

I CONGRESSO DA REDE NACIONAL SAMU - 192

Brasília - 20 a 23 de março de 2006

Atendimento e Manejo de Emergências do Comportamento

André Astete da Silva

Hélio Anderson Tonelli

Marlon Cruz Braga

Colaboradoras

Silvia Rocio da Silva

Franciele Marchi Mendes

Curitiba - 2006

Autores:

André Astete da Silva

Psiquiatra, Supervisor do programa de residência médica em Psiquiatria — Hospital Nossa Senhora da Luz— PUCPR; Coordenador do Programa de Ansiedade e Transtornos do Humor- HNSL; Médico Interconsultor dos Hospitais Vita em Curitiba e Hospital Universitário Cajuru - PUCPR

Hélio Anderson Tonelli

Psiquiatra, Supervisor do programa de residência médica em Psiquiatria — Hospital Nossa Senhora da Luz — PUCPR; Coordenador do Ambulatório de Síndromes Delirante — Alucinatórias - HNSL

Marlon Cruz Braga

Psiquiatra, Preceptor de Saúde Mental do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade PUCPR; médico assistente do HNSL; Interconsultor dos Hospitais Vita em Curitiba.

Colaboradoras

Silvia Rocio da Silva — Enfermeira Psiquiátrica, Professora do Curso de Enfermagem da FEPAR

Franciele Marchi Mendes — Médica especializanda do programa de residência em Psiquiatria do HNSL- PUCPR

Sumário

1. Emergências psiquiátricas — conceito.....	03
1.1. Emergências cérebro-orgânicas: DELIRIUM.....	03
1.1. a) Conceito.....	03
1.1. b) Aspectos clínicos.....	04
1.1. c) Curso e evolução.....	05
1.1. d) Etiologia.....	05
1.1. e) Diagnóstico diferencial.....	06
1.2. Emergências comportamentais.....	06
1.2. a) Autopreservação.....	07
1.2. b) Comportamento heteroagressivo.....	08
1.2. c) Agitação psicomotora e perda do comportamento pragmático. . . .	09
2. Abordagem e indicação de manejo emergencial.....	10
2.1. Abordagem.....	11
2.2. Tomada de decisões - condutas.....	12
3. As intervenções emergenciais propriamente ditas.....	12
3.1. Observação intensiva.....	12
3.2. Imobilização.....	13
3.3. Contenção física.....	14
3.4. Manejo Farmacológico.....	15

Patologias psiquiátricas têm uma relação complexa com o comportamento. Comportamentos desadaptados podem ser expressões de fenômenos psicopatológicos, conseqüências indiretas dos mesmos ou serem definidos como a própria condição patológica. Os aspectos comportamentais são a face mais visível das doenças mentais, sendo, ao mesmo tempo, responsáveis pela maior parte de sua morbidade e o mecanismo fundamental de sua mortalidade associada. Por tais razões a atenção ao comportamento está no topo da hierarquia de prioridades na abordagem ao paciente em psiquiatria.

1. Emergências psiquiátricas — conceito

Define-se emergência psiquiátrica como manifestação psíquica ou comportamental que denuncie ou represente risco iminente à integridade física do indivíduo, às pessoas em contato com o mesmo ou ao meio. Dois grandes grupos são definidos entre as situações emergenciais em psiquiatria: emergências cérebro orgânicas, oriundas dos mecanismos de rebaixamento da consciência, e as emergências comportamentais, que abrangem os comportamentos de natureza emergencial de diversas patologias psiquiátricas e da personalidade, bem como ocasionais disfunções comportamentais graves de pessoas sem diagnóstico aparente.

1.1. Emergências cérebro-orgânicas: DELIRIUM

O delirium, termo consagrado para designar as síndromes comportamentais secundárias à disfunção cerebral aguda e generalizada, é um dos transtornos mentais mais encontrados em pessoas com mais de 65 anos, especialmente aquelas com algum grau de dano cerebral ou demência. Tal condição pode ocorrer, todavia, em qualquer faixa etária exigindo pronta intervenção médica em virtude de sua potencial evolução desfavorável devido à gravidade freqüente de suas causas.

