

# EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS, AGITAÇÃO PSICOMOTORA- UMA REVISÃO DE LITERATURA

## AUTORES

**QUEIROZ, Natieli**

**HIPOLITO, Lucas**

**NAVES, Marina**

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

**LAZARO, Camila**

Docente da Faculdade de Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

## RESUMO

As emergências psiquiátricas englobam crises de comportamento e relações sociais, sendo que dentre as manifestações possíveis, a agitação psicomotora é a mais prevalente. Tal manifestação pode pôr em risco o paciente e as pessoas ao seu entorno, devido a característica deletéria que a mesma possui. Frente a tal situação, os profissionais possuem passos pré-estabelecidos a seguir, visando preservar o bem-estar do paciente e dos demais. Tais condutas consistem em: manejo comportamental, manejo farmacológico e manejo físico. O presente estudo tem como objetivo elucidar o que é agitação psicomotora, o porquê de esta ser considerada uma emergência psiquiátrica, bem como os passos que devem ser seguidos pela equipe em um eventual atendimento. A metodologia escolhida foi uma revisão da literatura.

## PALAVRAS-CHAVE

Agitação psicomotora, emergência, conduta

## **ABSTRACT**

Psychiatric emergencies encompass behavior crises and social relationships, and among the possible manifestations, psychomotor agitation is the most prevalent. Such manifestation can put at risk the patient and the people around him, due to the deleterious characteristic that it has. In view of this situation, professionals have pre-established steps to follow, aiming to preserve the well-being of the patient and others. Such behaviors consist of: behavioral management, pharmacological management and physical management. The present study aims to elucidate what psychomotor agitation is, why it is considered a psychiatric emergency, as well as the steps that should be followed by the team in a possible care. The methodology chosen was a bibliography review

**Keywords:** Psychomotor; agitation; emergency; conduct

## **1. INTRODUÇÃO**

Emergências psiquiátricas são definidas como alterações agudas do pensamento, da situação humoral, do comportamento ou das relações sociais, sendo requeridas algum grau de intervenção médica imediata, devido à possibilidade de evolução rápida para um resultado deletério. Entre os possíveis resultados negativos, incluem-se sofrimento psíquico significativo, perda da autonomia individual, comprometimento do papel social e risco à integridade psíquica e física do indivíduo acometido ou de pessoas que o permeiam (&NA; &NA)..

Dentro desta definição ampla, são inúmeras as condições médicas e psicológicas que podem levar à necessidade de avaliação e intervenção psiquiátrica de emergência, porém a agitação psicomotora chama à atenção, devido ao potencial risco de ideais suicidas associados à essa condição, bem como o fato de ser a afecção psiquiátrica de emergência com maior prevalência, estando presente em inúmeras outras doenças de causa psicológica, muitas vezes em um quadro sintomatológico mais amplo (Santos et al)..

Agitação psicomotora é definida como uma atividade motora excessiva, associada a uma experiência, em sua maioria subjetiva, de tensão. Pode ser observada por meio de manifestações clínicas caracterizadas por fala provocativa e ameaçadora, tensão e enrijecimento muscular, hiperatividade, impaciência, desconfiança, insônia, excitabilidade e muitas vezes logorreia, que é a fala veloz e ilógica, com frases desconexas, dentre outras características (Del-Ben et al). Por se tratar de condição que pode evoluir para agressão física e danos materiais, o relato em prontuário médico deve ser bastante detalhado e criterioso (Mantovani et al.)

