

ROTINAS DE EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

*Maria Regina Gisler Lascombe Augustin**
*Pedro Valter Augustin***

RESUMO: Condutas assistenciais realizadas pela equipe de enfermagem em intercorrências emergenciais de doentes mentais (agudos, crônicos) e deficientes mentais tuberculosos e introdução de condutas adequadas à assistência de enfermagem a estes pacientes.

1 – INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como proposta expor as diversas modalidades de contenções usadas na terapêutica de psiquiatria, assim como contestar propondo alternativas para execução de condutas inadequadas em emergências psiquiátricas no hospital Sanatório Partenon. Trata-se de um hospital clínico especializado no tratamento de tuberculose, atendendo pacientes com tuberculose e doença mental.

Para facilitar e padronizar o atendimento tem-se usado siglas para prescrever e verbalizar os cuidados terapêuticos.

- CV — contenção verbal
- CQ — contenção química
- CM — contenção mecânica
- RF — risco de fuga
- RS — risco de suicídio
- RH — risco de homicídio
- RL — risco de comer lixo
- RSe — risco de sedução
- QS — quarto de segurança
- SN — se necessário
- RA — risco de agressão

Além da contenção verbal, química e mecânica, temos a contenção

*Especialista em Lazer e Recreação. Especialista em Sociologia, Mestranda em Sociologia. Autora (Coren-RS: 23449).

**Licenciado em Enfermagem, cursando Especialização de Metodologia do Ensino Superior, Cursando Especialização em Saúde Mental Comunitária (Residência). Co-Autor (Coren-RS: 15123)

biológica (eletroterapia/insulinoterapia) e a contenção cirúrgica (lobotomia).

Na prestação de assistência usa-se, no serviço as seguintes contenções:

- a) contenção verbal — uso de manejo verbal firme e amigável. Realizada por todos funcionários.
- b) contenção química — utilizada quando o manejo verbal não teve efeito terapêutico satisfatório no paciente, isto é, quando o paciente persiste mentalmente instável em relação aos padrões comportamentais habituais do paciente.

Na CQ é utilizada medicação de manutenção (uso diário) e de controle (uso quando necessário, isto é, em excitação e agitação psicomotora). Esta contenção é realizada por todos os funcionários e quando for SN com a orientação e presença do enfermeiro e ou médico psiquiatra e, na ausência de ambos, pelo médico de plantão.

- c) contenção mecânica — utilizada quando a CV e CQ não tiverem efeitos terapêuticos satisfatórios, especialmente quando o paciente está em auto-agressão ou agredindo alguém. Realizada por todos funcionários com a orientação e presença do enfermeiro ou médico psiquiatra, na ausência de ambos pelo médico plantonista.

É importante que sempre fiquem registradas no prontuário as condições comportamentais do paciente, tipo de contenção usada e porque foi contido.

Situações de emergência psiquiátrica mais comuns no Hospital Sanatório Partenon:

- RF — todo o paciente que quer ir embora sem ter recebido alta hospitalar (não tem condições de saúde para alta).
- RS — pacientes deprimidos (isolados, apáticos, rejeitados e muitas vezes eu fóricos).
- RA/RH — todo paciente com história pregressa de agressão a terceiros e/ou com sinais que não tolera frustrações e socialização.
- RSe — pacientes que tendem envolver-se em atitudes íntimas principalmente com funcionários para ser "atendido melhor" e conseqüentemente dirigir o serviço.

2 — CONTEXTO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

No desempenho da assistência diária, especificamente em situações de emergências psiquiátricas, constata-se que são eventualmente utiliza-

das condutas defasadas as quais tornam-se antiterapêuticas. Além disto, constata-se o descompasso dos procedimentos, isto é, cada turno tem seus próprios critérios para determinada conduta.

Denota-se, então, falta de formalização de uma metodologia teórico-científica para ser utilizada nos diversos tipos de contenção, principalmente quando os pacientes encontram-se em intercorrências emergenciais (RF = risco de fuga, RH = risco de homicídio, RS = risco de suicídio, RS = risco de comer lixo, RSe = risco de sedução).

