UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Rafaela Maria Zaions

Plano de ação de acolhimento às urgências e emergências psiquiátricas na Unidade Básica de Saúde Paraíso do município de Almirante Tamandaré-PR

Florianópolis, Março de 2016

Rafaela Maria Zaions

Plano de ação de acolhimento às urgências e emergências psiquiátricas na Unidade Básica de Saúde Paraíso do município de Almirante Tamandaré-PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Izabel Jatobá de Souza
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Rafaela Maria Zaions

Plano de ação de acolhimento às urgências e emergências psiquiátricas na Unidade Básica de Saúde Paraíso do município de Almirante Tamandaré-PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Ana Izabel Jatobá de Souza
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Uma dificuldade encontrada pela equipe na Unidade de Saúde Paraíso é a grande procura de atendimentos psiquiátricos e casos em agudização. Em 2015 ocorreram diversos casos de urgências e emergências psiquiátricas sendo algo que a equipe não está acostumada a manejar. Este paciente requer manejo rápido ou encaminhamento especializado. Vê-se a necessidade de aprofundamento sobre o tema de urgências e emergências psiquiátricas, destacando-se agressividade e agitação psicomotora, para identificar rapidamente pacientes em crise e iniciar acolhimento pela equipe evitando tumultos na sala de espera. Teve como objetivo elaborar com a equipe um plano de ações para qualificar o acolhimento às urgências e emergências psiquiátricas na Unidade de Saúde Paraíso. Foi realizada revisão seletiva de literatura em bases de dados eletrônicas (PubMed, LILACS e Scielo) e livros texto da área especializada, publicados a partir de 2008 a 2015. Após a revisão de literatura, realizou-se uma apresentação resumida deste trabalho à equipe da Unidade de Sáude Paraíso para formular um plano de ações para acolhimento de urgências e emergências psiquiátricas. A primeira ação sinalizada para acolhimento foi a percepção do comportamento fora do habitual do paciente e a recepção sinalizará para técnicos de enfermagem colocarem o paciente em uma sala segura e o médico e a enfermagem serão chamados. A segunda ação será ter disponível na Unidade Haloperidol 5mg IM para contenção do paciente em caso de extrema agitação. A terceira ação será retirar das salas objetos cortantes e realizar alocação dos móveis nos consultórios. A quarta ação será sinalizar a família deste paciente para vir à Unidade realizar acolhimento com enfermagem. A quinta ação do plano é a necessidade de encaminhamento para o CAPS para pacientes de difícil manejo. Estas foram cinco ações primordiais para equipe de saúde da Unidade Paraíso para acolhimento de urgências e emergências psiquiátricas

Palavras-chave: Urgências e Emergências Psiquiátricas, Agressividade, Agitação Psicomotora, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos Específicos 11

3 REVISÃO DA LITERATURA 13

4 METODOLOGIA 23

5 RESULTADOS ESPERADOS 25

REFERÊNCIAS 27

1 Introdução

A Unidade de Saúde Paraíso localiza-se no município de Almirante Tamandaré , município com mais de 103.245 habitantes conforme dados de 2010 do IBGE e está no bairro Jardim Silvana. Foi criada em 2011 com o propósito de ser um " Centro de Saúde para Mulher e Criança" mas após 1 ano é aberta para atendimentos da população em geral e atualmente atende o Programa de Saúde da Família (PSF). Atende cerca de 9500 usuários mas acredita-se que este número seja muito maior pois os dados não são informatizados, usa-se anotações e prontuários manuais, tendo diversos prontuários provisórios de moradores distantes.

É um município com a maioria da população vivendo em área rural, longe do centro da cidade e isto torna difícil o acesso da população à saude impedindo um seguimento adequado de patologias crônicas.

A saúde no município ampara-se em 12 Unidades de Saúde,1 Unidade de Pronto Atendimento de Pequenas Urgências e Emergências 24 horas e somente 1 CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) para apoio à Saúde Mental.

Ao redor da Unidade as ruas não são asfaltadas, o que resulta em grande quantidade de poeira no ar acarretando diversas patologias respiratórias principalmente em crianças. As casas ao redor são de pequeno porte e sua maioria tem saneamento básico mas é comum queixas relativas a verminoses nesta população e cada vez mais tem se frizado a importância da higiene para prevení-las. Os moradores da região, em sua maioria, são analfabetos ou tem poucos anos de estudo.

