


O desafio da agitação psicomotora na prática clínica

The challenge of psychomotor agitation on clinical practice

Celia Mantovani 

RESUMO

Neste artigo discutiremos aspectos clínicos no manejo da agitação psicomotora, uma condição clínica que ocorre com frequência em setores de atendimento de saúde de urgência. O manejo da agitação psicomotora pode ser desafiador para o profissional de saúde, especialmente devido aos riscos que podem estar associados, quer seja para o paciente ou para a equipe de saúde. Por esta razão, a utilização de uma tomada de decisão baseada em um protocolo passo-a-passo é de fundamental importância para o sucesso. Deve-se iniciar tendo em conta os três passos fundamentais no manejo de agitação, a saber: ambiental, atitudinal e farmacológico. Estes passos podem ser resumidos em: resolver ou mitigar qualquer causa médica geral de base, garantir a segurança do paciente e equipe (ambiental), manejo atitudinal através de técnicas de desescalada do comportamento, e, como último recurso, intervenções farmacológicas. A segurança do profissional na aplicação destes princípios é de fundamental importância na prevenção de consequências sombrias da agitação psicomotora, como ferimentos graves e trauma emocional para pacientes e equipe de saúde, e no tratamento adequado da condição médica geral e/ou psiquiátrica que esteja precipitando a agitação.

Palavras-chave: Agitação psicomotora, Paciente violento, Desescalada do comportamento, Tranquilização rápida, Tratamento, Intervenção farmacológica.

ABSTRACT

In this article we will discuss the clinical approach for the management of psychomotor agitation, a common occurrence in emergency health care settings. The management of psychomotor agitation might be challenging for the health care provider, especially due to the associated risks for the patient and health care team. Thus, the utilization of a stepwise protocol is paramount for the success of this approach. The intervention should start by taking into account three fundamental steps in the management of agitation, such as: environmental, behavioral, and pharmacological. These steps could be summarized as: addressing or mitigating any underlying medical condition, warranting the safety of patient and health care personnel (environmental), behavioral management through de-escalation techniques, and as a last resource, the utilization of pharmacological interventions. The confidence of the health care provider in applying these principles is essential in the prevention of somber consequences of psychomotor agitation, such as severe injury and emotional trauma risk for patients and health care staff, and in the appropriate treatment of the general medical condition and/or psychiatric condition that could be the culprit of the agitation.

Keywords: Psychomotor agitation, Violent patient, Behavioral de-escalation, Rapid tranquilization, Treatment, Pharmacological intervention.

POR QUE O MÉDICO NÃO-PSIQUIATRA PRECISA SABER SOBRE ESSE TEMA?

A agitação psicomotora é uma emergência médica que está em grande parte relacionada ao atendimento a pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, também podendo ocorrer em diversas outras situações clínicas, tais como enfermarias, unidades de tratamento intensivo¹, ou até mesmo em clínicas de atendimento ambulatorial em qualquer especialidade.

Trabalhadores da saúde atuando no setor de emergência, quer seja em salas de trauma de pequenos hospitais ou em salas de urgência em hospitais terciários de alta complexidade, invariavelmente encontrarão em algum de seus turnos um paciente em agitação psicomotora^{2,3}.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. (SP), Brasil



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.221903>

INTRODUÇÃO

Definição e histórico

A definição de agitação psicomotora baseia-se na observação de uma alteração aguda, muitas vezes súbita, no comportamento, com aumento de atividade motora, verbal, quase sempre redundante ou sem objetivo claro, por vezes progredindo num crescendo para inquietação evidente, elevação do volume de voz, uso de discurso ameaçador, podendo culminar em atos de agressão contra a equipe de saúde, outros pacientes, e mesmo autoagressão⁴.

Tais episódios podem surpreender o profissional de saúde que não esteja preparado para atuar no manejo desta condição, levando a situações de tensão que podem culminar com riscos para o paciente, equipe, e até mesmo outros pa-

cientes em atendimento no local. Consequências para profissionais da saúde e pacientes podem ser de ordem psicológica ou física, sendo uma das causas maiores de estresse para trabalhadores dos quadros de atendimento em urgência^{4,5}.

