

Intervenção em crise: estratégias para o profissional de saúde/médico de família e comunidade no manejo da ansiedade dos usuários do serviço

Jeane Saskya Campos Tavares

Carlos Antonio Assis de Jesus Filho

O Brasil é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2017) como o país com maior número de pessoas ansiosas em todo o mundo (9,3% da população). Com a crise provocada pela pandemia de COVID-19, é esperado o aumento do número de pessoas referindo maiores níveis de ansiedade e agravamento de sintomas de transtornos previamente diagnosticados.

Dentre muitos prejuízos, pessoas com ansiedade elevada podem ter a percepção alterada sobre seu estado de saúde, apresentar sintomas físicos, como dispnéia (falta de ar), e buscar atendimento nas unidades de saúde por suspeita de infecção pela COVID-19, colocando em risco a si mesmas e suas famílias. Com o objetivo de contribuir para que profissionais de saúde possam interagir de forma mais funcional com pessoas ansiosas, apresentamos um breve comentário sobre os principais quadros clínicos, um quadro síntese com as principais características dos quadros clínicos e algumas sugestões para atendimento de usuários em crise.

Qual a diferença entre medo e ansiedade?

A *American Psychology Association* (APA, 2020) define medo como uma emoção básica e intensa despertada pela detecção de **ameaça iminente**, envolvendo uma reação imediata de alarme que mobiliza o organismo desencadeando um conjunto de mudanças fisiológicas, como batimento cardíaco acelerado, redirecionamento do fluxo sanguíneo da periferia para o intestino, tensão dos músculos e uma mobilização geral do organismo para agir. O medo é considerado uma resposta apropriada a curto prazo a uma ameaça presente, claramente identificável. Neste sentido, estando em meio a uma pandemia, o medo é uma reação esperada e apropriada diante da apresentação de sintomas, da constatação de contaminação e da morte.

A ansiedade, por sua vez, é uma resposta orientada para o **futuro** e a **longo prazo** focada em uma **ameaça difusa**. A ansiedade é experimentada em uma situação potencialmente perigosa. É uma herança evolutiva que garantiu a sobrevivência da

humanidade num mundo repleto de predadores no qual tínhamos que nos manter continuamente atentos. Portanto a ansiedade fala da nossa capacidade de antecipar riscos num mundo ameaçador e imprevisível, o que pode nos proteger ou adoecer.

Quando a ansiedade é disfuncional?

De modo geral, a ansiedade se torna disfuncional quando é tão intensa, dura tanto tempo ou causa tanto sofrimento que reduz nossa vida cotidiana (ou grande parte dela) a evitar algo que tememos. Atividades que poderiam ser prazerosas e saudáveis, como descansar, comer, se relacionar com outras pessoas, estudar, trabalhar, se divertir, organizar objetos, cuidar da higiene pessoal, passam a ter a função ou são substituídas por comportamentos que têm como função evitar que algo ruim aconteça conosco ou com outras pessoas.

Diante da COVID-19, usuários e seus acompanhantes podem chegar na unidade em crise associada a quadros agudos ou crônicos de ansiedade (QUADRO 1). Esta ansiedade pode se relacionar, por exemplo, a exposição continuada a notícias sobre a pandemia e previsão de seu próprio adoecimento e morte. Também são potenciais fatores ansiogênicos a necessidade de repetição de rituais de higiene e limpeza, a impossibilidade de distanciamento social, a solidão dos que podem permanecer em casa e a diminuição da renda pessoal e familiar.

Descartada a possibilidade de COVID-19, a intervenção em crise inclui:

Acolher e ouvir atentamente, validar e reafirmar que a ansiedade e o sofrimento são compreensíveis, fazem sentido em meio à pandemia e permitir que a pessoa fale sobre seus medos e angústias (mesmo que por alguns poucos minutos). Isso contribui para que o usuário/acompanhante reorganize os pensamentos e elabore estratégias mais funcionais para lidar com a ansiedade.

