



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Medicina Psicossomática e Psiquiatria

Versão eletrônica atualizada em fev/2012

ATENÇÃO AO PACIENTE AGITADO / AGRESSIVO

Descrição Resumida

Inclusão dos Ambulatórios de Quimioterapia, Radioterapia, Centro de Reabilitação e Núcleos Assistenciais dos Consultórios na rotina da Avaliação de Risco Psiquiátrico

Dados Gerais

Estabelecer condutas para o controle de quadro comportamental de Agitação e/ou Agressividade, visando a possibilidade de diagnóstico clínico, psiquiátrico e situacional, com instituição de terapêutica e/ou medidas assistenciais e ambientais necessárias á preservação da integridade do paciente e dos demais.

Objetivos

Padronizar condutas para a sistematização do atendimento a estes pacientes levando em conta 4 Fases de Assistência:

1- Identificação de Fatores de Risco para Comportamento Agitado e/ou Agressivo

2- Identificação de Sinais Preditores ou Iminência de Comportamento Agitado e/ou Agressivo

3- Evento de Agitação e/ou Agressividade

4- Continuidade da Assistência após o evento

Indicação:

1- Pacientes que apresentem Fatores Causais, Fatores de Risco ou Sinais Preditores associados a comportamento agitado e/ou agressivo

2- Pacientes que apresentem estado de excitação mental e de atividade motora aumentada, cursando com agressividade manifesta, possuindo um ou mais componentes:

- Alteração da psicomotricidade
- Desorganização psíquica, com comprometimento de crítica

- Agressividade auto ou hetero dirigida

Contraindicação:

Não se aplica

Responsáveis

Unidades de Internação

- 1- Equipe de enfermagem
- 2- Médico do código amarelo
- 3- Segurança
- 4- Transporte
- 5- Equipe do Risco psiquiátrico
- 6- Equipe da Retaguarda de Psiquiatria
- 7- Médico Titular do paciente

Unidades de Pronto Atendimento

- 1- Administrativo
- 2- Equipe de Enfermagem
- 3- Médico Plantonista
- 4- Segurança
- 5- Transporte
- 6- Retaguarda de Psiquiatria

Unidades Ambulatoriais, Centro de Reabilitação e MDP

- 1- Administrativos
- 2- Equipe Multidisciplinar
- 3- Equipe de Enfermagem
- 4- Médico plantonista da unidade
- 5- Risco psiquiátrico
- 6- Equipe do Código Amarelo
- 7- Médico Titular

Orientações

Pré Procedimento:

Levar em conta a possibilidade de ocorrência de evento de agitação e/ou agressividade

Pós Procedimento:

Revisão constante de processos

Material

Restritores mecânicos

Carro de emergência Descrição do Procedimento

Procedimentos serão descritos abaixo para cada uma das 4 Fases de Assistência

Após a descrição será apresentado o Fluxo de Conduta, com considerações sobre as especificidades de cada unidade

FASE 1

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES CAUSAIS E/OU FATORES DE RISCO PARA COMPORTAMENTO AGITADO E/OU AGRESSIVO

Nesta fase a equipe de saúde identifica, em qualquer momento da internação ou da presença do paciente na unidade, pacientes com maior possibilidade de desenvolver o quadro, levando em conta Fatores Causais e Fatores de Risco presentes.

Fatores Causais para Comportamento Agitado e/ou Agressivo :

Delirium

Demências

S. manietiformes

S. catatônicas

Quadros histéricos

S. fóbico-ansiosas

Oligofrenia

Transtornos de personalidade (antisocial, instável-borderline, impulsiva)

Transtornos mentais decorrentes do uso de drogas

Intoxicações ou abstinência

Transtornos mentais da infância: TDAH, Transtornos Pervasivos do desenvolvimento, Transtornos de conduta

Agitação no paciente epiléptico

Reação a estresse interpessoal

Distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiperglicemia)

Infecções, hipertireoidismo, uremia, insuficiência hepática

Intoxicações (solventes, inseticidas, medicamentos)

Fatores de Risco para Comportamento Agitado e/ou Agressivo
Comportamento violento anterior

Transtornos Psicóticos progressivos – Esquizofrenia, mania

Sintomatologia psicótica atual – em particular sintomas paranóides ou alucinações de comandos