Pela pobre condição social torna-se comum drogadição, tabagismo, etilismo e problemas psiquiátricos. É muito comum o uso de medicações controladas indiscriminadamente, resultantes deste meio hostil. São comuns pacientes cadastrados em programas sociais de baixa renda pelo poder aquisitivo da comunidade ser precário.

Uma dificuldade detectada para o trabalho nesta comunidade é a falta de informações sobre tratamentos prévios realizados e abandono de tratamentos. A população não é esclarecida sobre uso contínuo de medicamentos dificultando o manejo de doenças comuns como hipertensão e diabetes. Há muitos pacientes com sequelas de complicações cardiovasculares destas patologias.

Pacientes usando psicotrópicos há anos tomam as mesmas medicações sem controle de suas doenças e usam dose mínima de diversas medicações acumulando efeitos adversos.

No bairro vizinho funciona o " Hospital Oásis Paranaense" que usa medicina natural para tratamento de diversas enfermidades como emprego de plantas medicinais curativos e banhos de barro medicinal. São muitos os pacientes que realizam tratamentos médicos convencionais na Unidade juntamente com a medicina natural, relatando resultados positivos. Diante de tamanha gama de alternativas à medicina convencional usada pela

comunidade cabe o respeito a outras formas de cura.

Uma dificuldade encontrada pela equipe na Unidade de Saúde Paraíso é a grande procura de atendimentos por problemas psiquiátricos e muitos casos em sua agudização. Ocorreram este ano de 2015 diversos casos de urgências e emergências psiquiátricas na Unidade, algo que a equipe não estava acostumada a manejar, porém este paciente chega e necessita de um manejo rápido ou encaminhamento especializado.

A partir do problema encontrado vê-se a necessidade de maior aprofundamento sobre o tema de urgências e emergências psiquiátricas, destacando-se agressividade e agitação psicomotora, para identificar rapidamente estes pacientes e iniciar acolhimento pela equipe e avaliação médica, evitando surtos na sala de espera e outros transtornos. A equipe deve ser treinada para casos de imobilização de maneira correta, se necessário. Há nesta Unidade somente funcionárias mulheres e há grande receio e medo pela falta de presença masculina neste local de trabalho.

O presente projeto de intervenção pretende facilitar o manejo de situações de urgências e emergências psiquiátricas para toda a equipe que trabalha na Unidade Básica de Sáude, tanto médica como odontológica. Torna-se muito importante pois trata-se não só da integridade física dos funcionários mas também de meios corretos de conter o paciente em surto e avaliar o caso.

Atualmente o paciente psiquiátrico é hostilizado tanto por terceiros quanto por sua família e muitas vezes abandona seu tratamento, culminando na agudização de casos que poderiam ser acompanhados regularmente na Atenção Primária. Nos serviços de urgência e emergência é comum ficar contido no leito horas com ataduras de crepe, conduta que pode trazer sequelas físicas. O descaso é algo rotineiro nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), o diagnóstico de todos estes pacientes é resumido a um simples "surto psicótico" onde são desconsideradas sua doença de base, condição social e suporte familiar.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar com a equipe de saúde um plano de ações para qualificar o acolhimento às urgências e emergências psiquiátricas na Unidade de Saúde Paraíso.

2.2 Objetivos Específicos

- Padronizar a conduta dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Paraíso no atendimento das urgências e emergências psiquiátricas.
- Elaborar um protocolo com a equipe de Estratégia de Saúde da Família da Unidade de Saúde Paraíso para atenção às urgências e emergências psiquiátricas.
- Realizar ações de educação permanente com a equipe de saúde na atenção às situações de urgência e emergência psiquiátrica.