Se a(o) profissional estiver ansiosa(o), impaciente, irritada(o) e fisicamente agitada(o), sua expressão corporal pode invalidar essa modalidade de atendimento. Neste caso, se possível, é importante identificar as(os) profissionais mais hábeis para o contato social na ocasião.

Perguntar sobre questões anteriores à crise que podem estar desorganizando a pessoa no presente (atenção para aspectos estruturantes, como raça, classe social, sexualidade/identidade de gênero) e **priorizar o que está interferindo no presente**.

Experiências anteriores de abandono, violência, privação, negligência tornam as pessoas mais vulneráveis em situações de crise. Em muitos casos, sentir-se cuidado e ter o esclarecimento de dúvidas simples por um profissional de saúde, principalmente pelo médico, podem ser suficientes para diminuir os sintomas de ansiedade.

Orientar com foco no futuro imediato sobre as melhores formas do usuário/acompanhante lidar com os sintomas até o fim do isolamento. Essas orientações dizem respeito a questões simples, como, por exemplo, diferenciar o cansaço gerado por noite sem dormir daquele provocado pela infecção, ou indicar uma menor exposição às notícias sobre a pandemia, orientação sobre sono, ou onde conseguir alimento/água e em quais situações deve voltar à unidade.

Segundo o modelo cognitivo, o ponto principal para a experiência subjetiva de ansiedade não é o evento em si, mas o significado ameaçador ou perigoso ao evento que a pessoa atribui a este evento. Portanto a ansiedade pode ser reduzida tanto por meio da diminuição da percepção do perigo quanto pelo aumento da confiança na capacidade de lidar com as ameaças. Podemos conseguir esta redução ofertando informações e apoio efetivo à população.

Identificar e valorizar a capacidade prévia de autocuidado e resolução de problemas. Se durante o atendimento o usuário/acompanhante relatar alguma situação anterior em que teve sucesso em resolução de problemas ou se você identificar habilidade e competência para tal: **reconheça e valorize**. A base da ansiedade é a compreensão do mundo como ameaçador. Lembrar de que já superou situações difíceis e desconhecidas contribui para o aumento da sensação de controle e segurança.

Sugestões para não ficar ansiosa(o) ou com raiva durante o atendimento

Profissionais de saúde sob pressão podem **sentir raiva e/ou também desenvolver ansiedade** ao atenderem pessoas ansiosas. Podem interpretar como “perda de tempo” ou podem começar a se sentir tão ou mais ameaçados quanto os usuários/acompanhantes em crise. Importante reconhecer limites.

Investir na **comunicação e distribuição de responsabilidades** no atendimento aos usuários/acompanhantes ansiosos. Se possível, que estas responsabilidades sejam

previamente definidas e **alternadas** na equipe, respeitando não apenas as habilidades sociais individuais, mas também as limitações de cada integrante. A sobrecarga e as más condições de trabalho, o medo da contaminação e de falhar contribuem para gerar ansiedade nos profissionais de saúde.

O foco da intervenção em crise é a **reorganização imediata**, não a resolução de conflitos antigos e questões que exigem grande investimento pessoal. Faça o que está a seu alcance, da melhor forma possível. Aceite seus limites pessoais e busquem coletivamente condições de trabalho adequadas.

Evite cobranças, acusações (“O que você veio fazer aqui?”, “Está querendo ficar doente?”) e **ameaças** (“Se você voltar aqui doente de verdade, vai para o isolamento e não vai ver mais sua família”). Isso não fará com que a pessoa não volte à unidade, pelo contrário, pode deixá-la ainda mais ansiosa num ciclo vicioso de busca por atendimento.

Não tome como ataque pessoal possíveis reclamações sobre o atendimento na unidade. Não considere como algo contra você (se não for sua responsabilidade) e direcione as reclamações para a instância de gestão/política devida.

Quem deve ser encaminhado para a rede especializada de saúde mental?