Devido ao risco de violência que um estado de agitação psicomotora pode acarretar, o desafio que se apresenta ao profissional de saúde é grande, uma vez que há lacunas no treinamento e capacitação, levando a reações de medo, preconceito, e estigmatização em relação a pacientes psiquiátricos^{4,5}. Embora seja difícil determinar o risco de agressão que um paciente pode representar, há dados que permitem levar em conta fatores de risco (Quadro 1) para tal desfecho, favorecendo o desenvolvimento de protocolos e ativação destes em caso de sinais de agitação. Tais dados mostram que uma intervenção apropriada e ágil em casos de agitação leve a moderada pode ser efetiva para reduzir o risco de violência³⁻⁵.

Quadro 1.

Características a serem analisadas e os respectivos fatores de risco para agressão em pacientes agitados

Características	Fatores de risco
Idade	Pacientes abaixo de 30 anos
Sexo	Masculino
Uso de substância psicoativa	Intoxicação ou abstinência
Psicose	Presença de quadro agudo
Histórico de violência	Levar em conta número de episódios e características
Ameaças verbais ou pensamentos de ferir outrem	Levar em conta qualquer ameaça proferida como possibilidade real
Estado de consciência alterado	Estado confusional agudo cursando com desorientação

Epidemiologia

Cerca de 10% dos pacientes atendidos em situação de emergência podem se apresentar ou progredir para um estado de agitação agudo ou tornarem-se violentos⁶. Nos Estados Unidos, foi registrado um número de visitas a sala de urgência motivadas por agitação psicomotora de aproximadamente 1,7 milhão por ano³. Adicionalmente, entre 20% e 50% das visitas a unidades de emergência psiquiátrica naquele país estavam relacionadas a pacientes com risco de progressão para agitação psicomotora e agressividade³.

Um estudo realizado na Índia encontrou em uma amostra de 272 admissões ao serviço de psi-

quiatria de urgência uma prevalência de 19,9% de evolução para agitação nos pacientes observados, sendo que a maioria destes episódios ocorreram no segundo e terceiro dia de observação⁷.

Os principais fatores de risco de evolução para agitação e comportamento agressivo, são: diagnóstico de esquizofrenia e transtorno bipolar (principalmente episódios maníacos), intoxicação e abstinência de substâncias psicoativas, sexo masculino, adultos jovens, e histórico de comportamento agressivo^{5,7}.

Estima-se que o número de episódios de ataque e agressões direcionados à equipe médica por pacientes internados em enfermarias psiquiátricas situe-se entre 5 e 15%. Há evidências de que in-

terações entre paciente e equipe sejam, além dos fatores já mencionados, um fator modificável importante de ser levado em conta. Ataques a membros da equipe médica foram precedidos em 40% dos casos por situações em que o paciente agitado ou agressivo se sente limitado ou restringido de alguma forma, recusa em aceitar intervenções como uso de medicação, entre outras^{8,9}.

Diagnóstico

O contexto de emergência torna a coleta de dados difícil pela pressão de uma tomada de decisão rápida e efetiva. Porém, a fim de proteger o paciente e a equipe, é de fundamental importância que o clínico que esteja avaliando um paciente agitado tenha em mente algumas prioridades diagnósticas a serem confirmadas ou descartadas ao longo da avaliação/intervenção. Isto é essencial porque algumas causas de agitação psicomotora são relacionadas a outras condições médicas, o que modifica o tratamento. Muitas vezes, o tratamento da condição médica de base já resultará em redução do nível de agitação. É muito importante reconhecer que algumas intervenções medicamentosas para o controle de agitação podem ser perigosas em determinadas condições como insuficiência hepática, intoxicação alcoólica, levando mesmo a complicações destas, com risco iminente para o paciente^{2,3,5}.

Desta forma, o diagnóstico diferencial da agitação psicomotora se divide entre as causas primárias (transtornos psiquiátricos) e causas secundárias (outras condições médicas, intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas). Há dados que mostram que a presença de agitação devido a causas secundárias pode chegar a 80% dos casos^{4,10}, o que reitera a importância de ter em mente uma lista das condições médicas mais comumente associadas à agitação (Quadro 2).

Quadro 3.