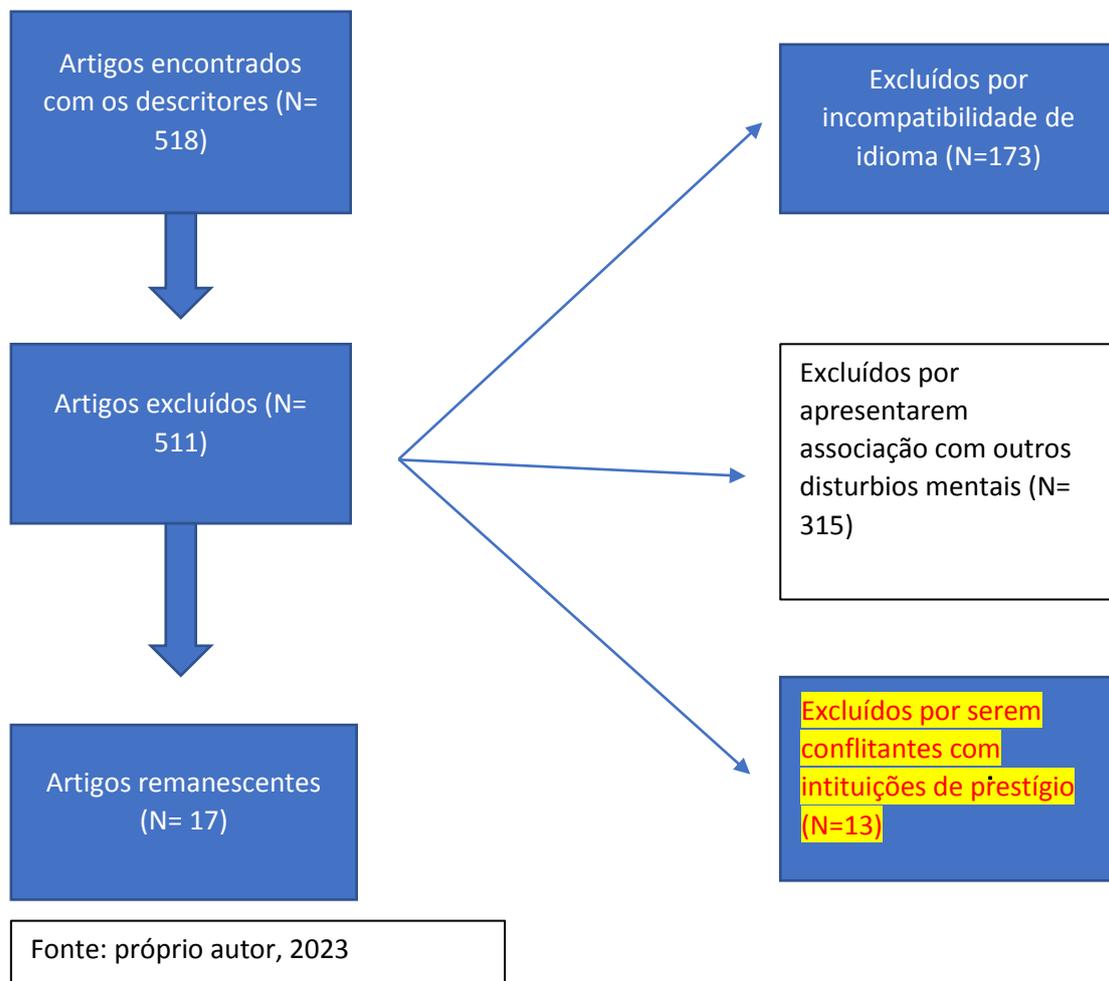
Os dados expostos acima solidificam a importância desse tema, sendo uma afecção psiquiátrica de relativa incidência nos hospitais psiquiátricos e na prática clínica dos médicos no dia a dia. Dito isso, o presente trabalho tem como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, facilitar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a agitação psicomotora, bem como ajudar a identificar os desafios que a mesma apresenta para a sociedade médica e elucidar as condutas preconizadas frente a casos de agitação psicomotora na emergência.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

A metodologia escolhida foi uma revisão bibliográfica, onde foram utilizadas as bases de dados: PubMed, SciELO e guidelines da SBP e da Sociedade Americana de Psiquiatria. Os artigos e dados disponíveis foram organizados de acordo com sua data de publicação, título e relevância de seus dados para o tema proposto. Foram incluídas publicações em inglês e português, publicadas entre os anos de 2000 e 2022, que abordassem exclusivamente a agitação psicomotora. Não foi aplicado limite de país de estudo ou área de conhecimento. Os critérios de exclusão foram: artigos que apresentassem dados sobre demais tipos de transtornos psiquiátricos que

não exclusivamente a agitação psicomotora, artigos que não fossem nos idiomas inglês e/ou português. Os descritores utilizados foram: agitação psicomotora; emergência; conduta, bem como seus respectivos correspondentes em inglês.

**Figura 1.** Fluxograma das etapas de identificação inicial, análise de motivos de exclusão e total de artigos incluídos.



### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificando a origem geográfica das publicações selecionadas para compor essa revisão, 23,52% dos artigos (4/17) foram publicados no Brasil, enquanto 5,88% (1/17) foi publicado na Inglaterra, sendo os demais publicados nos Estados Unidos da América, valor correspondente à 70,6% (12/17). Quanto aos anos da publicação desses artigos, 52,94% (9/17) foram publicados na primeira década do século XXI, sendo que os demais (8/17) foram publicados entre o decorrer da segunda década e início da terceira, valor correspondente à 47,06%. Tais valores indicam uma queda na produção científica a respeito do tema proposto, bem como uma superioridade de produção internacional de artigos sobre o mesmo.

Dos 16 artigos selecionados para compor essa revisão, apenas 1 (6,25%) abordava de forma criteriosa o manejo físico do paciente em agitação psicomotora. 25% (4/16) abordam o manejo comportamental do paciente, sendo essa a primeira etapa no atendimento, e 31,25% (5/16) abordam o manejo farmacológico, sendo essa a etapa mais bem estudada e documentada de todo o atendimento. Os demais 43,75% (7/16) dos artigos possuem

definições teóricas, necessárias para o entendimento do que é a agitação psicomotora, quando ela se manifesta, quais seus riscos para o paciente e para a equipe que o atende.

A tabela a seguir enumera, respectivamente conforme ordem de aparecimento no texto, os artigos, com uma breve descrição individual e os resultados obtidos pelos mesmos.

<b>Artigo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Resultados</b>
&NA; &NA; American Psychiatric Association: Annual Review. <b>The Journal of Nervous and Mental Disease</b> , v. 174, n. 5, p. 317, maio 1986.	Revisão anual realizada pela Sociedade americana de psiquiatria	
Santos et al, Brasil, 2000	Este estudo prospectivo investigou o serviço de emergência a respeito do protocolo utilizado no atendimento psiquiátrica em um hospital geral universitário.	Houve uma variação de acordo com o gênero dos pacientes, sendo que de forma independente do gênero, 25% precisaram permanecer por um período maior que 10 horas no serviço.
Del-Ben et al, Brasil, 2017	Abordagem do manejo da agitação psicomotora e avaliação de risco suicida em emergências psiquiátricas.	Os procedimentos devem ser cuidadosamente executados, evitando complicações de ordem física e emocional para pacientes e equipe.
Mantovani et al, Brasil, 2010	Abordagem sobre o manejo do paciente violento ou agitado.	Os procedimentos devem ser cuidadosamente executados, evitando complicações de ordem física e emocional para pacientes e equipe.
Arriga et al, Barsil, 2016	Consenso de especialistas sobre a avaliação e manejo da agitação em psiquiatria.	As recomendações sobre a avaliação da agitação enfatizam a importância de identificar qualquer possível causa médica. Para sua gestão, os especialistas concordaram em considerar técnicas de desescalada verbal e modificação ambiental como primeira escolha, considerando a contenção física como uma estratégia de último recurso

<p>ORGANIZATION, World Health. Appropriate Technology for maternal and Newborn Care: Progress Report on Activities of WHO and WHO Collaborating Institutions. <b>Studies in Family Planning</b>, v. 18, n. 3, p. 179, maio 1987.</p>	<p>Este artigo é um relatório de progresso sobre atividades relacionadas à tecnologia apropriada para cuidados maternos e neonatais realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e instituições colaboradoras da OMS.</p>	
<p>Allen et al, Brasil, 2005</p>	<p>Diretrizes de consenso de especialistas sobre o tratamento de emergências comportamentais.</p>	<p>As respostas sugerem que os médicos podem fazer diagnósticos provisórios com alguma confiança e que as intervenções farmacológicas e não farmacológicas são selecionadas diferencialmente com base no diagnóstico e em outras características demográficas e médicas importantes.</p>
<p>Aldaçara et al, Barsil, 2019</p>	<p>Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora, focando em abordagens não farmacológicas.</p>	<p>Atenção especial deve ser dada à aparência e comportamento do paciente, sinais físicos e estado mental. Também é muito importante ressaltar que a abordagem de um paciente agitado deve sempre começar com o mínimo de medida menos coerciva</p>
<p>Petit, Barsil, 2005</p>	<p>Abordagem do manejo do paciente violento agudo.</p>	<p>Contenção, reclusão e intervenções psicofarmacológicas também são importantes e, muitas vezes, são componentes necessários para o manejo do paciente violento.</p>
<p>Ramadan, Brasil, 2007</p>	<p>Discussão sobre o manejo de emergências psiquiátricas.</p>	<p>O manejo não farmacológico do paciente agitado deve seguir a hierarquia das medidas menos invasivas para as mais invasivas e coercitivas, iniciando com o encaminhamento do paciente para um ambiente adequado, manejo por equipe treinada, uso de técnicas verbais, realização de avaliação física e mental, uso de medicamentos e, se inevitável, uso da contenção mecânica.</p>