Fica explícito em observações que alguns funcionários (atendentes de enfermagem, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos) não sabem muitas vezes quando e como realizar uma contenção, isto torna-se mais nítido através de expressões verbais e não verbais habitualmente utilizadas, como por exemplo:

- ameaças verbais, ao invés de manejos verbais firmes e amigáveis.
- linguagem inadequada (gritos, fala em tom alto e brusco, uso de monólogos, uso de palavras carinhosas).
- ameaça de que irá amarrar o paciente, ao invés de dizer vamos conter mecanicamente o paciente para proteção de seu descontrolado.
- afirmação que vai ou irá colocar o paciente na cela ao invés de dizer colocaremos o paciente no quarto de segurança (QS) para proteção de seu descontrolado.
- verbalização de que vai fechar a prisão ao invés de dizer que iremos fechar a unidade para proteção e segurança do paciente e dos demais.
- sedação ou contenção mecânica quando não consegue tolerar e manejar as ansiedades e agressões do paciente.
- permissão para que o paciente faça agressões (verbais e física) e/ou auto-agressões, sem realizar nenhuma terapia fazendo "vistas grossas" porque está com medo.
- medicação em consequência de uma queixa aparentemente orgânica que na realidade é um desconforto psicossomático.
- manutenção das faixas de contenção mecânica soltas ou semi-soltas porque está com pena de amarrar o "coitado do paciente".
- não aceitação de contenção química e mecânica como procedimento terapêutico.

Tendo em vista esta problemática, decidiu-se elaborar normas técnicas e realizar o treinamento do pessoal auxiliar.

3 – REVISÃO DA LITERATURA

Para Kaplan (1984, p.62a) “uma emergência psiquiátrica é um distúrbio de pensamento, emoções ou ações, para o qual considera-se necessário um tratamento imediato.

Com muita frequência, o próprio paciente expressa esta necessidade. Quando interrogado na sala de emergência, o paciente muitas vezes responde com um longo relato de seus distúrbios emocionais crônicos.

No curso da narração, o assunto-chave é freqüentemente omitido, isto é, por que o paciente veio procurar ajuda neste momento? A causa mais comum de distúrbio emocional agudo é a perda de alguma pessoa-chave por morte, separação, divórcio ou abandono. Outra causa é a perda da auto-estima, devida a desemprego, reprovação na escola, cirurgia mutiladora ou outros prejuízos físicos, novas responsabilidades no trabalho, aposentadoria ou o nascimento de um bebê.

Não deve ser esquecido o impacto traumático da separação do psiquiatra sofrido por um paciente cronicamente enfermo, cujo médico saiu em férias sem ter providenciado um apoio adequado durante sua ausência. Devido as barreiras de linguagem ou características culturais, o paciente pode expressar seu pedido de ajuda com queixas somáticas, assim criando maior responsabilidade para o psiquiatra. De todos os diagnósticos feitos na sala de emergência, psicose e neurose são os que apresentam maior potencial de erro: traumatismo craniano, abuso de drogas, espancamento, anormalidades metabólicas e sensibilidade à medicação, todos causam anormalidades comportamentais. Um estado de emergência psiquiátrico pode ser declarado por membros da família, professores ou policiais”.

Brunner (1977, p.1218) “Emergência psiquiátrica constitui uma perturbação urgente e grave de conduta, do afeto ou do raciocínio que torna o paciente incapaz de enfrentar sua situação existencial e seus relacionamentos interpessoais.

Os pacientes que apresentam uma emergência psiquiátrica podem ser hiperativos, hipoativos, deprimidos e desejosos de suicidar-se”.

BRASIL. Ministério da Saúde (1983, p.108) “Emergências são todas aquelas condições clínicas em que um transtorno mental agudo ou subagudo vem causar uma alteração do comportamento de tal gravidade que coloca em risco a integridade física do paciente ou a de terceiros”. Com o objetivo de organizar e praticar uma assistência adequada de enfermagem, elaborou-se esta proposta de trabalho que visa especificamente atender pacientes em emergências psiquiátricas.

4 – LOCALIZAÇÃO E CLIENTELA

4.1 – Localização

As normas técnicas serão implantadas nas unidades de internação, em especial a ala M3, a qual dispõe de recursos materiais necessários para padronizar e utilizar práticas de tratamento em emergências psiquiátricas.

4.2 – População-Alvo

O treinamento em emergência psiquiátrica atingirá todos os funcionários, do sexo feminino e masculino.

A faixa etária será formada de adultos, pertencentes a níveis sócio-econômico-culturais diferentes.

5 – OBJETIVOS

5.1 – Objetivo geral

- Planejar, implantar e avaliar normas técnicas adequadas frente aos diferentes tipos de contenção, segundo indicação, necessidade, condição biopsíquica do paciente, nas emergências psiquiátricas com vistas a melhoria da qualidade da assistência.

5.2 – Objetivos específicos

- Treinar e avaliar a equipe de enfermagem (atendentes, auxiliares) na utilização uniforme de critérios para uso de contenção, nas emergências psiquiátricas.

6 – DEFINIÇÃO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO

O programa mereceu a consideração e aprovação da chefia de Enfermagem e Direção Geral.