3 Revisão da Literatura

Emergências psiquiátricas são alterações psíquicas ou comportamentais que indicam risco iminente a integridade física do indivíduo e a terceiros, muitas vezes são necessárias condutas específicas nestas situações para evitar maiores consequências (MARTINS, 2012)

Os casos mais comumente atendidos na Atenção Primária, segundo (DUNCAN et al., 2013) são pacientes com sintomas psicóticos e a equipe deve ser orientada sobre como proceder nestes casos na Unidade de Saúde antes de avaliar provável encaminhamento à internação, caso necessário. Este trabalho detalhará sobre a agressividade e agitação psicomotora facilitando assim o manejo pela Equipe de Saúde da Família.

A agressividade e agitação psicomotora, conforme esclarece (MANTOVANI; MIGNON; ALHEIRA, 2010), apresentam-se com frequência em serviços de emergência e pacientes com transtornos mentais tem risco elevado de terem este comportamento. Normalmente estes pacientes são trazidos por terceiros que presenciaram agitação ou ato violento ou a polícia, chamada para controlar a situação. Os pacientes tem *insight* e juízo crítico prejudicado e podem não reconhecer que precisam de ajuda . Estes quadros causam risco à integridade física da equipe de saúde e familiares. Com o adequado manejo destas situações atos violentos são pouco prevalentes, denotando a importância do tema apresentado.

Os principais conceitos deste tema, trazidos por (KAPCZINSKI, 2014), são:

Agitação: aumento da atividade motora e cognitiva com comportamentos verbais e/ou motores exacerbados por tensões internas. Tem como características inquietação, excitabilidade psíquica, resposta aumentada a estímulos, atividade motora e/ou verbal aumentada.

Agressividade: ato intencional com dano físico ou mental em outra pessoa. Pode ser verbal e/ou físico.

Violência: dano físico a outra pessoa.

Surto Psicótico: alteração do juízo (delírios) e/ou sensopercepção (alucinações).

O quadro de agitação tem **epidemiologia** de 1,7 milhões de atendimentos nas emergências nos EUA. No setor de emergências psiquiátricas é responsável por 20-50% dos atendimentos. Pacientes internados por emergência tem chance de 10% de evoluir com agitação, se estiver na UTI esta porcentagem aumenta para 70%. A condição psiquiátrica mais associada a agitação em emergências psiquiátricas é a esquizofrenia com cerca de 21%. (KAPCZINSKI, 2014).

A **avaliação do paciente**, segundo definido por (MARTINS, 2012), deve se iniciar examinando-se o risco de agressividade física do paciente, observando-se agressividade verbal, punhos e dentes cerrados, movimentação excessiva, aproximação cada vez mais do profissional de saúde e estar falando muito alto.

História de episódios anteriores de atos de violência é importante fator de risco para agressividade além de internações psiquiátricas e abuso de álcool e drogas. Também avaliar o uso de medicação de uso contínuo, avaliando patologias prévias. Homens tem mais risco de cometer atos violentos do que mulheres. A baixa escolaridade também influencia a violência juntamente com pobreza de rede de apoio social. Pacientes com alucinações com vozes de comando, impulsividade, pobre juízo crítico, baixo quociente de inteligência (QI) e baixa adesão a tratamentos propostos são propensos à violência.Aspectos psicológicos estão envolvidos neste processo como, não saber lidar com frustrações, comportamentos de desinibição e impulsividade, pacientes que buscam sensações e alterações na função executiva. (KAPCZINSKI, 2014)

Após ter segurança para a equipe, (DUNCAN et al., 2013) sugere que o médico realize anamnese, exame físico e neurológico, se necessário, para maior elucidação do diagnóstico. Neste momento, excluir causas orgânicas é de extrema importância para se pensar em causa psiquiátrica.

O **diagnóstico diferencial** do comportamento agressivo pode ocorrer associado a diversas doenças, por exemplo, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade, mania, depressão, transtorno conversivo, surto psicótico e crise de ansiedade. Importante saber que alguns pacientes agitados não tem nenhum transtorno mental (MARTINS, 2012)

Prossegue (MARTINS, 2012) informando que a agitação também ocorre em doenças neurológicas como acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, crise epiléptica, Parkinson, Alzheimer e outras demências. Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas causam com frequência comportamento agressivo e avaliar a ectoscopia do paciente pode mostrar achados de uso de drogas injetáveis ou hálito etílico. Quadros de hipóxia, dispneia e dor intensa também deixam os pacientes agitados.