Escala de Avaliação Agitação-Tranquilização (ACES)

Escore	Categoria	Descrição
1	Agitação acentuada	nível elevado de atividade motora; pode demonstrar níveis acentuados de expressão verbal, pode estar fisicamente violento, não consegue controlar os sinais de agitação se solicitado, pode requerer cuidado de enfermagem contínuo/supervisão e/ou contenção física.

(continua...)

Quadro 2.

Quadro mnemônico ("Got t ivs") para as principais causas secundárias de agitação psicomotora

Acrônimo	Condições médicas
G licose	hipoglicemia
O xigênio	Hipóxia
T rauma	Traumatismo cranioencefálico, hemorragia intracraniana
T emperatura	Hipo ou hipertermia
I nfeccção	Meningite, sepse
V ascular	Acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnóidea
S tatus	Estado pós-ictal

Adaptado de Rossi et al, 2010¹⁰

A identificação de sinais iniciais de agitação, como movimentos repetitivos de mãos, chacoalhar as pernas quando sentado, expressões verbais isoladas de desconforto ou insatisfação, são de extrema importância, uma vez que quanto antes o manejo do quadro se estabelecer, menor será o risco para o paciente e a equipe. Como parte da avaliação de risco, deve-se rastrear qualquer risco ambiental presente na área de atendimento, como objetos cortantes, pontiagudos, tais como postes de infusão (ver caso clínico), entre outros, além da verificação, sempre que possível, quanto a possíveis armas que o paciente possa estar carregando consigo^{2,9,10}.

O uso de escalas de avaliação pode auxiliar a estabelecer a gravidade e possíveis intervenções adequadas para aquele momento. Há diversas escalas de avaliação de agitação psicomotora, a maioria delas utilizadas em pesquisa, mas algumas são suficientemente ágeis para uma aplicação clínica, como a Escala de Avaliação Agitação-Tranquilização (ACES)¹¹, traduzida e validada para o português por Mantovani et al¹² (Quadro 3).

Quadro 3.*(continuação)*

Score	Categoria	Descrição
2	Agitação moderada	aumento moderado dos níveis de atividade motora; demonstra aumento nos níveis de expressão verbal e pode estar verbalmente ameaçador, não é violento fisicamente, pode controlar parcialmente os sinais de agitação se solicitado, necessita de cuidado de enfermagem/supervisão de rotina
3	Agitação branda	discreto aumento dos níveis de atividade física; pode demonstrar discreto aumento dos níveis de expressão verbal (por ex.: pode aumentar o tom da voz), não é ameaçador ou violento, pode controlar os sinais de agitação se solicitado, necessita de cuidado de enfermagem/supervisão de rotina.
4	Normal	níveis normais de atividade física; níveis normais de expressão verbal, acordado com os olhos continuamente abertos.
5	Tranquilização branda	moderada redução dos níveis de atividade verbal e física, olhos continuamente abertos, permanece alerta e responsivo ao ambiente.
6	Tranquilização moderada	níveis moderadamente reduzidos de atividade verbal e física, olhos podem estar abertos intermitentemente, facilmente despertado ou responsivo a estímulos leves verbais (p.ex.: chamando o seu nome) ou físicos (p.ex.: um toque suave), permanece acordado quando o estímulo cessa.
7	Tranquilização acentuada	redução importante da atividade verbal ou física, dormindo superficialmente, acordado por estímulos leves a moderados verbais (p.ex.: chamando o seu nome) ou físicos (p.ex.: um toque).
8	Sono profundo	sem atividade verbal ou física, dormindo profundamente, acordado somente com grande dificuldade por estímulos vigorosos verbais (p.ex.: o chamado alto e repetido do seu nome) e/ou físicos (p.ex.: sacudir repetidamente e vigorosamente os ombros do paciente), volta a dormir imediatamente quando o estímulo cessa.
9	Torpor	dormindo profundamente, não pode ser acordado por meio de estímulo verbal ou físico (p.ex.: sacudir repetidamente e vigorosamente os ombros do paciente).

MANEJO CLÍNICO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Como já foi mencionado acima, durante a avaliação de um paciente agitado, deve-se descartar a presença de causas secundárias que necessitem intervenção, que podem ser ameaças à vida do paciente se não tratadas adequadamente. O tratamento de tais condições por si só poderá proporcionar redução significativa dos níveis de agitação^{4,10}.