1.1. a) Conceito

O delirium é um transtorno mental orgânico, isto é, trata-se de uma síndrome que abrange um grupo de sintomas consistentemente associados a uma ou mais causas orgânicas (que podem ou não ser imediatamente

diagnosticadas). Outra importante característica do delirium é sua instalação aguda, isto é, inicia-se e evolui de forma rápida, (não ultrapassando 4 semanas), com os sintomas flutuando em intensidade ao longo do curso evolutivo e piorando à noite.

Os principais comemorativos clínicos encontrados em um paciente com delirium são:

- Redução do nível de consciência;
- Comprometimento cognitivo;
- Anormalidades atencionais;
- Alterações da psicomotricidade (para mais ou para menos);
- Transtornos do ciclo sono-vigília.

Sinais sugestivos de quadro orgânico agudo - Delirium:

- Antecedentes do quadro: Uso presumido de substâncias psicoativas; instalação súbita; piora rápida; agudização conhecida de doença clínica; sintomas psiquiátricos graves em idoso sem antecedentes;
- Manifestações clínicas - observe se ocorrem prejuízos dos sinais de vigília abaixo descritos:

Para considerar um indivíduo **vigil**, este deve:

- Ter olhos espontaneamente abertos; reagir ao contato verbal ou visual; realizar tarefa seqüencial (subtrações de 7; soletrar ao contrário; contagem até 20 e regressiva até 0); repetir 3 palavras adequadamente, sendo em seguida orientado a memorizá-las; evocar as palavras memorizadas após 3 minutos.

1.1. c) Curso e evolução

Por definição, delirium é uma síndrome transitória, durando mais tempo em pacientes idosos do que em jovens. Na maioria dos casos a recuperação é plena desde que adequado tratamento seja iniciado, mas em uma importante quantidade de pacientes idosos o desfecho é caracterizado por morte ou demência (reversível ou não).

1.1. d) Etiologia

Por definição, o delirium é uma síndrome mental orgânica devida a um ou mais fatores, que podem ser incluídos em quatro classes maiores:

- Doenças cerebrais primárias;
- Doenças sistêmicas que afetam secundariamente o cérebro;
- Intoxicação exógena;

- Abstinência de substâncias como álcool e sedativo-hipnóticos.

Além dos fatores causais, condições que facilitam a instalação do delirium incluem: idade avançada, patologias cerebrais crônicas, como doença de Alzheimer ou outras demências, privação de sono, privação sensorial e imobilização prolongada.

Algumas das mais comuns causas orgânicas de delirium são relacionadas abaixo:

- Intoxicações endógenas (por drogas ou venenos);
- Abstinência;
- Encefalopatias metabólicas;
- Infecções;
- TCEs;
- Epilepsia;
- Neoplasia;
- Transtornos cérebro-vasculares;
- Doenças cardiovasculares.

1.1. e) Diagnóstico diferencial

O delirium é um diagnóstico associado a emergências clínicas, portanto infere risco de mortalidade. No entanto pode, em face de suas características polimórficas, se assemelhar a patologias psiquiátricas como psicose aguda, maníaca ou esquizofrênica, além de quadros demenciais. A diferenciação entre o delirium e as condições acima se faz pela história clínica, pelo exame físico e pela identificação de flutuações atencionais e dos sinais de vigília, exclusivos do quadro do delirium.

1. 2. Emergências comportamentais

A preservação das qualidades adaptativas do comportamento depende da saúde de todos os aspectos funcionais da atividade mental, sendo de importância crítica a vigília plena, a capacidade de controle de impulsos, a sensopercepção, a organização dos processos cognitivos e o juízo crítico da realidade. Na maior parte das vezes, padrões graves de desadaptação comportamental são consequência de patologias que afetam a eficiência da atividade mental. Algumas pessoas, porém, tem um padrão constitucional vulnerável a eventos críticos, e podem ter perturbações comportamentais graves e transitórias sob estresse, sem ter psicopatologia consistente. De todos os fenômenos

comportamentais observados, porém, um número finito de situações são as que definem emergências, a saber: os prejuízos do comportamento de autopreservação (ou autoproteção), o comportamento heteroagressivo, a agitação psicomotora e os prejuízos do comportamento pragmático. Ser capaz de reconhecer estas condições permite tomar as mais cruciais decisões no atendimento aos pacientes acometidos, independentemente da possibilidade de se fazer o diagnóstico psiquiátrico subjacente.