Por outro lado, (KAPCZINSKI, 2014) alerta que algumas características levam a suspeitar de patologia orgânica como início súbito, mais de 40 anos, sem história de alteração psiquiátrica, discurso desconexo, alucinações visuais, táteis ou olfativas. Alucinações visuais podem indicar alteração cerebral orgânica e táteis pode ser *delirium tremens*. Deve-se, assim, analisar o conteúdo do pensamento do paciente, se está orientado, nível de consciência e sensopercepção. Vozes alucinatórias falando sobre o paciente sugerem esquizofrenia.

O diagnóstico diferencial das principais doenças psiquiátricas deve ser realizado. Pacientes com crises de ansiedade tem o juízo preservado e frequentemente não são agressivas, relatam queixas de inespecíficas de dispneia, palpitações, parestesias e medo de morrer e este diagnóstico ocorre após descartar patologias orgânicas. Crises conversivas também entram no diferencial de quadros neurológicos, muitas vezes sendo necessário exames de imagem para este diagnóstico. No surto psicótico os pacientes apresentam delírios e alucinações. Pacientes maníacos tem humor alterado com aceleração do pensamento e do

discurso. Os pacientes com transtornos de personalidade são manipuladores e fazem com que o examinador fique irritado, dificultando o manejo do caso, este diagnóstico deve ser dado após conhecer o paciente e não no pronto-socorro.(MARTINS, 2012)

Os objetivos do tratamento dos pacientes com agitação é reduzir o sofrimento destes tanto físico quanto psicológico, diminuir agressões à equipe de saúde e ao médico, ajudando o paciente a ter controle seu comportamento.

Kapczinski e Mantovani informam que há poucas evidências que relatam sobre eficácia e efetividade do **tratamento da agitação**. Podem ser usadas medidas não coersivas e coersivas. Pacientes consideram traumáticas tanto fisicamente quanto psicologicamente medidas coersivas. Medidas de contenção são reservadas quando as medidas não coersivas não funcionam ou na prevenção para integridade de terceiros. Aliás, nesta questão, (DUNCAN et al., 2013) informa que a empatia é muito importante para a manutenção de uma boa relação médico-paciente e no manejo da agitação na emergência.

As medidas não coersivas tem objetivo de desescalonar o comportamento do paciente. O médico deve ter uma boa relação com o paciente, informar ao paciente intervenções que serão realizadas para que este as compreenda. Para melhorar estas intervenções comportamentais o uso de protocolos para manejo destes pacientes auxilia a conduta médica. Deve ser realizado treinamento dos membros da equipe de saúde e ter disponível para eventualidades uma equipe responsável pela segurança.

O ambiente deve ser organizado para maior segurança tanto do médico quanto o paciente, ambos devem estar a mesma distância da porta evitando que pacientes com ideias persecutórias se sintam acuados. Retirar objetos da sala que possam ser usados como armas é de extrema importância, restringir a presença de familiares perturbadores é necessário além de tentar diminuir estímulos externos e à espera pelo atendimento.

Ao notar que o paciente está violento, este não pode ser atendido por um único profissional pelo risco de agressão física, a presença de outros profissionais de saúde ou da equipe de segurança ajudará a coibir comportamentos violentos.

Para a realização do desescalonamento verbal deve-se apresentar como médico, com fala pausada e firme, respeitar o espaço do paciente, não ser provocativo, estabelecer contato verbal, ser conciso nas ideias, identificar o que o paciente deseja e avaliar seus sentimentos, escutá-lo com atenção, estabelecer limites além de ofertar possibilidades , não alterar o nível da voz, evitar dar as costas ao paciente e manter distância deste.

Já as medidas coersivas são medidas de contenção que utilizam meios físicos e farmacológicos para controle da agitação e segurança da equipe de saúde. A contenção pode ser feita por reclusão, mecânica ou física. A reclusão é isolar o paciente em ambiente seguro com proteção no solo.

Contenção mecânica é realizada por membros da equipe sobre o paciente no solo. O líder responsável pela contenção deve vocalizar um (por exemplo “agora!”) e deve se iniciar a imobilização com a participação imediata e simultânea de todos. Os locais de

Figura 1 – Imobilização com baixo grau de dificuldade

imobilização são ombros, punhos, terço distal da coxa e terço proximal da perna. Os membros superiores são prioridade na imobilização, sendo necessárias ao menos duas pessoas para o manejo dos membros superiores (MUSSEL et al., 2015)

.