Só você poderá avaliar durante o atendimento quem precisa ser encaminhado, mas considere que todas as unidades de saúde são parte do cuidado com a saúde mental da população. O encaminhamento indiscriminado para a rede especializada sobrecarrega ambulatorios, CAPS e NASF que já sofrem com falta de investimentos, de recursos físicos e de pessoal. A depender da cidade, o acesso ao atendimento especializado é restrito e o insucesso em conseguir ser acompanhado por profissional especialista pode aumentar os níveis de ansiedade e contribuir para o retorno para sua unidade.

Antes de encaminhar avalie: Qual a intensidade e há quanto tempo a pessoa vem apresentando esses sintomas? É uma crise aguda de ansiedade ou um quadro crônico? Os sintomas atuais estão colocando sua vida e de sua família em risco? O risco é maior que o de adoecimento pela COVID-19? Qual o custo-benefício de ter essa pessoa e o cuidador circulando pela cidade em busca de atendimento?

Esperamos, com essas sugestões, te ajudar a pensar formas funcionais de lidar com usuários ansiosos nesse momento crítico. Sabemos quanto é difícil manter o

equilíbrio diante de tantos desafios e responsabilidades, mas também sabemos de seu compromisso, de sua capacidade e competência como profissional de saúde do SUS.

QUADRO	SINTOMAS			
<p>Ansiedade Generalizada (TAG)</p>	<p>Sintomas ansiosos excessivos na maior parte do dia, por pelo menos seis meses;</p>	<p>A pessoa vive angustiada, nervosa ou irritada, causando prejuízo social e sofrimento significativo;</p>	<p>Insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se;</p>	<p>Cefaleia, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria.</p>
<p>Crise/Ataque de Pânico</p>	<p>Crises intensas de ansiedade de início abrupto (chegando ao pico em 5 a 10 minutos) e com curta duração (geralmente não mais que uma hora) com considerável descarga do sistema nervoso autônomo;</p>	<p>Pacientes podem experimentar diversos graus da chamada despersonalização, caracterizada por uma sensação de estranhamento do próprio corpo, sensação de perda do controle, estranhar-</p>	<p>Pacientes podem experimentar também desrealização, caracterizada por uma sensação de que o ambiente, antes familiar, parece estranho, diferente, não-familiar;</p>	<p>Taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamentos em membros e/ou lábios, medo de ter um ataque do coração, um infarto, de morrer e/ou enlouquecer;</p>

		se a si mesmo.		
Transtorno de Pânico	<p>Caracteriza-se por ter ataques de pânico de forma repetitiva e inesperada, com pelo menos um dos episódios sendo seguido por preocupação persistente de ter novos ataques, preocupação sobre implicações ou consequências dos ataques como perder o controle, enlouquecer ou ter um infarto, ter alterações do comportamento relacionadas aos ataques e presença ou não de agorafobia associada, por pelo menos um mês.</p>			
Síndromes Obsessivo-Compulsivas	<p>Caracterizam-se por ideias, fantasias e imagens obsessivas e por atos, rituais ou comportamentos compulsivos que tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras</p>	<p>Dividem-se em dois subtipos básicos: aquelas nas quais predominam as ideias obsessivas e aquelas nas quais predominam os atos e os comportamentos compulsivos.</p>	<p>Comportamento Obsessivo: Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento. O indivíduo tenta ignorar ou</p>	<p>Comportamento Compulsivo: Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. Os comportamentos ou os atos mentais</p>

	áreas importantes da vida do indivíduo.		suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com outro pensamento ou ação.	visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.
--	---	--	--	--

Fontes: Dalgarrondo (2008), APA (2013)

Referências

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

APA. American Psychology Association. Fear. *Dictionary of Psychology*. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/fear>. Acesso em: 30 mar. 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 2008.

DATTILIO, Frank M. (org.). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situação de crise*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEAHY, Robert L. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WHO, World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders*. Global Health Estimates. 2017.