Baldaçara et al, Brasil, 2021	Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora, com foco em técnicas de comunicação e contenção física.	A possibilidade de etiologias médicas subjacentes deve ser considerada, em primeiro lugar. Atenção especial deve ser dada à aparência e comportamento do paciente, sinais físicos e estado mental. Se a agitação for grave, é recomendada a tranquilização rápida com medicamentos
Arriga et al, 2016	Consenso de especialistas sobre avaliação e manejo da agitação em psiquiatria.	Os especialistas concordaram em considerar as técnicas de desescalada verbal e modificação ambiental como primeira escolha, considerando a contenção física como uma estratégia de último recurso.
Pratts et al, 2014, EUA	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo de dose única de asenapina sublingual para agitação aguda.	Escores médios (EP) basais da PANSS-EC para indivíduos tratados com asenapina e placebo foram $19,4 \pm 0,66$ e $20,1 \pm 0,61$ , respectivamente. Escores médios da PANSS-EC no desfecho (LOCF) foram $7,4 \pm 0,65$ para os indivíduos tratados com asenapina e $14,7 \pm 0,98$ para os indivíduos tratados com placebo.
Mantovani et al, Brasil, 2013	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego de baixas doses de antipsicóticos no manejo da agitação psicomotora.	Todas as opções de tratamento promoveram redução da agitação, sem causar sedação excessiva.

**Fonte:** o próprio autor

A agitação psicomotora é um fenômeno frequente e uma condição clinicamente relevante em pacientes com transtornos psiquiátricos, não apenas em situações de urgência, mas também em ambientes hospitalares e ambulatoriais (Arriga et al). A agitação com ou sem agressividade é responsável por 2,6 a 52% de todas as emergências psiquiátricas em todo o mundo e 23,6 a 23,9% (~24%) das emergências psiquiátricas no Brasil (OMS).

A agitação psicomotora possui inúmeros fatores desencadeantes, como: a presença de alguns transtornos mentais como esquizofrenia e episódio maníaco, que resultam em uma percepção alterada da realidade, os transtornos de personalidade, que cursam com baixa tolerância à frustração, a intoxicação por substâncias psicoativas (mais frequentemente álcool, maconha, cocaína e anfetaminas), abstinência alcoólica, intoxicações

medicamentosas, tireotóxicas, infecções do sistema nervoso central, traumatismos cranioencefálicos, acidentes vasculares cerebrais, demências, quadros infecciosos em idosos, hipoglicemia, hiponatremia, hipóxia, entre outros (Allen et al).

Devido aos possíveis riscos do manejo no paciente em surto, tanto para o próprio paciente quanto para os profissionais de saúde envolvidos, a conduta médica é dividida em três etapas: manejo comportamental, manejo físico e farmacológico. Elas serão abordadas de formas individuais a seguir.

### **3.1 Manejo comportamental**

Ao interagir com um paciente em crise psicomotora, é importante manter distância e respeitar o espaço pessoal do mesmo. Os pacientes, nestes casos, podem entender o contato visual direto, prolongado ou intenso como ameaça, sendo recomendado olhares que tentem expressar sutileza, em que o médico ou profissional alterne seu foco de visão (Petit, Barsil). A linguagem e a posição corporal também podem ser consideradas ameaçadoras, sendo recomendado não manter braços cruzados ou mãos escondidas atrás das costas. Recomenda-se que pacientes agitados não sejam entrevistados por um único profissional. Outras recomendações gerais são: minimizar o tempo de espera, adotar atitude confiante, respeitosa e atenciosa e aproximar-se do paciente com cuidado e vagarosamente (Baldaçara et al). A primeira intervenção terapêutica para o paciente agitado é verbal e baseada em diálogo empático, sendo necessário a presença de profissional capacitado (Pratts et al).