Na imobilização com baixo grau de dificuldade, com o paciente em pé, os imobilizadores devem agarrar o punho (com tração para baixo) e o braço (posicionando-se ao lado e em direção contrária ao indivíduo). O paciente deve ser levado ao chão rapidamente ou sobre um leito ou superfície firme. Os imobilizadores devem desequilibrar a base de apoio dos membros inferiores fazendo contraposição posterior dos mesmos, devendo um terceiro imobilizador dar apoio e proteção ao dorso e a cabeça. Se inicialmente imobilizado em anteparo, os imobilizadores livres abordarão os membros inferiores pelos joelhos para levar o individuo ao chão.

Uma vez em decúbito dorsal, os braços devem ser mantidos em posição supina e fazer apoio sobre os ombros. Se houver um imobilizador canhoto, este deve ficar do lado esquerdo do paciente. O punho direito do paciente deve ser imobilizado pela mão direita do imobilizador, ficando a esquerda com o apoio do ombro, e o inverso para o membro superior esquerdo (Figura 1).

Figura 1 - Imobilização com baixo grau de dificuldade

Fonte: (SILVA; BRAGA, 2013)

Se instável, imobilização com 3 pessoas, os imobilizadores devem se concentrar nos punhos e pedir dois outros imobilizadores para os ombros (Figura 2).

Figura 2 – Imobilização com moderado grau de dificuldade

Figura 2 – Imobilização com moderado grau de dificuldade

Fonte: (SILVA; BRAGA, 2013)

Se ainda houver dificuldade, mais dois imobilizadores devem apoiar o terço distal das coxas e o proximal da perna, evitando pressionar o joelho. Aconselha-se para maior segurança uma equipe de no mínimo 5 pessoas. (figura 3).

Figura 3 – Imobilização com alto grau de dificuldade

Fonte: (SILVA; BRAGA, 2013)

Em situação de instabilidade, devem se concentrar no terço distal da coxa e solicitar mais dois imobilizadores para o terço proximal da perna, totalizando 8 imobilizadores (Figura 4).

Figura 4 – Imobilização com alto grau de dificuldade e instabilidade

Fonte: (SILVA; BRAGA, 2013)

Já a contenção física é realizada prendendo o corpo do paciente com faixas, de couro ou tecido, restringindo o paciente ao leito (Figura 5).

Figura 5 – Contenção física

Fonte: (SILVA; BRAGA, 2013)

Da análise das figuras, explicita-se que uma faixa deve passar atrás da cabeça e outra atrás do pescoço, sem pressionar a axila, ambas fixadas o mais próximo da maca possível. Se não bem aplicada, a contenção física pode gerar consequências como: desidratação, depressão respiratória, fraturas, redução da perfusão de extremidades, compressão de tórax e plexo braquial, entre outras. Por isto não se usam ataduras de crepe para tal fim e não se faz contenção de tórax e abdome.

Figura 3 – Imobilização com alto grau de dificuldade

A contenção física, conforme orienta (MUSSEL et al., 2015), deve ser feita em situações restritas visando a segurança do paciente e de terceiros. Sua necessidade é avaliada de acordo com o grau de agitação e agressividade do paciente. As faixas para contenção devem ser de material resistente e o diálogo com o paciente deve ser claro informando o que esta sendo feito. A contenção deve ser feita em decúbito dorsal para assegurar acesso venoso.

(DUNCAN et al., 2013) observa que pode ser necessária tranquilização farmacológica do paciente após a contenção. Anotar no prontuário quais motivos levaram a medidas de contenção do paciente , explicando a seus familiares. O tempo aproximado para manter a contenção física é cerca de 2 horas porém casos onde não é possível estabilização em 1 hora é necessário encaminhamento para emergência com auxílio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Alguns serviços psiquiátricos utilizam preencher um Formulário de Contenção Física com detalhes sobre o procedimento.