O tratamento da agitação psicomotora deve levar em conta quatro níveis de intervenção:

1. Manejo ambiental ou organizacional

O serviço de urgência deve ter protocolos para o atendimento de pacientes agitados ou com potencial para agitação. Estes protocolos devem levar em conta: histórico de agressão; verificação de porte de armas ou objetos que podem ser utilizados como tal; conferência e remoção

de objetos pontiagudos, cortantes, pesados, do local de atendimento; acomodação do paciente preferencialmente em um consultório ou sala de espera com mais privacidade, afastado de outros pacientes, e com menos estímulos sensoriais; observação contínua, idealmente com pelo menos um membro da equipe junto ao paciente em todos os momentos. Deve-se ressaltar a importância em não se expor a um paciente agitado ou com potencial agressivo estando completamente sozinho ou sem acesso a botão de emergência para ativar outros membros da equipe. Não é recomendado ao avaliador que fique só com um paciente agitado em um local fechado, com difícil acesso a saída^{4,10}.

Iniciar a avaliação de um paciente que esteja aguardando atendimento ao primeiro sinal de agitação pode garantir a segurança deste, de outros pacientes, e de toda a equipe, podendo, inclusive, impedir a necessidade de uso excessivo de força e procedimentos restritivos como contenção física, que devem ser evitados ao máximo, e o uso de medicação injetável ou involuntária^{2,4,5,7,8}.

2. Manejo atitudinal ou comportamental: Desescalada do comportamento

De acordo com as mais recentes diretrizes para o manejo da agitação psicomotora¹³⁻¹⁶, a utilização de intervenção comportamental precoce em resposta a sinais iniciais de agitação através da aplicação de técnicas de redução da intensidade do comportamento agressivo ou agitado, denominadas em inglês “de-escalation techniques” (desescalada do comportamento, em português) é considerada pelos consensos de especialistas como a mais desejável e primeira opção no tratamento da agitação psicomotora. Se o clínico estiver utilizando a escala ACES, mencionada acima, estamos falando de agitação que se pontua entre os níveis 2 e 3 da escala. Em geral, pacientes que pontuam 1 na escala ACES serão aqueles que necessitarão de intervenções adicionais, como uso de medicação, e em situações extremas, uso de contenção física¹⁷. Sempre deve-se iniciar o manejo da agitação com no mínimo uma tentativa de desescalada, que pode muitas vezes ser efetiva mesmo em pacientes que estejam muito agitados (escore 1 da ACES), sempre colocando a segurança da equipe de saúde, do próprio paciente, e de outros pacientes como prioridade na tomada de decisão. O sucesso do uso de técnicas de desescalada do comportamento dependerá, evidentemente, da experiência e treinamento do profissional na utilização destas técnicas^{4,10,13,14}.

O uso efetivo de técnicas de desescalada permite um tratamento menos invasivo, protegendo os direitos do paciente e sua liberdade de escolha, sempre que possível. Consiste em uma aproximação amistosa, verbal, provendo identificação clara do nome e posição do profissional que está intervindo, para que o paciente, que muitas vezes se encontra confuso, assustado, e por vezes delirante e paranoide, possa estabelecer um relacionamento de confiança e aceitar as intervenções oferecidas. “Concordar, ou concordar para discordar”, significando evitar confronto verbal direto, validando o que o paciente diz com sinais de escuta ativa, mas não concordando com afirmações delirantes, apenas reconhecendo que aquele conteúdo é válido para o paciente naquele momento, e evitando entrar em argumentos verbais que não terão progresso naquele estado de agitação^{4,10,13,18}. Muitas vezes

oferecer água ou alimento pode ser o início da intervenção, permitindo ao paciente sentir-se cuidado e acolhido, o que favorece de imediato a colaboração. O profissional de saúde deve atentar para o uso de linguagem não diretamente confrontadora, manter respeito ao espaço pessoal do paciente e evitar posturas corporais que possam sugerir confrontação, tais como, encarar o paciente fixamente, cruzar os braços, entre outros^{4,18} (Quadro 4).

Quadro 4.

