



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

---

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS**

# **CUIDADO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS**

**Profa. Dra. Kelly Graziani Giaccherro Vedana**

**Ribeirão Preto**

**2014**



# OBJETIVOS DA AULA

---



- ✓ Definir urgências /emergências (U/E) psiquiátricas
  
- ✓ Discutir:
  - os **objetivos** do atendimento de U/E psiquiátrica.
  - os **desafios** encontrados na U/E psiquiátrica.
  - **cuidados** de enfermagem nos **principais quadros clínicos** caracterizados como U/E psiquiátricas.



# DEFINIÇÃO

---

Qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram **alterações do estado mental**, as quais resultam em **risco atual e significativo de morte ou injúria grave**, para o **paciente ou** para **terceiros**, necessitando de **intervenção terapêutica imediata**.



# DEFINIÇÃO

---

## Diferença entre urgências e emergências psiquiátricas...

- ✓ **EMERGÊNCIA** - situação de risco grave - intervenções imediatas e inadiáveis (minutos ou horas)
- ✓ **URGÊNCIA** - situação de um risco menor intervenções a curto prazo (dias ou semanas)
- ✓ **Em psiquiatria essa diferenciação tem menor aplicabilidade prática**



# OBJETIVOS DO ATENDIMENTO



(QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; SADOCK; SADOCK, 2007; TOWNSEND, 2002)

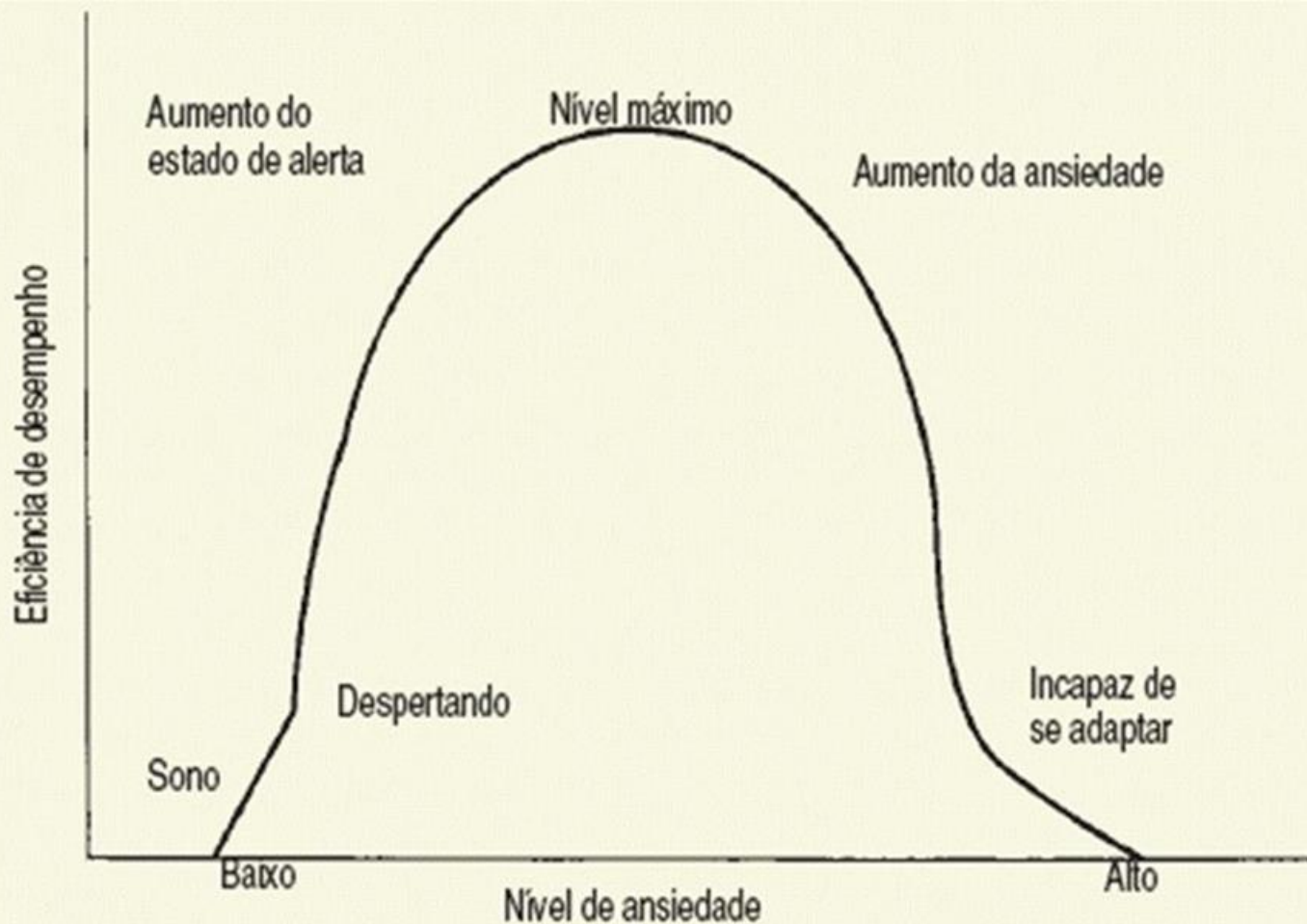


# LOCAL DO ATENDIMENTO

- ✓ Privacidade
- ✓ Fácil acesso para equipe de saúde e de segurança
- ✓ Segurança no ambiente (estrutura física, objetos potencialmente perigosos, adequação de estímulos sensoriais, sistema de alarme)
- ✓ Treinamento da equipe (de saúde e segurança)
- ✓ Checar o porte de armas
- ✓ Medicação disponível para quadros de agitação psicomotora
- ✓ Material para contenção mecânica
- ✓ Ter acesso a serviços de diagnósticos e contar com auxílio de outros especialistas e de seguranças



# ANSIEDADE E DESEMPENHO



**FIGURA 187.1 – Curva de Yerkes-Dodson mostrando a relação entre o nível de excitação emocional (ansiedade) e o desempenho.** Adaptado a partir de Yerkes RM, Dodson JD: “The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation”. *Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18:459-482, 1908.