1.2. a) Autopreservação

Ser capaz de prover sua própria segurança é condição fundamental para a autonomia do indivíduo, seja buscando ativamente condições de menor risco, defendendo-se de perigos ou antecipando-se aos mesmos. A omissão do indivíduo em externar atitudes de autoproteção ou em inibir comportamentos que ameaçam a própria integridade, pode ser identificada em situações como o suicídio consumado, as tentativas de suicídio, comportamentos de risco ou comportamentos autoagressivos. Sob esta ótica, o risco de tais comportamentos ocorrerem se dá em virtude do enfraquecimento do comportamento de autopreservação. É possível, portanto, estimar a possibilidade da ocorrência dos comportamentos acima descritos seja pela observação ou história de ocorrência dos mesmos, seja pela ausência dos sinais da atitude de autopreservação. Diante de indivíduo sob qualquer suspeita de risco de suicídio é, portanto, necessário determinar o estado do comportamento de autopreservação.

A subescala abaixo dá exemplos de níveis de expressão de autopreservação (em ordem crescente) e sinais para seu reconhecimento sendo definidos sucessivamente a urgência de primeiro nível, urgência de segundo nível, urgência de terceiro nível e situação não emergencial.

- Comportamento ou risco autoagressivo: comportamento autoagressivo; tentativa, planejamento ou intenção suicida.
- Comportamento negligente: ideação de morte ("Se eu morresse não me importaria" ou "gostaria de morrer"); ignorar deliberadamente o risco de certos comportamentos (direção perigosa, tomar grande quantidade de sedativos para "dormir", por exemplo) ou se omitir de atitudes essenciais para a segurança (ex: não aplicar insulina prescrita, deixar de usar equipamentos de segurança no trabalho em locais altos), mesmo que não seja admitida a intenção de provocar dano contra si próprio.

- Atitudes de autopreservação parcial: solicita ou admite que precisa de auxílio e colabora para a promoção da própria segurança desde que haja amparo disponível.
- Autopreservação eficiente: Interessa-se pelo seu tratamento e promove seu próprio bem estar sem auxílio.

Prejuízos da autopreservação são observados muito freqüentemente na depressão, mas também é um problema observado nos outros transtornos do humor, nos transtornos ansiosos graves, nas dependências ao álcool ou drogas, nos transtornos alimentares, na esquizofrenia, e mesmo nas demências leves e no retardo mental. Também são observados prejuízos da autopreservação na maioria dos transtornos de personalidade.

1.2. b) Comportamento heteroagressivo

O comportamento agressivo ou a hostilidade são vistos pelos leigos como a principal razão para preocupação ao se lidar com pacientes psiquiátricos. No imaginário popular, atitudes agressivas podem surgir de forma traiçoeira, sem aviso. No entanto, profissionais de saúde mental sabem que é possível observar uma série de sinais preditivos antes que o comportamento agressivo venha a se manifestar. A expressão do comportamento agressivo é habitualmente favorecida pela ocorrência de um fenômeno afetivo característico e reconhecível mesmo por pessoas leigas: a irritação ou, tecnicamente, disforia. A disforia é a sensação afetiva percebida quando o indivíduo percebe estar "com raiva", induz as pessoas a desconfiar da lealdade alheia ou inferir estar sendo prejudicado ou tratado de maneira ultrajante, desrespeitosa. Sob estímulo de um afeto disfórico, os indivíduos tendem a externar atitudes hostis, seja verbalmente, seja através do comportamento. Pacientes psiquiátricos podem se apresentar disfóricos em conseqüência de outros sintomas (um delírio de perseguição, por exemplo) ou em função de patologias do humor (como no transtorno bipolar) entre outras possibilidades. Atitudes hostis estão associadas a risco agressivo e devem ser manejadas como urgência ou emergência. Segue abaixo subescala para avaliação do risco de comportamento heteroagressivo.

