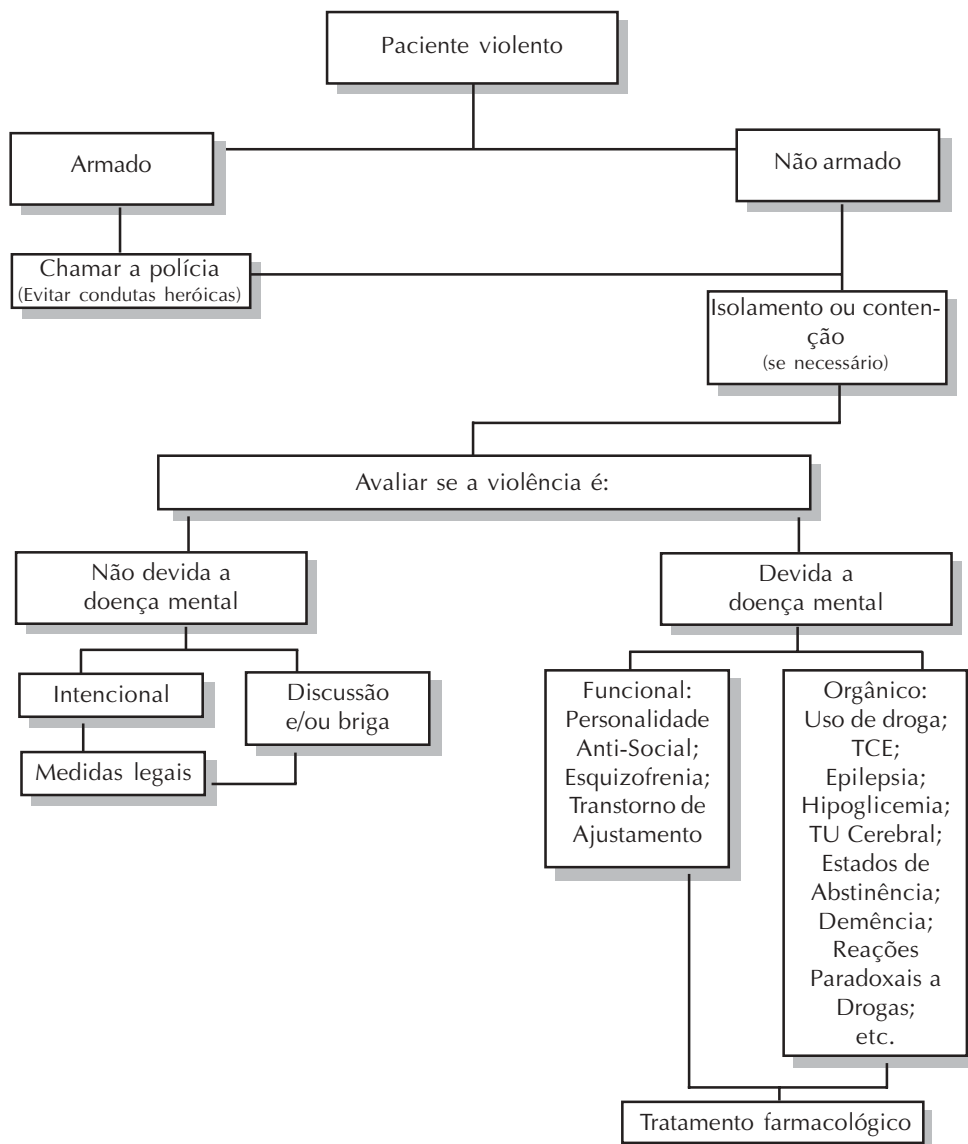




Emergências Psiquiátricas

Avaliação do Paciente Violento





PACIENTE VIOLENTO

- Paciente com pensamentos homicidas, fantasias de violência, tortura e mutilação
- Pacientes que dizem estar com muita raiva, impulsos coléricos
- Fisicamente agitado, psicótico, encolerizado, paranóide, intoxicado ou delirante, voz alta, estridente ou gritada, comentários pejorativos, difamatórios ou sexualmente agressivos (considerar qualquer ameaça feita pelo paciente)
- Indicadores não verbais: olhos arregalados, comportamento exigente e tenso, postura inclinada para frente e em estado de hipervigilância
- História conhecida de atos violentos, baixa auto-estima ou paranóia
- Pacientes de maior risco: sexo masculino entre 14-24 anos, baixo nível educacional, história de abuso de drogas, violência familiar, registro de detenções, história recente de vários empregos.