# VÍNCULO COM O CLIENTE E FAMÍLIA

---

1. **Escuta**
2. **Apresentar-se e esclarecer** os objetivos do atendimento
3. **Transmitir** confiança, segurança e consistência
4. **Saber se expressar...** falar firme e pausadamente, perguntas claras e diretas.
5. **Respeito** à independência, escolhas, personalidade e nível de maturidade do cliente
6. Evitar **juulgamentos**





# AVALIAÇÃO DO CLIENTE

## LIMITAÇÃO DE TEMPO...

Entrevista centrada no motivo do atendimento

## O que não pode faltar...

- Avaliação física
- Exame do estado mental
- Exames laboratoriais e outros
- Avaliação do suporte familiar
- Ingestão de substâncias e medicamentos
- Ideação suicida e homicida

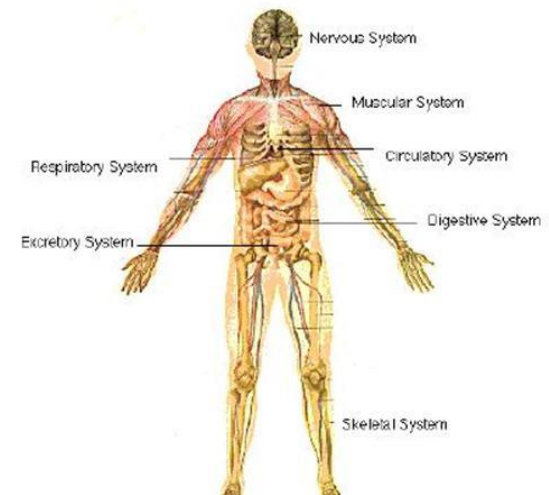




# EXCLUSÃO DE CAUSA ORGÂNICA

## CARACTERÍSTICAS QUE INDICAM SUSPEITA DE ORGANICIDADE

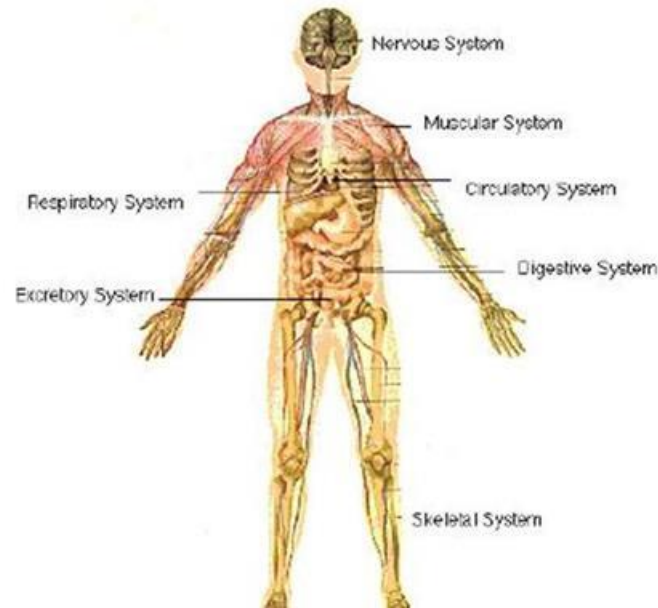
- ✓ Início agudo
- ✓ Primeiro episódio
- ✓ Idade avançada
- ✓ Doença ou lesão orgânica atual
- ✓ Abuso de SPAs
- ✓ Alucinações não-auditivas
- ✓ Alterações cognitivas
- ✓ Alterações da fala ou movimentos (e marcha)





# PRINCIPAIS QUADROS CLÍNICOS

## DELIRIUM



**ATENÇÃO: DELIRIUM NÃO É DELÍRIO**



# DELIRIUM

---

- ✓ Perturbações da consciência, atenção, cognição e percepção
- ✓ Início súbito
- ✓ Flutuação
- ✓ Consequência fisiológica direta de:
  - Condição médica geral
  - Intoxicação ou abstinência de substâncias
  - Uso de medicação
  - Exposição a toxinas
  - combinação de fatores

**Condições clínicas comumente associadas:** alterações no sistema nervoso central, doenças metabólicas, cardiopulmonares e sistêmicas.



# DELIRIUM

---

## CUIDADOS

Detecção precoce e prevenção

Promover conforto

Identificação e o tratamento da causa de base do quadro

Monitorização rigorosa dos sinais vitais, balanço hídrico e níveis de oxigenação.