Os dez domínios da desescalada do comportamento

Item	Descrição
1	Respeitar espaço pessoal
2	Evitar uso de linguagem e atitude corporal provocativa
3	Estabelecer contato verbal
4	Seja sucinto – uso de frases curtas, de fácil entendimento
5	Identificação de necessidades e sentimentos
6	Ouvir atentamente ao que o paciente está dizendo
7	“Concordar ou concordar para discordar”
8	Determinar regras do serviço e deixar claro os limites
9	Oferecer escolhas e infundir esperança e otimismo
10	Discussão após o evento com o paciente e com a equipe

Adaptado de Richmond et al 2011¹⁹

3. Manejo farmacológico da agitação psicomotora

Como discutido anteriormente, um diagnóstico, mesmo que provisório quanto à presença de causas secundárias para a agitação psicomotora é crucial para o manejo clínico, principalmente no que se refere à escolha de agentes farmacológicos para redução da agitação e do risco de atos violentos^{4,10,14,20-22}.

Dependendo da etiologia do quadro de agitação, uma determinada opção farmacológica será menos recomendável ou até mesmo contraindicada. Por exemplo, em casos de intoxicação alcoólica aguda, o uso de benzodiazepínicos é contraindicado, pois poderia se somar ao efeito sedativo do álcool, causando depressão do sistema nervoso central (SNC), e risco aumentado de bradicardia e depressão respiratória²².

Pouco avanço se obteve nos últimos anos em termos de evidências de novos esquemas

de tratamento farmacológico da agitação psicomotora. Embora alguns estudos tenham investigado o uso de novos medicamentos e vias de administração, como possíveis usos da ketamina intramuscular e da loxapina por via inalatória, ainda não se dispõe de um nível de evidência que permita incluir estes tratamentos nas diretrizes, que, portanto, continuam as mesmas, há cerca de 10 anos^{4,10,13,22,23}.

O tratamento farmacológico da agitação psicomotora deverá obedecer a um fluxograma (Figura 1), priorizando sempre as opções de medicação por via oral e, em casos de recusa do paciente ou necessidade de obter um efeito mais robusto, partir para o uso de medicação por via parenteral. Nestes casos, a via intramuscular é priorizada, já que medicações por via intravenosa têm se mostrado menos seguras quanto a efeitos adversos, além de certa dificuldade em administrar medicamentos por esta via para um paciente agitado e não cooperativo.

No passado, o tratamento farmacológico da agitação consistia em sedar o paciente. Este já não é o objetivo das intervenções atualmente. O manejo farmacológico da agitação deve almejar o que se chama de tranquilização rápida, ou seja, obter a redução ágil e eficaz dos sinais de agitação sem induzir sono profundo ou sedação^{4,6,10,12,14,16,20,22-24}.

As drogas e apresentações farmacológicas disponíveis no Brasil e citadas nas principais diretrizes para manejo de agitação psicomotora são:

Benzodiazepínicos como o diazepam, lorazepam e clonazepam, administrados por via oral, e o midazolam, administrado por via intramuscular, preferencialmente em combinação com haloperidol. Os benzodiazepínicos podem causar como efeitos adversos sedação excessiva, sendo relativamente seguros quanto a depressão do SNC quando utilizados por via oral, mas observação cuidadosa deve ser mantida quando utilizados por via intramuscular, pois há risco de depressão respiratória.

Antipsicóticos de primeira geração como o haloperidol, administrado por via oral e intramuscular, podendo ser usado individualmente ou em combinação com benzodiazepínicos, e a clorpromazina, considerada apenas como opção de terceira linha, já que hipotensão grave mesmo

com baixas doses é um efeito adverso comum. Os antipsicóticos de primeira geração estão associados a um aumento no intervalo QTc e, embora raro, pode levar a arritmias graves. Mais frequentemente, ocorrem efeitos extrapiramidais com antipsicóticos de alta potência como o haloperidol, além de sedação e hipotensão com os de baixa potência, como a clorpromazina e levomepromazina.