Obs.: suspeitando de violência iminente ou estando o paciente agitado, considerar necessidade da presença de um segurança, da realização da entrevista com outra pessoa presente ou com a porta aberta e com os membros da equipe claramente visíveis.

Não permitir que os pacientes andem pelos corredores ou sejam deixados sozinhos em uma sala, quando agitados ou muito irritados.

CONTENÇÃO FÍSICA – PACIENTE INTENSAMENTE AGITADO

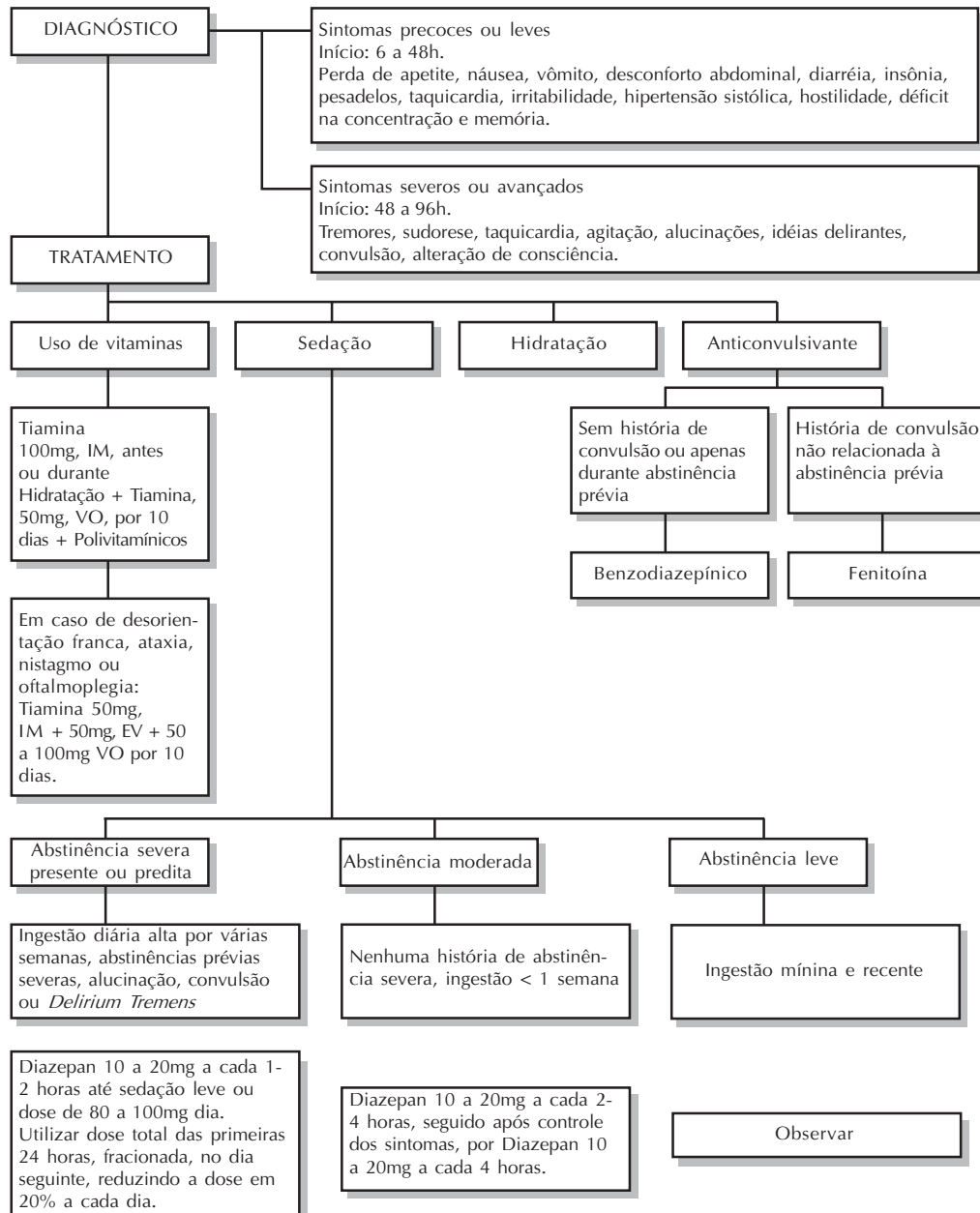
- Tentar contenção voluntária; pedir para deitar e explicar o propósito da contenção, não atendendo, não barganhar com o paciente;
- Utilizar cinco pessoas: uma para cada membro e uma para a cabeça;
- Após contenção, supervisão a cada 15 minutos e tentativa de falar com o paciente a cada 2 horas;
- Nova entrevista médica após contenção;
- Decidir pelo uso ou não de medicamentos (a contenção pode resultar em melhora da agitação sem uso de medicamento).