Exame do estado mental

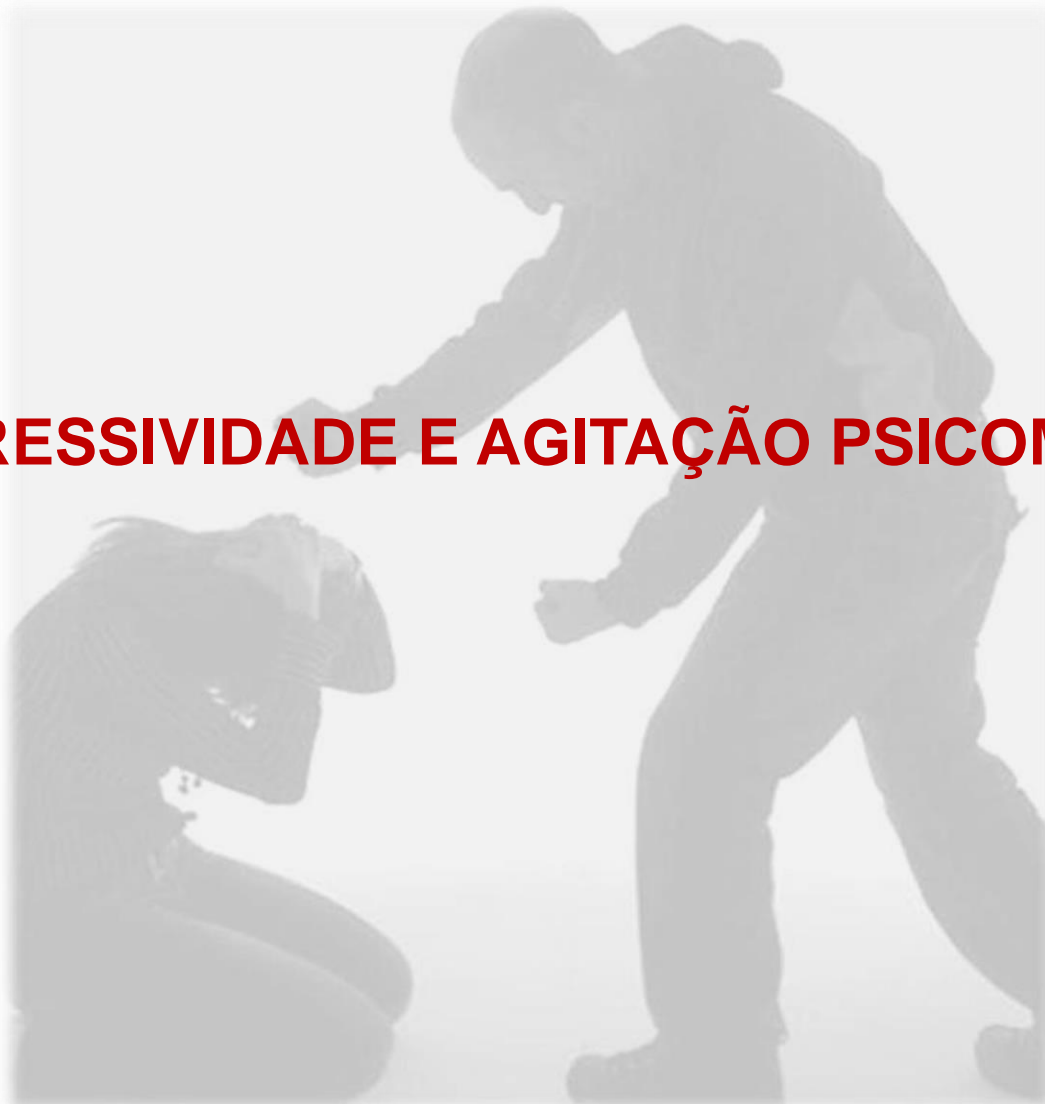
Segurança...



# PRINCIPAIS QUADROS CLÍNICOS

---

**AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO PSICOMOTORA**





# AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO

---

Desafio da prática psiquiátrica

Apresentação clínica em diversos quadros

**Agressão:** ato intencional que causa dano físico ou mental em outra pessoa

**Agitação psicomotora:** atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas



# AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO

---

## INDÍCIOS DE AGRESSIVIDADE

- ✓ Agitação motora,
- ✓ Violência dirigida a objetos,
- ✓ Dentes e punhos cerrados,
- ✓ Ameaças, exigências e discussões em tom de voz elevado, afeto desafiador e hostil e alterações do exame do estado mental
- ✓ Sintomas psiquiátricos específicos





# AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO

---

## MANEJO ATITUDINAL

- ✓ Evitar movimentos bruscos
- ✓ Respeitar o espaço físico do paciente (evitar toque)
- ✓ Estabelecer limites de forma acolhedora
- ✓ Evitar elevar o tom de voz
- ✓ Evitar confronto
- ✓ Observação e prevenção (avaliação e gestão de riscos)
- ✓ Trabalhar com o paciente (estimular expressão verbal de sentimentos)
- ✓ Assegurar ao paciente que você pretende ajuda-lo a controlar os próprios

impulsos



# AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO

---

## MANEJO ATITUDINAL

- ✓ Atitudes poderão ser mal interpretadas
- ✓ Atenção à linguagem não verbal
- ✓ Evitar olhar desafiador ou submisso
- ✓ Focalizar assunto, resumir ideias, refletir (repetição)
- ✓ Auxiliar o paciente a reconhecer a realidade
- ✓ Evitar ceder a teste, desafio e manipulação
- ✓ Evitar: promessa, ameaça, conselhos, opinião pessoal, manipulação, faltar com a verdade
- ✓



# AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO

## EQUIPE E AMBIENTE

- ✓ **AMBIENTE:** segurança, conforto, controle de ruídos, temperatura, iluminação, odores. Evitar movimento ou superlotação.
- ✓ Educação continuada
- ✓ Protocolos e rotinas
- ✓ Abordagem coesa e organizada
- ✓ Discussão após o procedimento (equipe e usuário)

Evidências recomendam métodos menos coercivos para manejo de comportamento.



# AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO

---

## CONTENÇÃO

Último recurso: quando alternativas menos coercivas não tiverem efeito

Uso de meios físicos ou farmacológicos para impedir comportamentos destrutivos

### Contenção física

Procedimento coercivo e contraditório (pode ser uma forma de violência dirigida ao paciente (critérios e técnica)

Não é terapêutica – objetivo de segurança

Potencialmente traumática para paciente e equipe

Risco apresentado deve ser proporcional

**Medicação:** VO (preferencialmente)

Tranquilização sem sedação

BZD, anstipsicótico atípico, antipsicótico típico, combinações



# PRINCIPAIS QUADROS CLÍNICOS

---

**RISCO DE SUICÍDIO**





# RISCO DE SUICÍDIO

**SUICÍDIO:** Uma morte autoinduzida que tem provas suficientes (explícitas ou implícitas) para permitir a dedução de que o desejo da pessoa era morrer.

(EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA), 2012)

Influenciado por fator físico, psicológico, espiritual, social, econômico, histórico, político, cultural e ambiental.

(OMS, 2001)

Entre as **10 primeiras causas de morte** no mundo e entre as **3 primeiras na faixa etária entre 15 e 34 anos**

Aumento progressivo: **49% de todas as mortes por causas externas**

Suicídio consumido - homens

Tentativas de suicídio - mulheres

(MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011; BERTOLETE et al, 2010)



# RISCO DE SUICÍDIO

Morte  
autoinduzida

Provocar  
sentimentos de  
pena, culpa

Testar o quanto  
pessoas gostam  
dele

Buscar ajuda

Demonstrar  
desespero

Influenciar  
mudanças de  
comportamento

Evitar sofrimento  
psíquico ou situação  
intolerável

Intenção

(QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008)

Letalidade

Sufrimento





# RISCO DE SUICÍDIO

Avaliação e intervenção



fundamentais para  
salvar vidas

Perguntar a uma pessoa sobre o suicídio é necessário e não vai levar a pessoa ao suicídio (APA, 2003).

**1- Levam a sério indicativos de suicídio**

**2- Segurança é uma prioridade**

**3- Uma avaliação completa:**

Ideação

Planos

Necessidades

Fatores de proteção

**Questionando a ideia suicida...**





# RISCO DE SUICÍDIO

---

- 4- Mobilização de recursos e colaboração (equipe, família e comunidade)**
- 5- Promoção de factores de protecção e bem-estar**
- 6- Relação terapêutica**
- 7- Reduzir sentimentos de vergonha , culpa e estigma**
- 8- Promover a esperança (questionamento lógico)**
- 9- Trabalhar a ambivalência**
- 10- Apoio emocional e de estabelecimento de vínculo**
- 11- O "contrato de não-suicídio"**



# RISCO DE SUICÍDIO

---

## SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- 1) **Compreensão do cliente do problema (importância e fatores)**
- 2) **Explore com o cliente o que funcionou no passado**
- 3) **Colocar o cliente como o perito em determinar as soluções**
- 4) **Suporte para decisão selecionado**



# PRINCIPAIS QUADROS CLÍNICOS

---

**EMERGÊNCIAS RELACIONADAS A SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**





# SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

---

## AVALIAÇÃO

Substância utilizada

Estimativa da quantidade

Frequência do uso

Último consumo (estimar tempo para abstinência)

Riscos...



# ÁLCOOL

Desidratação

Distúrbios hidroeletrólíticos

Desnutrição

Deficiência de tiamina

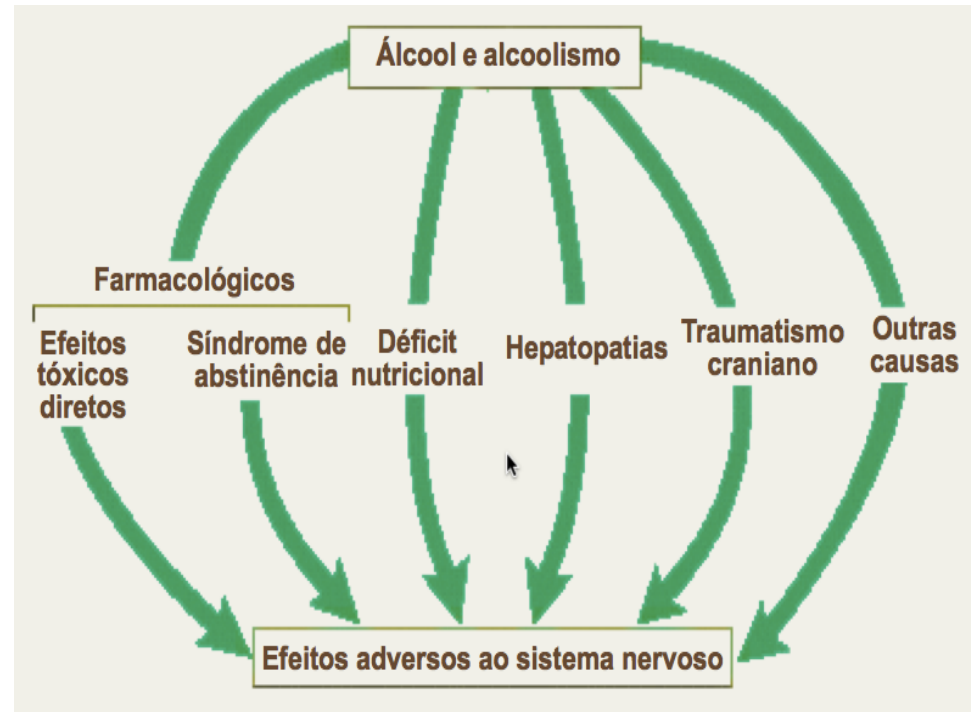
Hipoglicemia / Diabetes

Encefalopatia Wernicke - Korsakoff

Hepatopatias (hepatite, esteatose, cirrose)