Antipsicóticos de segunda geração como a risperidona, administrada por via oral isoladamente ou associada a lorazepam, sendo uma opção bastante segura e muito utilizada na prática clínica. A olanzapina orodispersível é uma boa alternativa ao uso de medicação intramuscular, já que com colaboração mínima do paciente pode ser administrada, apresentando absorção muito rápida, sendo uma opção para tranquilização rápida bastante eficaz e segura em termos de eventos adversos. O perfil de eventos adversos com os antipsicóticos de segunda geração é considerado bastante seguro, porém há advertências quanto a um aumento na incidência de síndrome metabólica com o uso contínuo. Outros antipsicóticos como Olanzapina e Ziprazidona não estão disponíveis no Brasil em apresentações que permitam administração por via intramuscular.

Antihistamínicos como a difenidramina, comumente usados no Brasil para manejo da agitação em crianças tanto por via oral como intramuscular¹⁴. A prometazina em combinação com o haloperidol^{6,22}, é uma escolha ainda frequente no Brasil, embora haja evidências de uma intensificação na ocorrência de eventos extrapiramidais¹². Os antihistamínicos podem causar efeitos anticolinérgicos e devem ser evitados em casos em que há suspeita de uma outra condição médica como causa de base, já que tais efeitos podem amplificar os sintomas nestes casos¹⁴.

Tratamentos adjuntivos. A combinação de haloperidol com um benzodiazepínico (no Brasil a opção disponível por via muscular é o midazolam, enquanto no hemisfério norte a recomendação é o lorazepam) foi amplamente estudada e tem sido recomendada como uma escolha segura e eficaz para o manejo da agitação, tendo-se em mente o início sempre com dose mínima para obtenção de efeito, podendo repetir a mesma dose a cada 30 minutos, até um máximo de 20mg por 24 horas²², atentando-se sempre ao início de possíveis efei-

tos adversos para avaliar se é seguro continuar utilizando a medicação.

A Figura 1 apresenta o protocolo para manejo farmacológico de agitação psicomotora do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com as doses sugeridas para o manejo do quadro²⁵.

4. Contenção física

A contenção física tem sido considerada como um recurso a ser evitado, devendo ser utilizada somente em última instância, associado ao manejo farmacológico, quando o paciente se apresentar em extremo risco para si ou para outrem, ou com elevado risco de fuga em casos em que sua segurança não possa ser prontamente estabelecida, ou seja, com possibilidade de estar psicótico, ou com risco suicida ou homicida ainda não determinado^{4,6,10}. Reforça-se ainda que segundo a resolução do CFM nº 1952/2010 a indicação de contenção física ao paciente psiquiátrico compete ao profissional de medicina, devendo ser seguido o protocolo instituído em cada serviço.

Os riscos de complicações clínicas (tais como desidratação e rabdomiólise, o que aumenta a ocorrência de efeitos extrapiramidais com o uso de antipsicóticos), e mesmo de eventos onde há ameaça iminente a vida do paciente (como arritmias cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, infarto do miocárdio) quando se utiliza de contenção física são extremamente aumentados^{10,16}.

Além disso, a contenção física é bastante traumática para o paciente, comprometendo a relação paciente-equipe médica, razão pela qual é sempre preferível obter a cooperação deste, ainda que mínima, e utilizar ao máximo os recursos de desescalada verbal do comportamento aliada à administração de psicofármacos sempre que possível, pois estas medidas possibilitam evitar ao máximo o uso da contenção⁴. A maneira considerada mais segura para se realizar uma contenção física determina o envolvimento de vários profis-

sionais de saúde devidamente treinados e uso de material próprio para restrição física, contendo o paciente pelos punhos e tornozelos, em posição supina, nunca prona, e verificação de sinais vitais e supervisão de enfermagem constante, visando remover a restrição o mais rápido possível^{4,16}.

CONCLUSÃO

Qualquer clínico pode manejar uma agitação psicomotora que ocorra em qualquer tipo de setor de atendimento médico. Quando se trata de agitação relacionada a um transtorno psiquiátrico, idealmente, o paciente deve ser avaliado pelo especialista sempre que possível, para determinar qual o melhor curso de tratamento a seguir a partir da estabilização da agitação, se há necessidade de internação em unidade especializada para o tratamento psiquiátrico ou se o paciente poderá ser liberado para tratamento ambulatorial.