As categorias abaixo definem níveis de controle de impulso heteroagressivo em ordem crescente e os sinais para seu reconhecimento sendo definidos sucessivamente a urgência de primeiro nível, urgência de segundo nível, urgência de terceiro nível e situação não emergencial.

- Comportamento heteroagressivo: agride ou tenta agredir outras pessoas ou objetos na presença do examinador.
- Comportamento ameaçador: expressa raiva, indignação ou ultraje e faz ameaças verbais ou por gestos. Pode ter agredido recentemente.
- Comportamento hostil: irritabilidade perceptível, porém colaborativo na ausência de estressores; mantém-se usualmente retraído do contato com outras pessoas e expressa irritabilidade apenas se inquirido ou estimulado.
- Não hostil mesmo sob estresse.

Comportamentos heteroagressivos são comuns nas fases de hiperativação do transtorno bipolar do humor, na esquizofrenia e outros transtornos delirantes e alucinatórios, na intoxicação por álcool ou cocaína, e em transtornos de personalidade do espectro borderino ou anti-social.

1.2. c) Alteração da Crítica: Agitação psicomotora e perda do comportamento pragmático

Alguns mecanismos psicopatológicos graves podem causar tal impacto sobre o comportamento que o mesmo se desorganiza, isto é, perde em graus variáveis suas características adaptativas, tornando-se caótico e muitas vezes despropositado. Em tais condições, a ineficiência do comportamento pode expor o paciente a inúmeros riscos e os cuidados pessoais são habitualmente insuficientes. Em parte das situações onde se verifica prejuízo do comportamento pragmático, isto se dá em virtude de comportamento hipercinético, agitado, ou mesmo expansivo e inconveniente, redundando em desadaptação significativa em relação ao meio. Em ambos os casos, os comportamentos mais desadaptados poderiam ser corrigidos ou evitados caso houvesse preservação da crítica, que é a capacidade de avaliar o próprio funcionamento comportamental e cognitivo. No tocante ao comportamento, a crítica serve para avaliarmos o grau de eficiência e adequação de nossos atos em relação aos nossos propósitos e as expectativas dos que nos cercam. Nas patologias que afetam a crítica, os comportamentos inadequados, desnecessários ou excessivos podem ocorrer sem que os indivíduos sejam capazes de inibi-los, uma vez que não compreendem sua imperfeição.

A subescala abaixo permite estratificar de forma crescente os níveis de preservação da crítica, avaliando o pragmatismo e a contenção psicomotora, sendo definidos sucessivamente a urgência de primeiro nível, urgência de segundo nível, urgência de terceiro nível e situação não emergencial:

Pragmatismo:

- Prejuízo grave da crítica: não é capaz de autocuidados ou de interagir com o meio de forma eficiente mesmo se orientado;
- Prejuízo moderado da crítica: executa autocuidados e tarefas apenas sob orientação contínua de cuidador;
- Prejuízo leve da crítica: executa autocuidados e tarefas de forma eficiente, mas depende de supervisão intermitente;
- Crítica preservada: executa autocuidados espontaneamente, interage com o meio de forma eficiente

Contenção psicomotora:

- Agitação psicomotora: agitação intensa, com impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso, mesmo quando solicitado.
- Inquietação psicomotora: esta se dá na forma de hiperatividade ou fala ininterrupta, responsivas à solicitação para interrompê-las.
- Expansividade: comportamento desinibido, fala loquaz, mas é capaz de perceber espontaneamente a necessidade de se conter.
- Boa contenção psicomotora.

Prejuízos graves da crítica acompanhando prejuízos do comportamento pragmático e/ou da contenção psicomotora são observados na esquizofrenia, nos episódios maníacos do transtorno bipolar do humor, em formas graves de depressão, no retardo mental grave, nos rebaixamentos da consciência e nas demências.

Como se pode depreender no estudo de cada um dos itens acima, a avaliação do estado do comportamento não exige que se faça diagnóstico psiquiátrico preciso e ainda permite reconhecer a emergência e definir seu atendimento. A avaliação global do comportamento vai ser definida pela categoria mais gravemente acometida, determinando a prioridade de intervenção.