Pancreatite alcoólica

Doenças infecciosas





# SÍNDROME DE ABSTINENCIA

---

**Objetivos do tratamento:** Alternativas que respondam às necessidades físicas, psicológicas e sociais.

O objetivo primário de atenção é retirada para atingir os objetivos do cliente em relação ao seu uso indevido com segurança.

Metas de redução de substâncias e manutenção não deve ser consideradas menos importantes do que um compromisso com a abstinência a longo prazo.

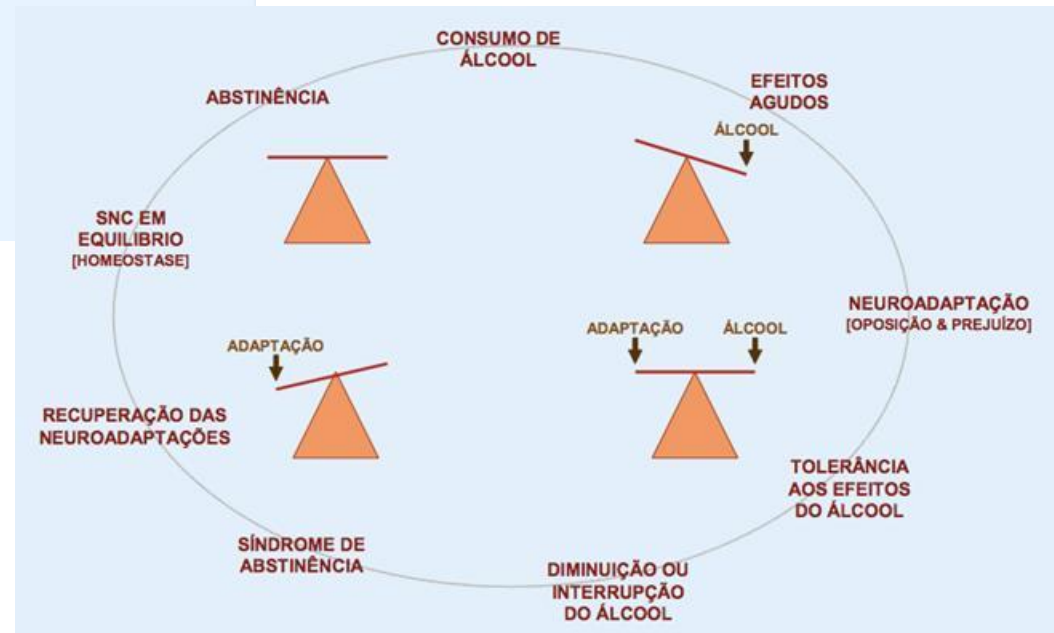
**Redução de danos**

**Intervenção breve**



# SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOOLICA

## Efeitos do álcool durante exposição e abstinência





# SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOOLICA





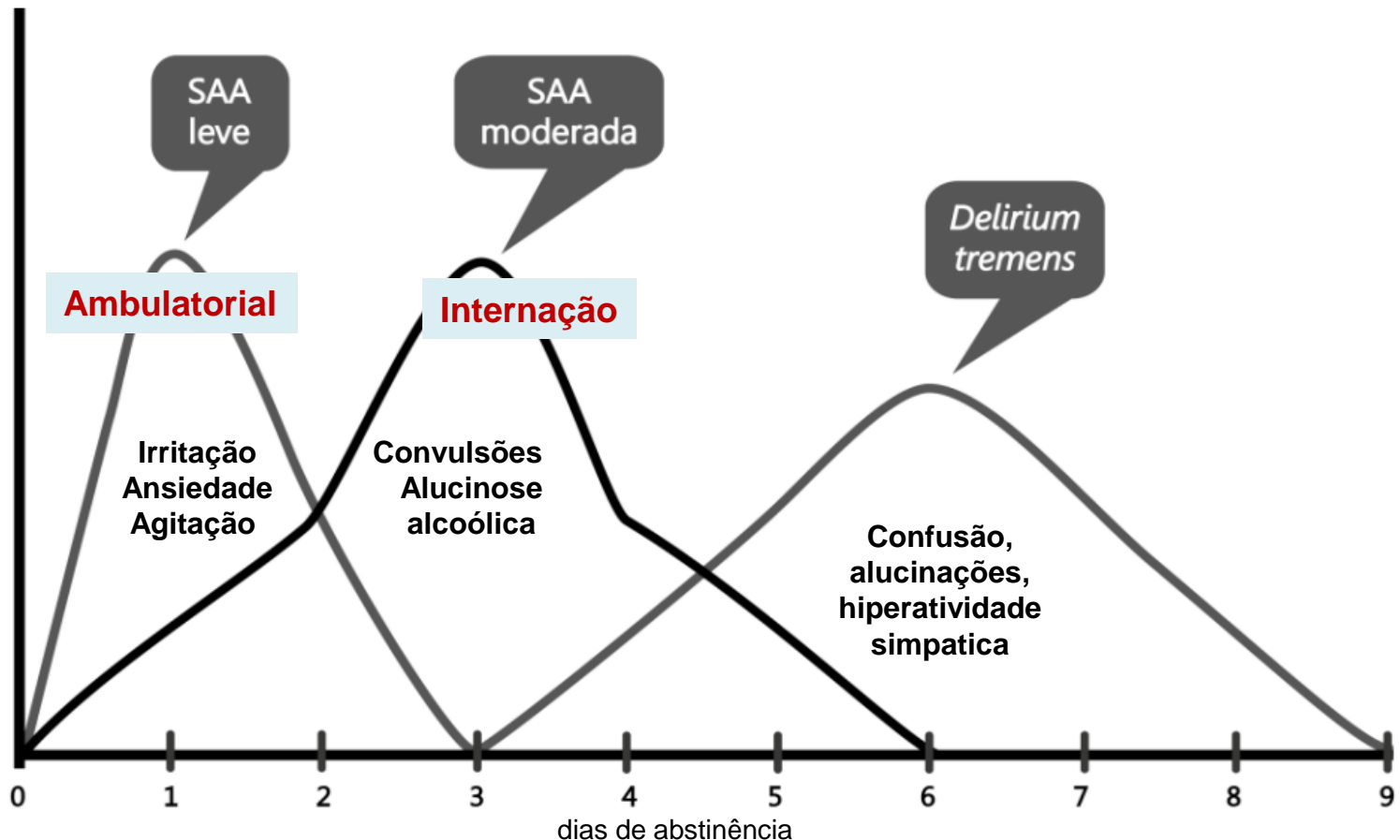


# SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOOLICA

## SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOOLICA

Sinais e sintomas decorrentes de uma interrupção total ou parcial de consumo de bebidas alcoólicas em dependentes que apresentam um consumo prévio significativo