Caso algo tenha dado errado na contenção do paciente, é interessante a equipe conversar sobre o erro para tentar consertá-lo em próximas contenções e conversar sobre sentimentos dos profissionais explicando que o comportamento do paciente é decorrente de sua patologia.

O **tratamento farmacológico** é amplamente debatido na doutrina, confluindo todos que tal visa tranquilizar o paciente rapidamente para impedir risco de agressão e ocorrência de efeitos colaterais. Os medicamentos mais utilizados são antipsicoticos típicos, benzo-

Figura 4 – Imobilização com alto grau de dificuldade e instabilidade

diazepínicos e antipsicóticos atípicos (MUSSEL, 2013; DUNCAN, 2013; KAPCZINSKI, 2014).

Os antipsicóticos típicos de primeira geração , por exemplo haloperidol, é um antipsicótico de alta potência que age bloqueando os receptores D2 de dopamina e tem menos interferência em outros receptores, apresentando poucos efeitos sedativos. É o de escolha nos casos de agitação psicomotora, tem efeito de rigidez e pode ser aplicado 5mg IM de 30 em 30 minutos, caso seja necessário. (SILVA; BRAGA, 2013)

Antipsicóticos de baixa potência são pouco usados pelo risco de hipotensão, diminuem o limiar convulsivo, propiciam arritmias cardíacas e sedação excessiva. A clorpromazina, evidenciou eficácia semelhante ao haloperidol porém esta intramuscular (IM) tem como efeito colateral hipotensão súbita e efeitos anticolinérgicos, prejudicial principalmente em idosos. Estudos indicam que a associação de haloperidol IM com prometazina IM reduz distonia aguda, efeito colateral do uso somente do haloperidol em cerca de 5% (MARTINS, 2012; DA SILVA at al, 2013)

Quatro grandes estudos, ensaios TREC (sigla em inglês “tranquilização rápida para pacientes agitados/agressivos em emergências psiquiátricas”) avaliaram a eficácia do haloperidol IM concluindo que: midazolam IM 7,5-15 mg é mais rapidamente sedativo do que haloperidol 5-10 mg e prometazina 50 mg(TREC 1), haloperidol 10 mg e prometazina 25-50 mg tem mesma efetividade que olanzapina 10 mg porém o efeito da associação é mais duradouro (TREC 4), a combinação de haloperidol 5-10 mg e prometazina 50 mg é mais

Figura 5 – Contenção física

efetiva que o uso isolado de haldol 5-10 mg (TREC 3), combinando-se haloperidol 10 mg e prometazina 25-50 mg é mais efetivo que lorazepam 4 mg IM (TREC2) (KAPCZINSKI, 2014).

Os antipsicóticos atípicos tem a vantagem de ter menos efeitos extrapirramidais porém tem maior custo e pouca disponibilidade nos serviços de saúde. No Brasil está disponível a Olanzapina e Ziprasidona IM. A Olanzapina tem dose inicial de 10 mg IM e dose máxima por dia de 30 mg, a Ziprasidona também com dose inicial 10 mg e 30 mg a dose máxima diária. Estas também podem aumentar o intervalo QT, assim como o Haloperidol (KAPCZINSKI, 2014).

Os benzodiazepínicos são úteis no manejo da agitação aguda pois são ansiolíticos e tem ação sedativa, a escolha é Lorazepam IM pois tem rápida absorção com tempo de eliminação de 12-15 horas e ação 8-10 horas. O uso de Midazolam é efetivo também porém tem efeito curto (cerca de 1-2 horas) o que faz ter seu uso associado a drogas de meia-vida longa. O Diazepam pode ser usado VO ou EV, fato que faz ser muito usado na emergência pois tem inicio de ação rápido. O uso IM é evitado por ter absorção errática e metabólitos ativos com meia-vida longa. O uso EV pode ser necessário mais com monitorização pelo risco de depressão respiratória, muitas vezes é necessário usar seu antídoto Flumazenil (MARTINS, 2012).

O uso de anti-histamínico, por exemplo Prometazina IM, é realizado nas emergências mas não é uma opção farmacológica na literatura para os casos de agitação pois tem uma

Figura 6 – Classificação dos níveis de urgências psiquiátricas

ação antialérgica. (KAPCZINSKI, 2014)

Deve-se tentar uso de medicação VO porém na falta de colaboração do paciente ou ação rápida da medicação, fazer IM. O objetivo é tranquilização e não sedação profunda (MANTOVANI, 2010).