2. Abordagem e indicação de manejo emergencial

Da mesma forma que em outras emergências, a abordagem em psiquiatria pode ser organizada em algoritmos abrangentes, sendo cruciais a forma do primeiro contato, a avaliação da consciência e do estado do comportamento e o conhecimento das opções de manejo. O primeiro contato deve ser capaz de suprir o profissional de saúde do maior número de informações, que permitam discernir, preliminarmente, a natureza do comportamento a ser abordado. Uma

vez que tenha notícia de uma possível emergência psiquiátrica, as perguntas mais importantes a se fazer aos que informam a emergência são:

- O que esta acontecendo e em que circunstâncias? (que comportamento e onde está ocorrendo).
- Como esse comportamento evoluiu ou se instalou? (é um fato crônico que piorou ou é um fato novo e imprevisto? Desenvolveu-se de forma insidiosa ou rápida?).
- O que se sabe sobre os antecedentes de saúde do paciente até o momento? (já tem diagnóstico psiquiátrico ou clínico-sistêmico prévio?).
- Houve algum precipitador reconhecível? (especialmente de natureza orgânica como consumo de drogas, álcool, trauma craniano etc...).

Com exceção de possíveis causas orgânicas, devemos evitar buscar causas ou explicações num primeiro momento nas emergências psiquiátricas.

2.1. Abordagem verbal

No primeiro contato com paciente uma rápida observação permite definir boa parte do diagnóstico comportamental do paciente.

- Identifique-se, informe a finalidade do seu contato e a intenção de ajudar.
- Observe a atitude do paciente em relação ao seu contato:
 - É alheio à abordagem (comece a cogitar quadro orgânico);
 - É hostil (cogite necessidade de contenção)
 - É colaborativo (continue entrevistando).
- Caso não tenha ainda sido definida emergência do comportamento heteroagressivo ou não se observe autoagressividade, pergunte "O que está acontecendo com você?" ou "Por que aconteceu este fato?"
- Enquanto o paciente responde às perguntas, identifique a ocorrência de sinais confirmativos de emergência comportamental ou sinais de prejuízo da consciência.

Sinais sugestivos de quadro orgânico:

- Antecedentes do quadro: Uso presumido de substâncias psicoativas; instalação súbita; piora rápida; agudização conhecida de doença clínica; sintomas psiquiátricos graves em idoso sem antecedentes;
- Manifestações clínicas: observe se ocorrem prejuízos dos sinais de vigília abaixo descritos;

Sinais da vigília:

- Olhos espontaneamente abertos; reage ao contato verbal ou visual; realiza tarefa seqüencial (subtrações de 7; soletrar ao contrário; contagem até 20 e regressiva até 0); repete 3 palavras adequadamente, sendo em seguida orientado a memorizá-las; evoca as palavras memorizadas após 3 minutos.

A definição de quadro orgânico determina que, uma vez que o comportamento seja manejado, se faça imediato exame físico e se proceda à investigação das causas.

2.2. Tomada de decisões — condutas

Feita a abordagem, a tomada de informações e reconhecido o comportamento, é o momento de definir a conduta conforme a classificação da emergência. As linhas gerais de conduta são sugeridas abaixo:

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.

* Com exceção de casos de onde se observe necessidade de contenção imediata, informe a conduta ao paciente e observe sua atitude frente a isto.

Urgência de segundo nível

Observação intensiva, medicação de emergência se indicado, 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.

2.3 Abordagem direta: Imobilização, contenção física e farmacológica

Está indicada a abordagem direta quando o examinador observar pessoalmente comportamento heteroagressivo, autoagressivo ou agitação psicomotora. O processo que vai da imobilização até a contenção física e farmacológica é o procedimento de mais alto risco da medicina comportamental, ocorrendo riscos de trauma físico e até mortalidade tanto para o paciente como, em menor grau, para membros da equipe. Por tal razão é necessário que os procedimentos sejam realizados com a melhor técnica possível, o que proporciona segurança e o menor tempo para sua realização. Para tanto, tomada

a decisão de realizar abordagem direta, devem ser avaliadas as seguintes condições para seu início:

- A disponibilidade de materiais e medicação.
- A potencial dificuldade do procedimento
- A disponibilidade de pessoas suficientes para o auxílio
- A compreensão destas das orientações do líder