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Haldol, 05mg, im, a cada duas horas, associado ou não a Diazepan (como potencializador do efeito do Haloperidol), 05 a 10mg, ev, a cada duas horas.
- O Haloperidol pode ser substituído pela Clorpromazina (amplictil), 10mg, ev, a cada 1 hora (risco de hipotensão e diminuição do limiar convulsivo).
- Em paciente idoso com causa orgânica para a agitação: Haldol, 01 a 05mg ao dia (podendo chegar a doses habituais de 10 a 15mg ao dia, em alguns casos).



Tratamento de Abstinência Alcólica



- Obs.:**
1. Lorazepam poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
 2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);
 3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
 4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodiazepínico de forma mais lenta.



Avaliação do Paciente com Risco de Suicídio

Escala Sad Persons (Paterson, 1983)

Sexo	1 se masc.; 0 se fem.
Idade	1 se < 19 anos ou > 45 anos
Depressão	1 se presente
Tentativa anterior	1 se presente
Abuso de álcool	1 se presente
Perda do pensamento racional	1 se paciente psicótico
Perda do apoio social	1 se presente (principalmente perda recente)
Plano organizado de suicídio	1 se presente e método letal
Não casado	1 se divorciado, viúvo, separado ou solteiro
Doença	1 se doença crônica, debilitante e severa

Utilização da escala (Paterson, 1983)

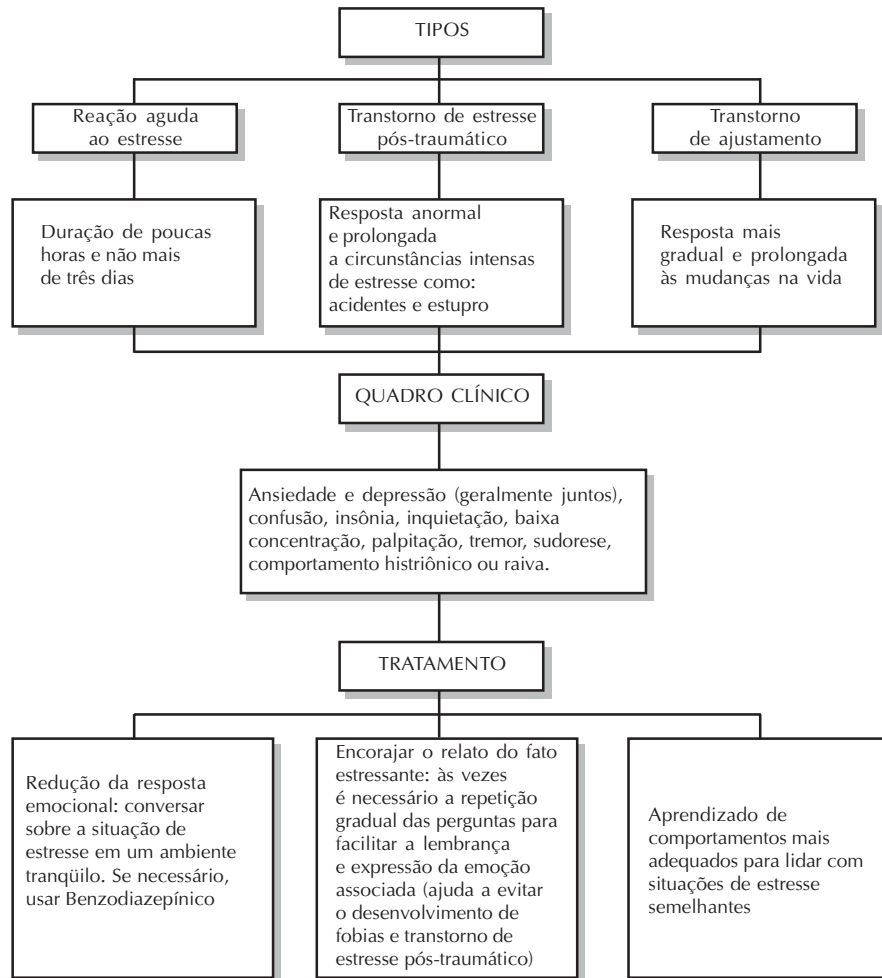
Total	
0 a 2	Não hospitalizar, acompanhamento ambulatorial
3 a 4	Acompanhamento estreito, considerar hospitalização
5 a 6	Hospitalização deve ser fortemente considerada
7 a 10	Hospitalização