Para facilitar o entendimento do paciente agitado, organizou-se **níveis de urgência psiquiátrica**, decrescendo a gravidade (Figuras 6 e 7). Cada nível terá determinado tratamento.

Urgência de primeiro nível são casos de agitação psicomotora intensa com impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso, mesmo quando solicitado. Este caso deve ter orientação de internação hospitalar integral.

Casos de urgência segundo nível o paciente terá inquietação psicomotora, hiperatividade ou fala ininterrupta, responsivo a solicitação para interrompê-lo. Se o paciente não estiver agressivo , poderá ter acompanhamento no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e em Unidade de Saúde (US).

Urgências de terceiro nível tem expansividade, com comportamento desinibido e o paciente consegue espontaneamente se conter,o tratamento também poderá ser com acompanhamento no CAPS juntamente da US.

Em situações não emergenciais o paciente tem boa contenção psicomotora e será manejado na US.

Figura 6 – Classificação dos níveis de urgências psiquiátricas

Fonte: (SILVA; BRAGA, 2013)

Figura 7 – Tratamento de acordo com os níveis de urgências psiquiátricas

Fonte: (SILVA; BRAGA, 2013)

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.

Figura 7 – Tratamento de acordo com os níveis de urgências psiquiátricas

4 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica referente ao tema proposto para ampliar o conhecimento e o manejo sobre emergências psiquiátricas de profissionais da área da saúde e pessoas que desejarem se aprofundar sobre o tema.

Foi realizada uma revisão seletiva de literatura em bases de dados eletrônicas (PubMed, LILACS e Scielo) e livros texto da área especializada do tema, publicados a partir de 2008 a 2015, utilizando os descritores " emergências psiquiátricas", " agressividade" e " agitação psicomotora".

Os dados foram analisados para esta pesquisa agrupando-se por subtemas e organizados a partir planilhas com as informações mais relevantes.

Foi feita esta revisão de literatura para realizar uma apresentação à equipe de profissionais da Unidade de Sáude Paraíso, no município de Almirante Tamandaré, para formular um plano de ações para acolhimento de emergências psiquiátricas. Foi apresentado por mim, Médica de Família e Comunidade, este trabalho resumidamente dia 20 de janeiro de 2016, com duração de 2 horas esta apresentação.

5 Resultados Esperados

O ambiente das Unidades de Saúde também está repleto de incertezas e inseguranças pelos profissionais de saúde assim como os pronto-socorros pois emergências são sempre imprevisíveis e ocorrem em todos os locais. Protocolos para facilitar condutas são cada vez mais são usados afim de padronizar ações e com este intuito realizou-se esta revisão de literatura.

A partir desta revisão bibliográfica realizou-se uma apresentação resumida no dia 20 de janeiro de 2016 com duração de 2 horas aos profissionais da Unidade de Saúde Paraíso para detalhar o tema à equipe sobre emergências psiquiátricas, para discussão e formulação de um Plano de Ação para acolhimento de emergências psiquiátricas na Unidade de Saúde Paraíso. Durante o período foi se contextualizando sobre episódios de emergências psiquiátricas ocorridos no ano de 2015, erros que houveram nos dias do episódio e prioridades no atendimento do paciente psiquiátrico descompesado e elencando ações e prioridades nestas situações.

A primeira ação sinalizada pela equipe para acolhimento de emergências psiquiátricas foi a percepção do comportamento fora do habitual do paciente como agressividade verbal, punhos e dentes cerrados, movimentação excessiva e fala alterada, entre outros. O funcionário da recepção ao notar comportamento suspeito sinalizará para técnicos de enfermagem colocarem o paciente em uma sala segura, sem objetos que possam por em risco profissionais de saúde e o próprio paciente, e o médico e a enfermagem serão chamados para avaliarem o paciente o mais rapidamente possível, evitando tumulto na sala de espera da Unidade.