A equipe mínima para a abordagem direta é de três pessoas, sendo que ao menos um deve ser um profissional de saúde e ao menos 2 devem ter treinamento em imobilização e contenção. Caso a equipe de saúde não seja suficiente para compor a equipe de abordagem direta, pode ser auxiliada por membros dos órgãos de segurança ou pessoas da comunidade. Policiais, bombeiros militares e pessoas da comunidade não devem realizar imobilizações ou contenção sem a participação e coordenação de profissionais de saúde. A abordagem de pessoas possivelmente armadas deve ser feita por força policial, com envolvimento imediato e subsequente da equipe de saúde. O mesmo se aplica a pessoas em locais de risco, que devem primeiro ser resgatadas por bombeiros militares. Abaixo estabelecemos critérios para o dimensionamento da equipe:

- Baixo grau de dificuldade: pessoas desvitalizadas, idosos e indivíduos de baixo peso (40 kg ou menos, incluindo crianças) —> mínimo de 3 pessoas.
- Moderado grau de dificuldade: pessoas eutróficas com grande prejuízo do pragmatismo ou em delirium —> mínimo de 5 pessoas.
- Alto grau de dificuldade: Pessoas de porte atlético ou em segunda tentativa de imobilização —> mínimo de 7 pessoas.

É preciso lembrar que um dos membros da equipe não deverá participar da imobilização e se ocupará de realizar a contenção física no momento imediato em que a imobilização for minimamente estável. É muito freqüente que ocorra a participação de policiais, bombeiros militares, membros da família ou da comunidade em imobilizações difíceis. Em relação a isto é importante que o líder da abordagem possa explicar às pessoas dispostas a ajudar que estas devem seguir suas instruções, evitar primeiramente abordar os membros superiores (que devem ser deixados aos mais experientes), auxiliar onde forem solicitados a dar apoio e conforme orientação do líder. O líder define quem aborda os membros superiores, o que o inclui na maioria das vezes, quem ficará à direita

ou à esquerda e quem fará a contenção. Enquanto ocorre o preparo de materiais e a constituição da equipe, o paciente deve ser observado à distancia segura. Tomadas todas as providências o líder deve se dirigir com o grupo até o local onde se encontra o paciente; deve ocorrer aproximação gradual da equipe enquanto o líder, no centro do grupo, chama a atenção do paciente e o adverte pela última vez que deve cessar o comportamento observado; no momento em que o paciente estiver ao alcance de qualquer membro da equipe, este deve vocalizar um comando de alerta (como "agora!") e deve se iniciar a imobilização com a participação imediata e simultânea de todos.

Uma vez que tenha sido iniciada a imobilização, esta deve se seguir obrigatoriamente da contenção física e esta obrigatoriamente de contenção farmacológica, e este algoritmo nunca deve ser desrespeitado.

Após a primeira aplicação de medicações de urgência, sua readministração se fará a critério médico.

3. As intervenções emergenciais propriamente ditas

3.1. Observação intensiva

A observação intensiva é necessária em todas as urgências de primeiro e segundo nível. Serve para monitorar os comportamentos que constituem risco e determinar a necessidade de contenção física ou medicamentosa no momento adequado. Aliado a isto, o simples fato de estar sendo observado por alguém reduz o risco de suicídio intensamente, sendo a base da intervenção de enfermagem nesse tipo de comportamento.

O procedimento de observação intensiva pode ser realizado no domicílio, em unidade de emergência ou em ambiente hospitalar. Segue abaixo algoritmo para a realização da observação intensiva:

- Informar ao paciente a necessidade de acompanhamento contínuo, de que ele colabore com o acompanhante, permaneça ao alcance da observação do mesmo, não saia do local tranque portas.
- Disponibilizar acompanhantes cientes das regras acima.
- Organizar revezamento de acompanhantes em períodos definidos.

Para ser possível realizar observação intensiva é necessário que as seguintes condições sejam preenchidas:

- Que o paciente seja colaborativo e aceite as condições da

observação.

- Que as pessoas envolvidas saibam a razão da observação e entendam o risco comportamental que afeta o paciente.
- Que haja número suficiente de pessoas disponíveis para um revezamento contínuo.