FATORES PREDITORES DE SUICÍDIO APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO:

Evidência de intenção séria; transtorno depressivo; abuso de álcool e outras drogas; tentativas de suicídio prévia; isolamento social; idoso (mulher apenas), sexo masculino e sentimento de falta de esperança.



Reação a Experiências Estressoras





Abordagem Psicológica do Paciente Terminal

Solicitação da família para não informar ao paciente sobre sua doença

Conduta: avaliar motivo da solicitação pela família, valorizando sua razão e a possibilidade dela estar correta. Solicitar entrevista com o paciente, sem intenção de revelar o diagnóstico, para sondar o nível do conhecimento do paciente sobre sua patologia. Caso o paciente saiba e questione o médico, relatar a verdade, dentro do limite de conhecimento desejado pelo paciente e conciliá-lo com a família.

Informação do diagnóstico ao paciente terminal

Conduta: sentar em local privativo com o paciente (permanecer em pé sugere pressa e dificuldade em lidar com a situação). Solicitar a presença de familiar ou amigo para ajudar na adaptação psicológica do paciente. Avaliar o quanto de informação o paciente deseja, observando sua reação ao anúncio da seriedade do seu estado ou relatar ao paciente que após o término dos exames voltará a se reunir com ele para informá-lo sobre seu quadro. Se o paciente expressar o desejo de não saber mais nada finalizar com uma colocação da conduta a ser realizada, utilizando-se de um eufemismo do tipo “será retirada uma massa do seu abdome”. Caso deseje mais informações, fornecê-las de forma gradual, observando até que ponto o paciente deseja saber (isto também ajuda a uma adaptação psicológica progressiva). Se o diagnóstico for sugerido ou solicitado de forma direta pelo paciente, responder de forma breve, descrevendo o problema de forma a dar tempo ao paciente de expressar seus sentimentos. Assegurar a continuidade do atendimento e dos cuidados médicos.

Evitar táticas de distanciamento do tipo:

Normalização: o desconforto ou sofrimento do paciente é explicado como inevitável e normal naquela situação (prefira perguntar pela razão do sofrimento);

Apoio prematuro: logo após o paciente manifestar sua preocupação, mostrar uma solução positiva (interromper o diálogo, evitando que o paciente expresse seus sentimentos);

Informações prematuras: interromper o diálogo evitando o aprofundamento da relação médico-paciente durante a entrevista;

Mudança de assunto durante abordagem de questões problemáticas para o paciente;

Oferecer falsas esperanças;

Minimizar a situação de sofrimento;

Modificação do protocolo para avaliação do paciente violento;

Manejo farmacológico;

Haldol, 05mg, ev, a cada duas horas, associado ou não ao Diazepan (como potencializador do efeito do Haloperidol), 05 a 10mg, ev, a cada duas horas. O Haloperidol pode ser substituído pela Clorpromazina (ampticil), 10mg, ev, cada 1 hora (risco de hipotensão e diminuição do limiar convulsivo).