Dicas do especialista

Observe suas reações de medo ao lidar com um paciente. Esteja atento aos riscos, mas não deixe de atender o paciente com um olhar humano e interessado. Isto pode ajudar muito a evitar confrontos e uso de força.

Pacientes portadores de transtorno psiquiátrico também podem apresentar agitação por causa secundária. Esteja atento.

Medicação: menos é sempre mais, começar com a mínima dose efetiva, através da via de administração menos invasiva.

Tópicos-chave

Agitação psicomotora demanda atendimento inicial e ágil, de maneira a prevenir progressão para acidentes violentos.

A determinação da causa da agitação é preponderante para tomada de decisão clínica quanto ao tipo de manejo que será necessário.

É fundamental tratar causa de base assim que possível, quando a agitação for de natureza secundária.

A desescalada do comportamento deve ser priorizada como padrão ouro no manejo da agitação psicomotora.

O manejo farmacológico deve visar tranquilização rápida e evitar sedação excessiva. A escolha dos fármacos deve ser baseada na etiologia.

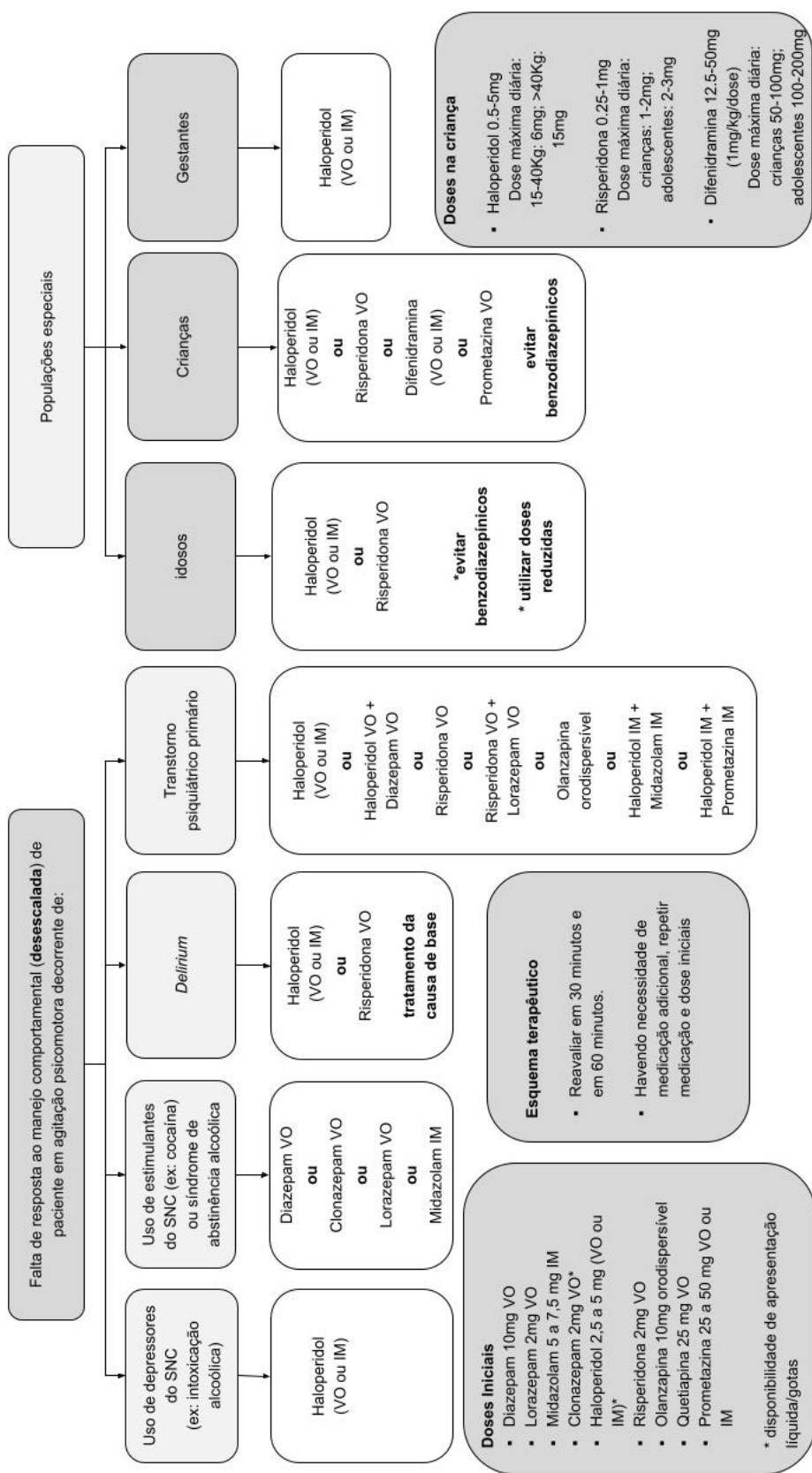


Figura 1: Manejo farmacológico da agitação psicomotora de acordo com a etiologia

REFERÊNCIAS

- Chevrolet JC, Jolliet P. Clinical review: Agitation and delirium in the critically ill – significance and management. *Crit Care*. 2007;11(3):214.
- Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Stiebel V, Ng AT, Bregman B, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta medical evaluation workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Feb;13(1):3–10.
- Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther*. 2010;32:403–25.
- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010 Oct;32(suppl 2):S96–103.
- Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One*. 2021 Oct 8;16(10):e0258346.
- Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 Nov 25;2016(11).
- George C, Jacob TR, Kumar A V. Pattern and correlates of agitation in an acute psychiatry in-patient setting in a teaching hospital. *Asian J Psychiatr*. 2016 Feb;19:68–72.
- Lawrence RE, Rolin SA, Looney D V, Birt AR, Stevenson EM, Dragatsi D, et al. Physical Assault in the Psychiatry Emergency Room. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2020 Dec;48(4):484–95.
- Wong AH, Ray JM, Eixenberger C, Crispino LJ, Parker JB, Rosenberg A, et al. Qualitative study of patient experiences and care observations during agitation events in the emergency department: implications for systems-based practice. *BMJ Open*. 2022 May;12(5):e059876.