Agitação, ansiedade, disforia, tremores, náuseas, vômitos, taquicardia e hipertensão arterial.





# SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOOLICA

---

## DELIRIUM TREMENS

Mortalidade em 5-10% dos casos

- Desorientação
- Alterações cognitivas
- Alucinações (táteis e visuais)
- Ansiedade intensa
- Agitação e agressividade
- Estado psíquico flutuante
- Tremor
- Hipertensão (>140/90mm hg)
- Frequência cardíaca aumentada (>100 bpm)
- Temperatura elevada (> 37°C)
- Sudorese



# SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOOLICA

---

## DELIRIUM TREMENS

### CUIDADOS

Síndrome de abstinência alcoólica: monitoração de hora em hora

Medidas de suporte clínico (sinais vitais, hidratação, nutrição)

Segurança

Redução de estímulos ambientais

Evitar acesso a soluções a base de álcool

Preparo de materiais para suporte respiratório (caso necessário)

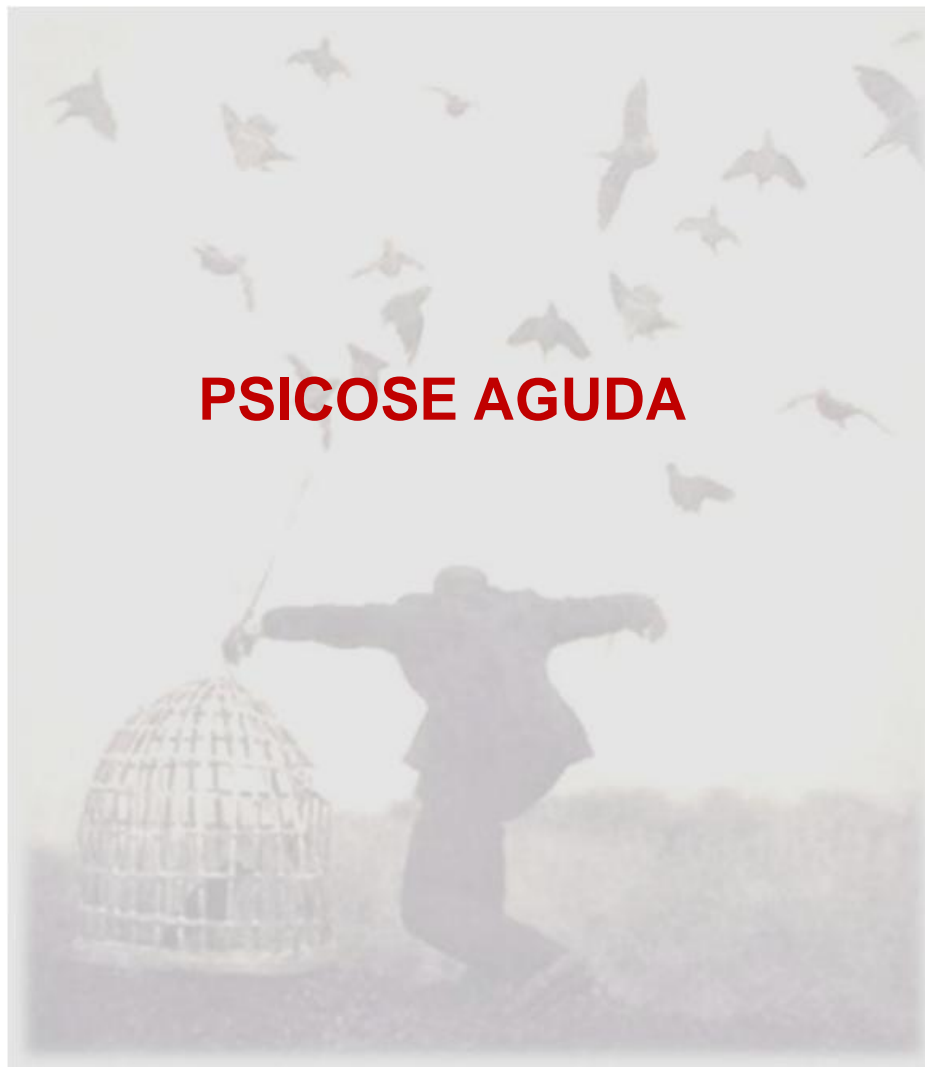
Terapia medicamentosa: *Benzodiazepínico; Haloperidol; Complexos vitamínicos*