O treinamento envolverá todos os membros da equipe de saúde, uma vez que existe um trabalho integrado. A equipe de trabalho é constituída por diferentes profissionais, os quais terão como responsabilidade:

- enfermeiro – planejamento, execução e avaliação;
- médico psiquiatra – avaliação;

- médico clínico — avaliação;
- auxiliar de enfermagem — treinando;
- atendente de enfermagem — treinando.

As aulas serão no anfiteatro do Hospital Sanatório Partenon, horário noturno e fora da jornada de trabalho.

Tipo de aula ministrada {
 — Simulação
 — Devolução

Estratégias {
 — Simulação
 — Entrevista com pacientes
 — Demonstração

7 – RECURSOS HUMANOS

Será necessária a participação de um enfermeiro, um médico clínico, um psiquiatra.

8 – SISTEMA DE AVALIAÇÃO

Este programa será avaliado através do desempenho diário dos funcionários e de reuniões de trabalho sistemáticos.

9 – ALGUNS ASPECTOS QUE SERÃO ABORDADOS NO TREINAMENTO

Aos funcionários serão enfocados prioritariamente os seguintes aspectos:

1. Não entrar desacompanhado no quarto de segurança quando o paciente estiver em contenção mecânica.
2. Manter no mínimo cinco funcionários para ajudar na contenção mecânica. Um funcionário para providenciar medicação se necessária, faixa e chave do quarto, um para ficar com os outros pacientes e os outros para fazer a contenção.
3. Informar-se com a família ou acompanhante se o paciente apresentou alguma doença, ingere drogas e bebidas, hospitalizações anteriores quando e onde, história pregressa da família.
4. Ser franco com o paciente, família e/ou acompanhante explicando sobre possível causa da intercorrência e condutas terapêuticas a serem executadas.

5. Falar com o paciente e escutar suas palavras.
6. Usar linguagem (palavras, expressões) que o paciente conheça e entenda.
7. Ser objetivo, preciso, breve, não repetitivo.
8. Manter uma distância de pelo menos 2,5m do paciente para que não se sinta vigiado ou pressionado.
9. Nunca ficar de frente e nem atrás do paciente.
10. Personalizar cada atendimento, como se fosse o único e mais importante.

Além disto deve-se estar ciente de que todas as práticas de tratamento psiquiátricas devem ser internalizadas para poder-se externá-las, isto é, não se pode desempenhar adequadamente uma atividade técnica sem antes conhecer e acreditar na sua causa, meio e efeito.

Para HORTA (1979, p.4) "transcender o Ser-Enfermagem é ir além da obrigação, do ter o que fazer. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sobre seus cuidados, a experiência vivenciada em cada momento.

É usar terapêuticamente, é dar calor humano, é se envolver (sem base neurótica) com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão".

Na vivência profissional tem-se observado, apreendido com o auxílio do referencial teórico que não se deve dicotomizar a habilidade técnica e humana para que se tenha êxito na assistência de doentes mentais (agudos, crônicos) e deficientes mentais tuberculosos, utilizando como instrumento de trabalho procedimentos, critérios, atitudes amigáveis e firmes, sem temores e imposições. Sem dogmatizar propostas para validá-las, acredita-se que o desenvolvimento do relacionamento humano é o início do conhecimento, compreensão, aceitação e participação assistencial efetiva.

SUMMARY: Care giving conducts demonstrated by a nursing team during emergency intercurrent situations involving (acute and chronic) mental patients and tuberculous mental deficient, and introduction of suitable conducts concerning nursing care given for these patients.

10 – RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Orientação para uso de psicofármacos*. Brasília, 1983. 108p.

2. BRUNNER, Lillian & SUDDARTH, Doris Smith. Enfermagem de emergência. In:———. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. 1218p.
3. EISENBERG, Mickey & COPASS, Michael. *Terapêuticas em emergências clínicas*. 2.ed. São Paulo. Roca. 1984. 448p.
4. HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo, Pedagógica e Universitária. 1979. 99p.
5. KAPLAN, Harold & SADOCK, Benjamin. Emergências psiquiátricas. In:———. *Compêndio de psiquiatria*. 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984. p.624-9.
6. SHADERS, Richard J. *Manual de terapêutica psiquiátrica*. Rio de Janeiro, São Paulo, Atheneu, 1978: 275p.

A N E X O 1

NORMAS DE CONTENÇÕES

- 1ª Opção — Contenção verbal (realizada por todos funcionários)
- 2ª Opção — Contenção química (realizada por todos funcionários, supervisionados pelo enfermeiro ou médico psiquiatra)
- 3ª Opção — Contenção mecânica (realizada por todos funcionários, supervisionados pelo enfermeiro ou médico psiquiatra).