História de comportamento auto-agressivo ou suicídio

História de condutas delinqüentes

Depressão

Abuso ou dependência de álcool e drogas

Transtorno Bipolar

Delirium

Evidência de stress severo – em particular perdas ou ameaças de perdas

Efeito de drogas ou medicações– desinibição, acatisia

Condutas gerais:

- Profissional que identifica o risco avisa o restante da equipe de saúde.
- Na internação, Ambulatórios de Quimioterapia e Radioterapia, Centro de Reabilitação e Núcleo Assistencial dos Consultórios procede-se à Notificação de Risco Psiquiátrico.
- Nas demais unidades deve ser avisado o médico plantonista.
- A segurança é acionada para passar mais freqüentemente a ronda na unidade
- A equipe de Avaliação do Risco psiquiátrico mantém monitorização durante a internação ou até a cessação do risco

FASE 2

IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS PREDITORES OU IMINÊNCIA DE COMPORTAMENTO AGITADO E/OU AGRESSIVO

Nesta fase a equipe de saúde detecta elementos que sugerem a possibilidade concreta de uma escalada do comportamento atual do paciente para um quadro de agitação e/ou agressividade.

Sinais Preditores de Comportamento Agitado e/ou Agressivo

Falar alto, “xingar”, maltrato verbal, linguagem ameaçadora, comentários pejorativos

Aumento de exigências

Não querer presença equipe no quarto

Recusa de medicação e procedimentos, desacato à conduta da equipe de saúde

Jogar coisas no chão, impaciência e inquietude

Expressão facial de tensão ou raiva

Exacerbação de parâmetros vitais (respiração, ritmo cardíaco, pupilas dilatadas, tensão muscular)

Aumento do discurso

Movimentação errática

Contato visual prolongado

Descontentamento, recusa de se comunicar, retraimento, medo, irritação

Processo de pensamento desestruturado e concentração pobre

Delírios ou alucinações com conteúdo violento

Ameaças verbais ou gestos

Comportamento semelhante àquele que precedeu outros eventos disruptivos

Relato de raiva ou sentimentos de violência

Bloqueio rotas de saída

Condutas Gerais:

- Profissional que identifica sinais avisa a equipe sobre a situação presente
- Preparação da equipe para possível necessidade de intervenção
- Equipe de segurança é bipada e passa a permanecer na unidade
- Equipe passa a executar a Postura de Redução de Risco*
- Equipe observa e identifica possíveis Fatores de Provocação**, modificando a situação para evitar os mesmos



- Equipe observa e identifica Fatores de Controle***, priorizando estas situações sempre que possível
- Equipe avalia necessidade de manter Observação**** do paciente, levando em conta o tipo de procedimento que melhor se adequar ao caso
- Equipe avalia possibilidade de Intervenção Medicamentosa Preventiva*****
- Após medidas iniciais, faz Notificação de Risco Psiquiátrico nos casos em que este ainda não havia sido notificado. Se necessário, comunica situação diretamente á equipe da Avaliação do Risco Psiquiátrico através de celular institucional

*Postura de Redução de Risco

Apenas um membro da equipe lidera a ação: enfermeira, médico

Sugere-se e encaminha-se o paciente a lugar apropriado

Nenhum membro da equipe fica sozinho: presença de outros membros da equipe no local ou próximo.

Outras pessoas são retiradas da área

Explica-se aos acompanhantes e ao paciente cada procedimento ou ação

Não são relevadas ameaças, perguntam-se fatos sobre o problema, negociam-se situações realísticas, pergunta-se com clareza e interesse razões da raiva, mostra-se cuidado com gestos e atitudes não verbais, ouve-se com calma, queixas não são minimizadas

Tomam-se providências para que a ação não verbal do paciente mantenha-se não provocativa ou ameaçadora, porém sem atitude agressiva.

Equipe mantém-se não suscetível a provocações

Identificam-se e priorizam situações que acalmam

Identificam-se e evitam-se situações que aumentem a agitação do paciente

**Fatores de Provocação: aqueles envolvidos no desencadear ou piora do comportamento agitado e/ou agressivo do paciente.

Podem ser de:

- de atitude
- situacionais
- organizacionais
- ambientais

***Fatores de Controle: aqueles que facilitam a diminuição do estado de excitação mental e de atividade motora aumentada ou agressividade do

paciente

- Presença ou retirada de familiares ou acompanhantes.

