</sup>.

Um das intervenções breves mais antigas em psiquiatria, visando prevenção de hospitalização e incapacidade crônica, ocorreu com a atuação de psiquiatras russos próximo a linha de fogo na guerra Russo-Japonesa (1904-1905). A experiência de psiquiatras próximos ao fronte, foi repetida na 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> Guerra Mundial<sup>1</sup>.

Nos anos 40, houve a importante contribuição de Lindemann que estudou as vítimas de um incêndio. Desde então, inúmeras publicações se ocupam com as reações agudas ao estresse e suas formas de tratamento.

CAPLAN<sup>7</sup> destaca-se entre outros autores pelo seu modelo de compreensão e intervenção em crise. Seu trabalho agrega aspectos da psicologia do ego dando destaque aos aspectos sociais e familiares. Descreveu a “homeostase emocional” que quando rompida, levaria o indivíduo à crise.

### ***Objetivos da intervenção em crise***

Desde os primórdios da intervenção à crise, já se visava minimizar as sequelas no paciente, diminuir o tempo e o custo do tratamento. A criação de vários centros de intervenção em crise na Europa, relacionou-se a ineficiência dos serviços psiquiátricos e a seus altos custos (Cooper citado por CUSTÓDIO, 1994)<sup>8</sup>.

Sabemos que nos anos 60 e 70, o movimento da anti-psiquiatria foi muito influente. Neste período, criou-se vários serviços de intervenção em crise, com objetivo de abolir as hospitalizações psiquiátricas

(Vergouwen, 1990 citado por CUSTÓDIO, 1994)<sup>8</sup>. Pode-se perguntar: “O que aconteceu com os pacientes que eram normalmente internados e que as vezes passavam a vida nesta situação?”.

O interesse por não institucionalizar começou em 1950, mas só se tornou uma política administrativa específica no final dos anos 60 e início dos 70<sup>5</sup>. Como resultado, houve uma redistribuição dos doentes crônicos, das instituições para a comunidade<sup>6</sup>. Desde então, o esvaziamento de hospitais se tornou sinônimo da não institucionalização e graças ao descobrimento dos neuroléticos, tornou-se mais fácil o tratamento dos pacientes que residiam em suas casas<sup>7</sup>. No entanto, esta visão mostrou-se simplista, já que não incluiu um segundo elemento do processo definido por Bertram Brown e Leona Bachrach (citado por GEORGE VOINESKOS)<sup>11</sup>: a expansão e provisão de tratamentos comunitários e serviços de suporte para os doentes mentais.

Alguns artigos no início dos anos 80 se referiram a um novo tipo de paciente crônico jovem, que vivia na comunidade. Seria a primeira geração de pacientes psiquiatras crônicos que já teria crescido e adoecido na era da não institucionalização<sup>2</sup>.

Como consequência da diminuição de internações de longo prazo, BASSUK<sup>4</sup> conclui que aumentou a procura aos serviços de emergência e que estes assumiram mais responsabilidades no tratamento dos pacientes crônicos. Os serviços de emergência deixaram de ser meros triadores, e passaram a assumir outras funções, como: seguir o paciente por curtos períodos de tempo, passar informações para outros centros e discutir o manejo e planejamento dos doentes difíceis<sup>9</sup>.

### **Até onde se pretende chegar com um trabalho em crise?**

A teoria da crise se originou estudando-se a relação de indivíduos sadios perturbados pelas ameaças

(1) Psiquiatra, Analista Junguiano e Coordenador do Ambulatório de Crise da Universidade Federal de São Paulo - EPM.

da vida. A sua aplicação, no entanto, se estendeu para pacientes psicóticos, onde se mostrou necessário oferecer-se procedimentos um pouco diversos<sup>19</sup>. Além de pacientes psicóticos, mostrou-se útil identificar grupos específicos de pacientes que teriam necessidades especiais de avaliação e tratamento. Entre eles, estariam adolescentes, idosos, vítimas de estupro e violência, os jovens crônicos e aidéticos<sup>10</sup>. LAMB<sup>13</sup> postula a importância de se trabalhar intensivamente com os pacientes jovens, pois neste momento o indivíduo ainda têm objetivos na vida, não regridem muito com a doença e encontram-se motivados para efetuar mudanças.