Obs.: Sempre registrar no prontuário as condições comportamentais do paciente, tipo de contenção usada e porque foi contido.

Contenção Mecânica

- 1 — Avaliar as condições clínicas do paciente (sinais e sintomas e após contenção, verificar os SV.)
Retirar do QS todos os objetos que o paciente possa usar para agredir-se ou agredir como (talheres, faixas, isqueiro, comadre, papagaio, vidros, etc. . .)
- 2 — Observar para não conter fortemente o paciente, dificultando a circulação sanguínea; para ter certeza que isso não está ocorrendo de-

xe entre o espaço da faixa um intervalo de 1cm (1 dedo). Conter MSs (pulsos), tronco (tórax) embaixo dos braços, MIs (tornozelos, joelhos, coxa). Não fazer "nós-cegos".

- 3 – Duração da Contenção Mecânica – no mínimo 1h quando ultrapassar maior tempo alternar as posições de 2/2hs.
Posições – MSs para baixo com faixa no tórax, pernas unidas ou um MS para baixo e outro para cima e pernas ajustadas. Nunca devem ficar os MSs eretos para cima e nem estendidos. O tempo de duração é definido pelo médico psiquiatra, na sua ausência pelo enfermeiro da unidade e na ausência de ambos pelo médico plantonista.
- 4 – Verificar os SV, sinais e sintomas (como edemas, escoriações, cor da pele, vômitos, sangramentos, depressão). No mínimo 3 x dia após evoluir no prontuário.
- 5 – Oferecer líquidos e alimentos, observando que a posição do paciente seja adequada (semi-sentado) retirando apenas uma faixa do MS contido.
- 6 – Necessidades fisiológicas (urinar, escarrar, evacuar, vomitar) feitas no QS, oferecer papagaio, escarradeira.
- 7 – Deve ser prescrito medicação SN e CM no momento da admissão para todos os pacientes doentes mentais de alto risco (risco de auto-agressão e ou agressão).
- 8 – Só quem retira do paciente a CM é o médico psiquiatra ou enfermeiro ou médico plantonista.

NORMAS – Fuga de pacientes, risco de agressão, suicídio e homicídio, risco de comer lixo, risco de sedução.

a) Fuga de pacientes

- 1 – Manter as portas fechadas quando há RF de algum paciente.
- 2 – Quando fuga, realizar uma busca no pátio e demais dependências do hospital e avisar à funcionária da portaria (descrevendo o paciente).

- 3 – Comunicar a ocorrência para a supervisora.
- 4 – Evoluir no prontuário e livro de relatório a fuga do paciente.
- 5 – O enfermeiro avisará o administrador sobre a fuga (descrevendo o paciente).
- 6 – Em 24hs. se o paciente não retornar receberá alta (que deverá ser preenchida pelo médico assistente e na sua ausência pelo plantão médico).

b) Risco de agressão, suicídio e homicídio

- 1 – Observar e guardar objetos do paciente e da unidade que o paciente possa usar para auto-agredir ou agredir (como tesoura, faixas, gilete, talheres, medicação, etc. . .).
- 2 – Comunicar verbalmente a supervisora sobre a atitude mental e física do paciente, evoluindo no prontuário e livro de relatório.

c) Risco de comer lixo

- 1 – Observar e guardar a lixeira longe do alcance do paciente todos os resíduos (alimentos, embalagens de medicação, medicações vencidas, papéis, baratas, moscas, escarro, vômitos, fezes, baganas de cigarro, etc. . .).
- 2 – Comunicar verbalmente à supervisora sobre a atitude mental e física do paciente evoluindo no prontuário e livro de relatório de enfermagem.

d) Risco de sedução

- 1 – Observar e manter uma atitude firme e amigável com o paciente, estritamente profissional e não se envolver em atitudes íntimas (como trazer presentes para o paciente, usar palavras carinhosas e "apelidos" para chamar o paciente, não prestar assistência diferenciada, não prestar favores particulares como lavar roupas de pacientes, pagar dívidas de pacientes, comprar mercadorias fora do ambiente hospitalar para o paciente).

- 2 – Comunicar verbalmente o enfermeiro sobre a atitude mental e física do paciente evoluindo no prontuário e livro de relatório de enfermagem.

Endereço do Autor: MARIA REGINA G.L. AUGUSTIN
Author's Address: Comendador Rheingantz, 436/302
Bairro Mont'Serrat
90.000 – PORTO ALEGRE (RS) BRASIL