Monitoramento: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale



# PRINCIPAIS QUADROS CLÍNICOS

---



**PSICOSE AGUDA**



# PSICOSE AGUDA

**Prejuízo grosseiro no contato com a realidade, manifestado por uma percepção inadequada e persistente do mundo externo.**

- ✓ Exclusão de causa orgânica
- ✓ Usar linguagem clara e frases curtas
- ✓ Explicando ao paciente os procedimentos na intenção de ajudá-lo
- ✓ Não reforçar delírios
- ✓ Deixar transparecer o interesse pelo paciente
- ✓ Não sugerir julgamento



# PRINCIPAIS QUADROS CLÍNICOS

---





# ATAQUES DE PÂNICO

## Síntomas emocionales



Temor a morir.



Temor a perder el control o enloquecer.



Sensación de irrealidad, no sentirse uno mismo, o sentirse "despegado de sí mismo".

## Síntomas cardiovasculares



Palpitaciones, latidos intensos o aceleración del pulso.



Malestar u opresión en el pecho.

## Síntomas neurovegetativos



Mareo, inestabilidad, o "vacío en la cabeza".



Sensación de debilidad o temor a desmayarse.



Sudoración.



Temblores o calofríos.



Parestesias ("hormigueo o adormecimiento").



Oleadas de frío o calor.

## Síntomas respiratorios



Sensación de falta de aire o sofocación.



Sensación de ahogo.

## Síntomas digestivos



Náuseas o malestar abdominal.