## A intervenção

Segundo MARMOR<sup>15</sup>, a intervenção se situaria entre dois pólos: o atendimento de emergência psiquiátrica, que procuraria dar alívio imediato e a psicoterapia breve, que visaria modificar a habilidade do paciente lidar com o estresse.

De uma forma geral, os métodos de intervenção dividem algumas características em comum<sup>19</sup>: oferecer a ajuda rapidamente, em um tempo limitado, lidando-se mais ao aqui e agora. Paciente com quadros severos, necessitam geralmente de uma equipe, de tratamento medicamentoso e terapia familiar.

## A crise

Adotando-se uma visão clínica<sup>6</sup>, entendemos crise como um momento de ruptura, um corte, ou uma mudança de trajetória à um equilíbrio preestabelecido, ocasionando uma desarticulação psicossocial do indivíduo. Olhamos a crise como um diagnóstico situacional; que pode ocorrer em um indivíduo neurótico, psicótico ou não. A crise é algo móvel, sem contornos fixos, que se “alastra” para a família, ambiente de trabalho, o meio social, e os profissionais que o atendem, incluindo a instituição. É importante a equipe se deixar afetar e envolver, tornando-se um novo referencial na situação crítica.

## Custo-benefício

Um assunto que tem despertado muita polêmica na literatura nos últimos anos é o custo e eficácia das

intervenções em crise e sua comparação com as intervenções psiquiátricas. Em linhas gerais, a corrente que defende as alternativas à hospitalização apresenta os seguintes argumentos: há uma economia em se manter o paciente na comunidade<sup>5,17</sup>; caso haja uma internação para os pacientes tratados na comunidade, esta será mais curta e muito menos freqüente<sup>18</sup>; os pacientes se sentem mais satisfeitos não hospitalizados e há uma melhora clínica mais evidente neste grupo<sup>16</sup>.

Quanto as críticas a estas idéias, cito: em muitos estudos comparativos, o grupo de pacientes não internados tinha inicialmente menos sintomas que o grupo internado<sup>20</sup>; alguns estudos mostraram que os custos dos tratamentos experimentais eram mais altos que os convencionais<sup>20</sup>; mesmo em trabalhos que provam haver economia com a não hospitalização, esquece-se os gastos administrativos e judiciais, o tempo gasto pelos familiares e atendimentos extras<sup>21</sup>.

Para a equipe do ambulatório, parecia-nos que atender um indivíduo por dois ou três meses seria mais econômico que uma internação, uma estadia em hospital dia ou uma psicoterapia de longa duração. Por outro lado, se em uma internação um psiquiatra pode cuidar de 20, 30 pacientes, em nosso ambulatório há, para cada caso, um psiquiatra, um terapeuta ocupacional e terapeuta familiar, que oferecem até cinco horas de atendimentos semanais e recebem três horas de supervisões (para dois ou três casos).

Um outro aspecto, além do econômico, é a qualidade do serviço oferecido aos pacientes. Mesmo conhecendo-se a dificuldade para se avaliar esta qualidade, consideramos que com a precariedade de nossa rede de saúde pública, uma simples escuta com interesse real pelo paciente e uma certa disponibilidade de tempo, já seriam mais eficazes que serviços onde profissionais desmotivados e sobrecarregados prescrevem visando somente combater os sintomas.