- Rossi J, Swan MC, Isaacs ED. The violent or agitated patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2010 Feb;28(1):235–56, x.
- Meehan KM, Wang H, David SR, Nisivoccia JR, Jones B, Beasley CM, et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology*. 2002 Apr;26(4):494–504.
- Mantovani C, Labate CM, Sponholz A, de Azevedo Marques JM, Guapo VG, de Simone Brito dos Santos ME, et al. Are Low Doses of Antipsychotics Effective in the Management of Psychomotor Agitation? A Randomized, Rated-Blind Trial of 4 Intramuscular Interventions. *J Clin Psychopharmacol*. 2013 Jun;33(3):306–12.
- Holloman G, Zeller S. Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2012 Feb 1;13(1):1–2.
- Hoffmann JA, Pergjika A, Konicek CE, Reynolds SL. Pharmacologic Management of Acute Agitation in Youth in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2021 Aug 1;37(8):417–22.
- Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, dos Santos RM, Gomes Júnior V de P, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019 Apr;41(2):153–67.
- Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 2017 Dec 8;17(1):328.
- Mantovani C, Del Ben CM. Estudo comparativo de intervenções farmacológicas para o manejo de agitação psicomotora aguda. Universidade de São Paulo; 2015.
- Spencer S, Johnson P, Smith IC. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Jul 18;2018(7).
- Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2012 Feb 1;13(1):17–25.
- Nordstrom K, Allen MH. Managing the Acutely Agitated and Psychotic Patient. *CNS Spectr*. 2007 Nov 7;12(S17):5–11.
- Baldaçara L, Rocha GA, Leite V da S, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021 Oct;43(5):525–37.
- Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, dos Santos RM, Gomes Júnior V de P, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019 Aug;41(4):324–35.
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018 Mar;20(2):97–170.
- Hirsch S, Steinert T. The Use of Rapid Tranquilization in Aggressive Behavior. *Dtsch Arztebl Int*. 2019 Jun 28;116(26):445–52.
- Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver G, Prasad R, Mroczkowski M, et al. Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2019 Feb 28;20(2):409–18.

Autor Correspondente:
Celia Mantovani
celimantov@gmail.com

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 08/02/2024
Aprovado: 07/05/2024