****Observação

A- Sinais que podem servir de orientação para a avaliação da necessidade de iniciar ou manter observação do paciente:

- História de tentativa de suicídio, comportamento auto-agressivo e ataque violento a outros
- Alucinações, particularmente vozes que digam para machucar outros
- Idéias paranóides em que os outros são ameaçadores
- Idéias e pensamentos de agressão auto e/ou hetero dirigida
- Ameaça verbal
- Abuso ou dependência de álcool e drogas
- Pobre aderência, ou não aderência a medicações e tratamentos
- Mudança marcante no comportamento ou na medicação
- Fatores de risco para comportamento agitado e/ou agressivo

B- Tipos de observação:

- Observação geral- não há cuidados específicos adicionais
- Observação Intermitente: paciente em provável escalada para crise de agitação e/ou agressividade- a cada 15 ou 30 minutos
- Observação contínua: pacientes que a qualquer momento podem se machucar ou a outros- retirar instrumentos e materiais potencialmente perigosos do local, manter bom contato com o paciente
- Observação próxima (“arms-length”): mais perigoso sempre mais do que um membro do staff presente, levar em conta dignidade, privacidade, sexo, bom contato com o paciente

C- Cuidados:

- A Observação do paciente deve ser cuidadosamente restrita ao mínimo necessário
- Manter Observação do paciente apenas se não houver redução na escalada para comportamento agitado e/ou agressivo
- Sempre providenciar local previamente determinado e acordado pela equipe de saúde para proceder à Observação
- Equipe pode iniciar Intervenção medicamentosa preventiva

*****Intervenção medicamentosa preventiva: Pode ser efetuada nas unidades de internação, Ambulatórios de Quimioterapia e Radioterapia, Centro de

Reabilitação e Núcleo Assistencial dos Consultório, através de prescrição ou ordem médica telefônica do médico titular, ou sob orientação médica na UPA e nas unidades ambulatoriais:

Avaliar se existem medicações que o paciente não está tomando– possível abstinência

Sempre priorizar medicação VO

Sempre priorizar medicações já usadas anteriormente pelo paciente, por maior segurança– na internação, fazer contato com o titular do caso

Priorizar BZD, a não ser em caso de sintomatologia psicótica evidente ou evidência de sintomatologia orgânica. Nestes casos, priorizar neurolépticos.

Em caso de suspeita de organicidade, pode priorizar ainda BZD de curta duração (lorazepam)

Priorizar BZD de longa duração se evidência de Síndrome de Abstinência ao Álcool

FASE 3

EVENTO DE AGITAÇÃO E /OU AGRESSIVIDADE

Esta fase pressupõe estado de agitação psicomotora e/ou agressividade instalado e necessita sempre de uma intervenção

Para a assistência nesta fase é primordial a presença de um médico, que poderá ser o código amarelo na internação clínica HIAE, nas Unidades Ambulatoriais, no Centro de Reabilitação, nos Núcleos Assistenciais dos Consultórios e nas unidades de MDP da Unidade Morumbi, ou o médico plantonista nas Unidades de Pronto-Atendimento, nas Unidades de Pacientes Graves e nas unidades do MDP externas.

Se necessário, entra-se em contato com a equipe de Avaliação de Risco Psiquiátrico para discussão e orientação à distância.

Objetivo da Intervenção: Alcançar tranquilização suficiente para minimizar o risco para paciente e outros

São premissas importantes:

- Sempre manter foco da dignidade e privacidade do paciente
- Sempre explicar razões da conduta tomada

- A ação e a resposta da equipe de saúde ao evento necessita ser coletiva, coesa e a rotina conhecida e acordada previamente com toda a equipe, através de treinamento.