## Hospital geral

No incio da instalação do serviço de psiquiatria junto às outras especialidades no pronto socorro, houve uma grande dificuldade para sermos aceitos entre os médicos, enfermagem e serviço social. Até hoje é comum recebermos encaminhamento de pacientes que choram na sala de emergência dando-nos a impressão que para alguns colegas os sentimentos, mesmo normais, devem ser tratados pela psiquiatria. Dentre as vantagens em funcionarmos dentro de um hospital geral, citamos os

acompanhamentos concomitantes com a clínica médica e a maior facilidade diagnóstica de certos casos.

### *Sugestões para os atendimentos*

- Construir um centro de crises: integrar sob uma mesma coordenação os serviços de interconsultas, hospital dia, ambulatório de crise e enfermaria para internações curtas. Desta forma o paciente poderia receber a ajuda adequada sem sentir-se abordado por visões diferentes e truncadas;
- Estudar e diferenciar-se os grupos de pacientes a fim de se oferecer ajuda específica e
- Formar um *staff* apropriado para o trabalho em situações de crise. Destacaríamos a enfermagem e assistentes sociais, que nos países de primeiro mundo exercem um papel fundamental nestes atendimentos.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. AGUILERA, D.C. *Crisis intervention: theory and methodology*. St. Louis : Mosby, 1994. p.1-12.
2. BACHRACH, L.L. Young adult chronic patients: an analytical review of the literature. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.53, p.189-197, 1981.
3. BARTOLUCCI, G., DRAYER, C.S. An overview of crisis intervention in the emergency rooms of general hospitals. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.130-9, p.953-960, 1973.
4. BASSUK, E.L. The impact of deinstitutionalization on the general hospital psychiatric emergency ward. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.31, p.623-627, 1980.
5. BENGELSDORF, H., CHURCH, J.O., KAYE, R.A., ORLOWSKI, B., ALDEN, D.C. The cost effectiveness of crisis intervention. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Baltimore, v.181, n.12, p.757-762, 1993.
6. BLOISE, P.V. Crise e multidisciplinaridade. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.26, n.1/2, p.23-27, 1993. (Errata: *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.27, n.1, p.28, 1994).
7. CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Petrópolis : Zahar, 1980. p.40-69.
8. CUSTÓDIO, O., JORGE, M.R. Crise e intervenção em crise: considerações básicas. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.27, n.2, p.7-12, 1994.
9. ELLISON, J., WARFF, E.A. More than a gateway: the role of the emergency psychiatry service in the community mental health network. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.36, p.180-185, 1985.
10. \_\_\_\_\_, HUGES, D.H., WHITE, K.A. An emergency psychiatry update. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.40, n.3, p.250-254, 1989.
11. GEORGE VOINESKOS, M.D. New chronic patients in the emergency service. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, Ottawa, v.10, n.2, p.95-100, 1985.
12. GOLDMAN, H.H., ADAMS, N.H., TAUBE, C.A. Deinstitutionalization: the data demythologized. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.34, p.129-134, 1981.
13. LAMB, H.R. Young adult chronic patients: the new drifters. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.33, n.6, p.465-468, 1982.
14. LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.101, p.141-148, 1944.
15. MARMOR, J. Short-term dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.136, n.2, p.149-155, 1979.
16. MERSON, S., TYRER, P., ONYETT, S., LACK, S., BIRKETT, P., LYNCH, S., JOHNSON, T. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet*, London, v.339, p.1311-1314, 1992.
17. MOSHER, L.R. Alternatives to psychiatric hospitalization. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v.309, p.1579-1580, 1983.
18. MUIJEN, M., MARKS, I.M., CONNOLLY, J., AUDINI, B., McNAMEE, G. The daily programme. *British Journal of Psychiatry*, London, v.160, p.379-384, 1992.
19. SZMUKLER, G.I. The place of crisis intervention in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, New South Wales, v.21, p.24-37, 1987.

20. TANTAM, T. Alternatives to psychiatric hospitalization. *British Journal of Psychiatry*, London, v.146, p.1-4, 1985.
21. WEICH, S.R. Cost-benefit of the daily living programme. *British Journal of Psychiatry*, London, v.161, p.715-716, 1992.