A segunda ação deste plano será ter disponível na Unidade a medicação de escolha, Haloperidol 5mg IM, para a contenção do paciente em caso de extrema agitação. A enfermagem será responsável pela solicitação e avaliação de estoque e prazos de vencimento desta medicação. Realizou-se solicitação ao almoxarifado local e a entrega à Unidade de 3 unidades já que no município somente em emergências havia a disponibilidade do medicamento.

A terceira ação elencado foi retirar das salas objetos cortantes (exceto na sala de curativo) e realizar alteração da alocação dos móveis. Nos consultórios a mesa e cadeira que senta o profissional de saúde serão próximas a porta para fácil saída deste em caso de agressividade do paciente. Após esta mudança a equipe sente-se mais segura para seu trabalho.

A quarta ação será sinalizar a família deste paciente para vir à Unidade para tomar ciência dos fatos ocorridos e realizar acolhimento com enfermagem ressaltando-se a importância da participação da família para o tratamento do paciente psiquiátrico e manutenção do tratamento.

Será realizado um acompanhamento de famílias com pacientes psiquiátricos de difícil manejo com visita domiciliar multidisciplinar para avaliar a dinâmica familiar e problemas familiares. É grande a parcela de pacientes que não tem suporte familiar e abandonam seu tratamento medicamentoso por conta própria e muitas vezes retornam em momentos de crise aos serviços de saúde.

A quinta ação do plano é a necessidade de encaminhamento para o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) pacientes de difícil manejo psiquiátrico. Foi realizado contato com o CAPS e orientado, em caso de urgência, contato telefônico, discussão sobre o caso do paciente para maior agilidade no tratamento desse paciente.

Em Almirante Tamandaré além das Unidades de Saúde também há um CAPS que auxilia no tratamento de pacientes que exigem tratamento multidisciplinar. Um diferencial do CAPS é trabalhar com uma equipe multidisciplinar e realizar o tratamento do paciente de acordo com suas necessidades individuais. Uma grande dificuldade em acompanhar pacientes que também realizam acompanhamento no CAPS é que a contra-referência deste paciente não ocorre e todos da equipe concordaram que sem a devida comunicação muitas vezes o paciente abandona o tratamento, retornando até a Unidade novamente em casos de descompensação.

A equipe refletiu sobre preconceitos sofridos por doentes psiquiátricos e possíveis soluções para a abolição destes estigmas, começando inicialmente com a equipe de saúde que deve ter noção sobre os diversos diagnósticos diferenciais psiquiátricos e melhores abordagens para cada situação, dependendo do nível de agitação do doente. Somente conhecendo a doença, o quadro clínico e onde o paciente vive é que a equipe sinalizará que o paciente não esta com seu comportamento habitual.

Conversou-se sobre casos de agitação extrema que podem evoluir para contenção mecânica e/ou física e o manejo destas situações que na maioria dos locais é incorreta pois pacientes ficam horas contidos no leito e realizam contenção com ataduras de crepe e outros materiais inapropriados. Treinamentos devem ser realizados para habilitar os profissionais de saúde pois se a conteção for realizada de forma incorreta pode trazer lesões irreversíveis ao paciente e ser motivo de processos jurídicos.

Será realizado encontro com os proffssionais de saúde da Unidade de Saúde Paraíso futuramente para capacitar a equipe em caso de contenção mecânica e/ou física, previsto para dia 30 de março.

Estas cinco ações acima foram as tidas como primordiais pela equipe de saúde da Unidade de Saúde Paraíso para o acolhimento de emergências psiquiátricas.

Referências

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina abulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidência*. Porto Alegre: Artmed, 2013. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 15 e 18.

KAPCZINSKI, F. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

MANTOVANI, C.; MIGNON, M. N.; ALHEIRA, F. Manejo do paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 96–103, 2010. Citado na página 13.

MARTINS, H. S. *Emergências clínicas: abordagem prática*. São Paulo: Manole, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.

MUSSEL, E. et al. *Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora*. 2015. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2300--033-contencao-fisica-dos-pacientes>. Acesso em: 29 Dez. 2015. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

SILVA, A. A. da; BRAGA, M. C. *Guia rápido no manejo das urgências psiquiátricas*. São José dos Pinhais: Artmed, 2013. Citado 4 vezes nas páginas 16, 17, 19 e 21.