Técnicas de Intervenção:

As técnicas usadas para intervenção em eventos de agitação e/ou agressividade podem incluir, sempre a critério médico:

- O uso de psicofármacos – Tranquilização Rápida;
- O uso de intervenção física– Restrição Física

A- Tranquilização Rápida

- Consiste na utilização de medicações para contenção rápida ou inevitável do quadro, com foco na minimização de riscos para paciente e outros.
- A opção de medicação deve sempre levar em conta desordens físicas concomitantes, como alteração renal, hepática, cardiovascular ou neurológica e medicações de uso concomitante.
- A opção de medicação deve sempre levar em conta as diferenças de idades, primordialmente idosos e crianças, doenças clínicas associadas, medicações em uso, presença de sintomatologia psicótica, presença de intoxicações e possíveis quadros de abstinência.
- Sempre que possível deve ser priorizada medicação oral
- Podem ser usados, para potencialização das medicações, BZD e neurolépticos de alta potência em conjunto
- Priorizar neurolépticos de baixa atividade cardiovascular (haloperidol)
- Durante e após a tranquilização rápida, sempre monitorizar parâmetros vitais e saturação de oxigênio
- Não administrar duas medicações IM na mesma injeção

Riscos potenciais da Tranquilização Rápida

- Sedação exagerada causando perda da consciência ou do estado de alerta
- Colapso cardiovascular ou cardíaco
- Interações medicamentosas com drogas prescritas ou ilícitas

Riscos específicos por classe de droga de potencial escolha

- BZD– perda de consciência, depressão respiratória, colapso se associação com clozapina



- Antipsicóticos– perda de consciência, complicações cardiovasculares, convulsão, acatisia, distonia, discinesia, Síndrome Neuroléptica Maligna
- Antihistamínicos– sedação excessiva, dor à injeção, efeitos muscarínicos (constipação intestinal, dificuldades de memória, boca seca, visão borrada, retenção urinária)

Cuidados

- Presença de alargamento de QT congênito
- Medicamentos que aumentem QT
- Hipo/hipertermia, exaustão física, emoções ou estresse extremo
- Cuidados com doses prescritas

Vias de Administração de Medicamentos

Administração de medicamentos Via Oral:

- Aguardar tempo suficiente para efeito
- Contexto psicótico: considerar BZD mais antipsicótico
- Contexto não psicótico: considerar BZD

Administração de medicamentos IM:

- Quando VO não é possível por recusa, falha, falta de resposta atual proporcional ou história anterior de insuficiente resposta clínica
- Levar em conta o tempo de resposta necessário entre doses
- Mudar para medicação VO assim que possível
- Contexto não psicótico– considerar BZD
- Contexto psicótico ou agressividade física marcante:
 - Considerar BZD junto com haloperidol(sempre ter perto medicamentos para efeitos extra-piramidais)
 - Considerar olanzapina (cautela se tiver sido previamente usado lorazepam VO)

Administração de medicamentos EV:

- Apenas excepcionalmente
- Se necessário sedação imediata
- Considerar BZD ou haloperidol

- Atenção a sintomas de:
 - Depressão respiratória
 - Distonia
 - Distúrbios cardiovasculares
- Presença do médico deve ser constante até a certeza de não haver riscos pela medicação

Após Tranquilização Rápida

- Médico que assistiu ao evento decidirá qual a unidade da instituição será ideal para a monitorização do paciente após a Tranquilização Rápida e até estabilização do quadro
- Se necessário, entra em contato com equipe da Avaliação de Risco Psiquiátrico para orientação sobre políticas e/ou discussão do caso
- Monitorizar sinais vitais em intervalos definidos pelo médico de acordo com a Política Institucional de Sedação, levando em conta particularmente o nível de consciência e oxigenação (priorizar o uso de oxímetros)
- Monitorização intensa se:
 - Paciente aparenta estar sedado
 - Administração EV
 - Evidência de ingestão de drogas ilícitas
 - Eventos de alto risco
 - Doença clínico-cirúrgica importante e uso de medicação
 - Se ausência de resposta verbal, providenciar nível de cuidados de anestesia geral – ver Política Institucional de Sedação

ADENDO:

Sugestão de medicações e respectivas doses no manejo da agitação psicomotora na criança e no adolescente:

- Não há até o presente momento, um protocolo para o manejo de crianças ou adolescentes com agitação psicomotora nos serviços de emergências no Brasil e nos EUA. Baseado na revisão da literatura específica, propomos uma sugestão para a abordagem medicamentosa para o manejo da agitação psicomotora em crianças e adolescentes num ambiente de emergência hospitalar.