3.2. Imobilização

A imobilização é o procedimento de restrição manual dos movimentos do paciente, visando com isto realizar a contenção física subseqüentemente. Pode ser realizada com a técnica do "grupo de oito", imobilização contra parede e imobilização em decúbito. Quando o objetivo é realizar a contenção física, a forma final da imobilização deve sempre levar o paciente ao decúbito. A imobilização deve ser realizada sobre locais específicos do corpo, a saber:

- Punhos
- Ombros
- Terço distal da coxa
- Terço proximal da perna

Os membros superiores são a primeira prioridade de imobilização. São necessárias ao menos duas pessoas para o manejo dos membros superiores. No primeiro movimento da abordagem, 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, se possível imediatamente, ou sobre um leito ou contra um anteparo firme. Para a passagem ao chão, após o sinal do líder, 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 à cabeça. Se inicialmente imobilizado em anteparo, os imobilizadores livres abordarão os membros inferiores pelos joelhos para levar o indivíduo ao chão. Uma vez em decúbito dorsal, os braços devem ser mantidos em posição supina e um pouco afastados do corpo e deve-se 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. É freqüentemente necessário cobrir a mão do paciente com uma faixa. Quando a imobilização se revelar instável, os imobilizadores devem se concentrar nos punhos e pedir dois outros imobilizadores para os ombros. Em graus ainda

maiores de dificuldade, mais dois imobilizadores devem apoiar firmemente o terço distal das coxas e proximal da perna, evitando pressionar o joelho, e, em situação de instabilidade, devem se concentrar no terço distal da coxa e solicitar dois imobilizadores para o terço proximal da perna. Em todas as condições, um indivíduo extra deve ficar livre para realizar as contenções, começando pelos membros superiores, liberando assim os imobilizadores mais experientes primeiro. Não sendo possível estabilizar a imobilização, o líder deve interrompê-la e readequar a dimensão ou a composição da equipe.

3.3. Contenção física

A contenção física é a restrição dos movimentos por meio indireto, ou seja, com materiais como faixas de contenção e assemelhados. A contenção física permite uma restrição de movimentos por período suficiente para que seja efetiva a contenção farmacológica, porém é preciso ter em mente que toda forma de contenção física se torna instável ou insegura com o prolongamento do tempo, daí a obrigatoriedade do manejo contensivo medicamentoso.

Indicações para uso de contenção:

- Prevenir ou interromper danos físicos iminentes a outros, especialmente a equipe.
- Prevenir ou interromper danos físicos ao próprio paciente.
- Prevenir ou interromper danos materiais.
- Interromper a agitação psicomotora quando esta for obstáculo absoluto para o atendimento do paciente.

Pacientes contidos devem ser continuamente observados e entendidos como pacientes em estado crítico. A maioria das iatrogenias associadas a mortalidade em psiquiatria ocorre em pacientes em contenção. Os materiais utilizados nas contenções físicas devem ser de tecido largo, preferentemente não elásticos e devem ser resistentes. O corpo não deve ficar inacessível ao exame físico e deve ser possível fazer acessos venosos. Deve-se utilizar técnica que evite o garroteamento dos membros para profilaxia das lesões vasculares ou nervosas. Membros superiores e inferiores devem ser preferentemente contidos em enfaixamento em espiral, separadamente, e as pontas das faixas devem ser ancoradas com mínima folga possível em local de amarração que esteja próximo. Caso necessário, faixas diagonais podem ser apoiadas sobre a superfície anterior dos ombros. Tábuas de transporte constituem um excelente material de base para a contenção física, por contarem com diversos locais de apoio para a

amarração das faixas. Quando o paciente contido é colocado em macas de emergência, estas devem ser abaixadas ao nível do chão pois há risco de quedas

Intervenções relativas à contenção física:

- A contenção mecânica deve ser realizada por uma equipe ao menos 3 pessoas, sendo que apenas uma conversa com o paciente;
- Realizada a contenção, identificar para o paciente e seus familiares os comportamentos que tornaram necessária a intervenção;
- Explicar o procedimento, a finalidade e o período de tempo da intervenção para o paciente e seus familiares, em termos compreensíveis;
- Explicar ao paciente e seus familiares os comportamentos necessários para o término da intervenção;
- Monitorar a resposta do paciente ao procedimento;
- Manter as contenções fora do alcance do paciente;
- Oferecer conforto psicológico ao paciente como necessário;
- Monitorar a condição da pele nos locais de contenção;
- Monitorar cor, temperatura e sensação freqüentemente nas extremidades contidas;
- Posicionar o paciente de modo a facilitar o conforto e evitar aspiração orotraqueal e ruptura da pele;
- Avaliar em intervalos regulares (por exemplo, 30 minutos) a necessidade do paciente da continuidade da intervenção restritiva;
- Retirar contenções gradualmente, à medida que o autocontrole aumenta;
- Ao término discutir com o paciente as circunstâncias que levaram à intervenção.

Documentar a *razão* para a intervenção, condição física do paciente, medicações e seu horário e cuidados de enfermagem oferecidos durante toda intervenção e o motivo para o término da intervenção.

3.4. Manejo farmacológico

Pacientes severamente agitados ou em contenção física precisam ser farmacologicamente contidos, e uma opção segura é o haloperidol, que pode ser dado tanto por via oral quanto por via intramuscular ou intravenosa. Apesar de não ter uma ação rápida nem muito sedativa, o haloperidol tem a enorme vantagem de permitir que o nível de consciência seja avaliado sem grandes distorções, o que facilita a monitoração neurológica em casos onde ainda não se sabe a causa da emergência comportamental. Tem ainda um perfil muito seguro em casos onde a agitação não permite que se faça um exame físico prévio para se conhecer as condições clínicas do paciente.

O haloperidol é administrado sob o regime de 5 mg de 30 em 30 minutos, em caso de agitação instalada, até que se obtenha resposta (diminuição da agitação, não é necessário sedação) e deve ser começado precoce e preventivamente, pois pode levar horas até determinar seus melhores efeitos contensivos. História de comportamento agressivo recente, sinais de hostilidade ou de delirium sugerem que se faça ao menos uma dose para observação posterior. Benzodiazepínicos como o midazolam (de meia vida curta) ou o diazepam (de meia vida longa) podem ser utilizados em associação ao haloperidol para acelerar o efeito contensivo e intensificar o efeito sedativo. O midazolam tem a vantagem de ter efeito mais passageiro no caso de ocorrer perda da consciência. Os diazepínicos devem ser administrados em conjunto com o haloperidol, no mesmo regime de intervalos (10 mg de diazepam ou 15 mg de midazolam), devendo ser suspensos aos primeiros indícios de sedação, deixando-se então o haloperidol isolado. Tal associação, no entanto, é contraindicada em casos onde haja prejuízo provável da consciência (delirium), pois causa rebaixamento ainda mais severo, com maior duração do distúrbio comportamental e prejudica a avaliação da gravidade neurológica. São mais comuns também as depressões respiratórias nesses casos. Como única exceção a esta regra apresenta-se a **síndrome de abstinência ao álcool complicado com delirium**, o que também ocorre com depressores do SNC, sendo nesse caso o diazepam a droga de escolha (20 mg *ev* lento ou via oral, a cada 30 minutos até se obter resposta: diminuição da agitação e dos sinais autonômicos).

Pacientes contidos devem ser observados continuamente, sendo essencial avaliar suas condições clínicas e a necessidade de readequar as medidas executadas.

Tabela 1. AVALIAÇÃO GLOBAL DO COMPORTAMENTO

	Urgência 1º Nível	Urgência 2º Nível	Urgência 3º Nível	Situação Não- Emergencial
Autopreservação	Comportamento ou Risco Autoagressivo	Comportamento Negligente	Autopreservação Parcial	Autopreservação Eficiente
Heteroagressividade	Comportamento Heteroagressivo	Comportamento Ameaçador	Comportamento Hostil	Calmo
Pragmatismo	Prejuízo Grave da Crítica	Prejuízo Moderado da Crítica	Prejuízo Leve da Crítica	Crítica Preservada
Contenção Psicomotora	Agitação Psicomotora	Inquietação Psicomotora	Expansividade	Boa Contenção