# ATAQUES DE PÂNICO

---

Período **distinto e intenso medo e desconforto**

**Sintomas físicos** relacionados a diversos sistemas orgânicos

Sentimento de **perigo** ou **catástrofe**

Palpitações, dispneia, sudorese, sensação de morte iminente ou descontrole



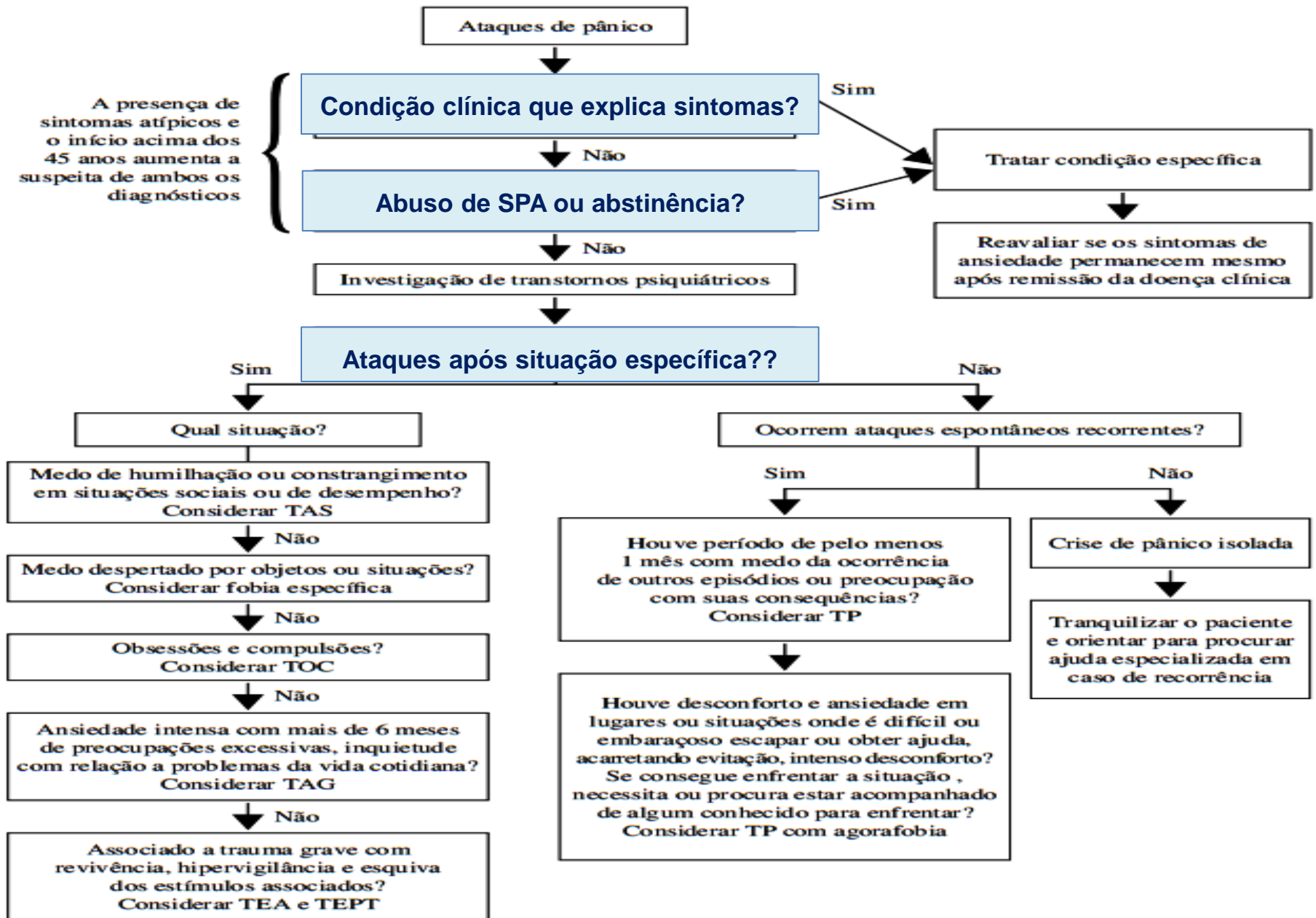


# ATAQUES DE PÂNICO

---

## MANEJO

- ✓ Medidas para reduzir o grau de ansiedade
- ✓ Ambiente calmo com o mínimo de pessoas
- ✓ Técnicas de relaxamento.
- ✓ Excluir causa orgânica e abuso de SPAs (de acordo com sintomas)
- ✓ Avaliar agorafobia
- ✓ Informar o paciente a transitoriedade do ataque 10-30min
- ✓ Instruir ao paciente para que ele respire pelo nariz e não pela boca (não hiperventilar)
- ✓ Para crise intensa ou prolongada: benzodiazepínicos de ação curta





# FAMÍLIA

---

**ANGÚSTIA, MEDO, INSEGURANÇA**



**INFORMAÇÕES**

**APOIO**

**PREPARO DA FAMÍLIA**



# NÃO ESQUECER...

---

## REGISTRO FIDEDIGNO DE INFORMAÇÕES...





# REAVALIAR O ATENDIMENTO...

Periodicamente, como parte de treinamento contínuo a equipe deve avaliar:

- ✓ Intercorrências
- ✓ Procedimentos e condutas
- ✓ Resultados do manejo
- ✓ Sentimentos relacionados
- ✓ Alternativas



(QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008)



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

- ✓ Momento crítico marcado por fragilidade e instabilidade
- ✓ Desafios...
- ✓ Qualquer contexto de assistência
- ✓ Atuação rápida, humanizada e efetiva
- ✓ Prognóstico do cliente
- ✓ Competências para o cuidado
- ✓ Liderança e educação continuada da equipe de enfermagem
- ✓ Educação





# REFERÊNCIAS

---

- ALLEN MH, CURRIER GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry* 26 (2004) 42– 49.
- BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.32, sup.2, p. 87-95, 2010 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.
- BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. Classificação das intervenções de enfermagem. 5ª edição. RJ: Elsevier, 2010.
- DEL-BEN, C.M.; TENG, C.T. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.32, sup.2, p. 67-68, 2010.
- DUXBURY J, WRIGHT K (2011) Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times*; 107: 9, 22-25.
- EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA). Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment Full Version. 2012.
- FREI, M., BERENDS, L., KENNY, P., SWAN A., JENNER, L., Hunter, B., & Mugavin, J. (2012). Alcohol and Other Drug Withdrawal: Practice Guidelines, 2nd ed. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre.



# REFERÊNCIAS

---

GATTAZ, Wagner F.. Violência e doença mental: fato ou ficção?. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999, vol.21, n.4, pp. 196-196 .

MACIEL, Cláudia e KERR-CORREA, Florence. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2004, vol.26, suppl.1 [citado 2013-10-09], pp. 47-50 .

MANTOVANI, C.; MIGON, M.N.; ALHEIRA, V. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* v.32, sup.2, p. 96-103, 2010 .

MARCOLAN, JF. Técnica Terapêutica da Contenção Física. 1 ed. São Paulo: Roca, 2013.

MARTY F. Adolescência, violência e sociedade. *Ágora (Rio J.)* [online]. 2006, vol.9, n.1, pp. 119-131. ISSN 1516-1498. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982006000100009>

MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.F. Clínica psiquiátrica, Barueri, SP: Manole, 2011.

*NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)*. Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. College of Nursing: London, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS.





# REFERÊNCIAS

---

PERKINS E, PROSSER H, RILEY D, WHITTINGTON R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 2012; 35 (1) 43–49.

PIMENTA JUNIOR, Fabiano Geraldo. Violência: prevenção e controle no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007, vol.16, n.1, pp. 05-06 .

PRADO-LIMA, Pedro Antônio Schmidt do. Tratamento farmacológico da impulsividade e do comportamento agressivo. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009, vol.31, suppl.2, pp. S58-S65.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Emergências Psiquiátricas. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.; 21cm.

SALUM GA, BLAYA C, MANFRO GG. Transtorno do pânico. *Rev Psiquiatr RS*. 2009;31(2):86-94.

SOOD TR, MCSTAY CM. Evaluation of the psychiatric patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 27; n. 4, p.669-83, 2009.

TOWNSEND, M.C. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

REGISTRED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) *Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*. 2009.