Medicações frequentemente usadas no manejo da agitação sicomotora

Droga	Apresentação	Meia-vida (horas)	Doses recomendadas	Efeitos colaterais
Diazepam	oral	30-60	a partir dos 6 meses: 0.04-0.2mg/kg/dose	sedação, depressão respiratória e efeito paradoxal
Clonazepam	oral cp/gts	18-50	a partir dos 10 anos ou 30 kg: 0.01-0.03mg/kg/dia uso "off-label"	sedação, depressão respiratória e efeito paradoxal
Haloperidol	intramuscular oral cp/gts	21	0.025-0.075mg/kg/dose	distonia aguda, síndrome neuroléptica maligna (raro), sedação
Risperidona	oral cp/susp	20	Autismo infantil >5 anos THB >10 anos Esquizofrenia >13 anos 0.25mg (id escolar) - 2.0mg (adolesc.)/dia	distonia aguda, síndrome neuroléptica maligna (raro), sedação

Fonte: Green WH. Child and adolescent clinical psychopharmacology, 4ªed. Lippincott Williams & Williams, Philadelphia: 91-121, 2007.

B- Restrição física (Ver Política e Rotinas Institucionais de Restrição)

- A restrição física como intervenção para pacientes com Comportamento Agitado e/ou Agressivo constitui uma opção de conduta médica que visa minimizar os riscos de um determinado comportamento, disruptivo ou ameaçador da integridade do paciente ou de terceiros
- Pode ser usada para prevenir dano iminente ao paciente ou a outros ou para prevenir dano a estruturas físicas
- Pode ser usada quando a Postura de Redução de Risco* não foi efetiva e há risco determinante para o paciente e para os demais



- Levando-se em conta os riscos e perigos envolvidos num procedimento de restrição física, esta deve sempre constituir uma última opção terapêutica, devendo ser evitada sempre que possível. Quando realizada, deve ser interrompida assim que possível, não devendo ser usada por períodos prolongados
- Pode constituir opção de conduta médica provisória em casos em que exista uma contraindicação do uso imediato de medicações por situação clínica ou por necessidade de manter a consciência para diagnóstico rápido e preciso.
- A escolha do uso de Restrição Física nos pacientes com Transtornos Psiquiátricos e/ou Transtornos de Comportamento deve ser baseada em demandas clínicas e de segurança para a equipe de saúde e paciente
- O nível de força aplicado deve ser justificável, apropriado, razoável e proporcional à situação específica, devendo ser utilizado pelo menor tempo possível.
- A opção do uso da Restrição Física como intervenção deve ser considerado independente da opção por uma conduta de Tranquilização Rápida*. No entanto, pode constituir, a critério clínico, conduta temporária concomitante que propicia e favorece o efeito da mesma
- Na opção e durante o procedimento, sempre levar em conta desordens físicas concomitantes*, como alteração renal, hepática, cardiovascular ou neurológica e medicações concomitantes.
- São contra-indicações de restrição pacientes com condições extremas de instabilidade física e mental, como crianças e adolescentes, a não ser que absolutamente indicada e acompanhada por supervisão direta; em pacientes com delirium ou demência que não possam suportar ambiente com redução de estimulação; pacientes declaradamente suicidas que possam usar a restrição como instrumento de suicídio; por punição ou conveniência da equipe.
- Quando existe presença de comportamento agitado e agressivo, manter continuidade da Postura de Redução de Risco durante todo o procedimento
- Sempre manter a liderança de um profissional apenas durante todo o procedimento: médico, quando presente, enfermeira, na sua ausência.

FASE 4



CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA APÓS O EVENTO

Sempre proceder á avaliação clínica após a Intervenção.

Se não tiver ainda sido feita a notificação anteriormente, notificar o Risco Psiquiátrico quando o evento ocorrer nas Unidades de Internação.

Discutir com a Equipe do Risco Psiquiátrico, Titular do caso e/ou psiquiatra do paciente a possível necessidade ou não de avaliação e tratamento psiquiátrico.

Reavaliar o melhor local para continuidade de tratamento do paciente pós-evento, levando em conta a sua condição clínica, a qualidade do atendimento e a segurança.

Revisão contínua de processos