O objetivo de tal padrão comportamental por parte da equipe é estabelecer bom relacionamento com o paciente, com base na confiança e no respeito, para que o mesmo se sinta acolhido e acredite que o seu sofrimento é reconhecido. Nesse sentido é necessário se apresentar ao paciente, mostrar-se sempre disponível para o mesmo e explicar o que está sendo feito. Segundo alguns autores, embora não se deva negociar com o paciente, é necessário manter alguma flexibilidade durante a entrevista e prestar atenção ao discurso apresentado (Arriga et al).

Se a intervenção verbal não for suficiente e houver uma piora da agitação do paciente, devem ser tomadas medidas de contenção, a fim de proteger o paciente e a equipe. Um paciente agitado que ainda sente que está no controle pode voltar a responder favoravelmente à intervenção verbal. No entanto, em grande parte das vezes, pacientes agitados com vivências psicóticas podem necessitar de contenção física e farmacológica (Arriga et al).

### **3.2 Manejo farmacológico**

Em casos de agitação psicomotora com agressividade, o objetivo principal é proteger o paciente e as pessoas ao seu entorno, adotando atitudes e medidas que mantenham o paciente em situação confortável. Nestas situações, é recomendado a preferência aos medicamentos de ação rápida e que possuam menos efeitos colaterais (Ramadan, et al).

Dentre os medicamentos disponíveis para tais situações, temos os antipsicóticos de primeira geração (FGA), sendo essa a classe medicamentosa mais utilizadas, englobando: corpromazina, levomepromazina, haloperidol, droperidol, loxapina, olanzapina, dentre outros. Os FGAs agem por inibição da transmissão de dopamina no cérebro humano, especialmente através do antagonismo dos receptores D2 da dopamina, estando esses associados com a redução de sintomas psicóticos<sup>14</sup>. Apesar de possuírem boa resposta no que tange a redução dos sintomas, os FGAs possuem efeitos adversos, que devem ser amplamente dominados pelos

profissionais que estão realizando o atendimento. Dentre os principais efeitos adversos, temos: hipotensão, sedação excessiva, cefaleia, tontura, náusea, parada respiratória, bradicardia, xerostomia, convulsão e síncope (Ramadan, et al).

Recomenda-se o uso progressivo de medicamentos, começando por doses menores, optando por repetir a mesma droga, na dose escolhida anteriormente, em uma segunda e terceira prescrição (conforme necessidade), em intervalos de 30 minutos entre as doses. Apesar de a maioria dos pacientes responderem bem com apenas uma droga, após 3 tentativas, caso o paciente não apresente melhora, é recomendado o início de outra droga, muitas vezes em associação (Mantovani et al).

### **3.3 Manejo físico**

O manejo físico é a última opção, sendo seu uso recomendado após falha de todas as etapas anteriores e na iminência de risco físico para o paciente ou pessoas a sua volta. É necessário a existência de um plano específico de ação, em que cada membro da equipe tenha clareza sobre sua função. O paciente deve ser constantemente orientado sobre os passos do procedimento e sua justificativa. A medicação parenteral deve estar disponível e ser administrada assim que possível para tranquilizar o paciente e diminuir o tempo necessário de contenção física. É recomendado evitar o uso de garrote nos membros. Por último, o manejo físico não é uma manobra livre de riscos, sendo que o mesmo deve ser mantido pelo menor tempo possível, a fim de evitar complicações (Del-Ben et al).

## **4. CONCLUSÃO**

Diante dos dados abordados no presente artigo, se faz cada vez mais importante à capacitação dos profissionais de saúde para serem capazes de lidar com esse tipo de emergência da melhor forma, visando o bem-estar tanto do paciente e da equipe multidisciplinar que deve estar envolvida em seu atendimento. Como abordado no artigo, é imprescindível o seguimento dos passos preconizados para essa situação, respeitando cada etapa, em sua respectiva ordem. Nesses casos, os profissionais devem saber como se portar e como ajudar o paciente a se recompor.

Os gatilhos para a agitação psicomotora são diversos e, em sua maioria, subjetivos, por isso se faz necessário saber como demonstrar empatia para o paciente e seus familiares, de forma a fazer com que os mesmos se sintam acolhidos e, conseqüentemente, adotem uma postura colaborativa.

Por último, achamos que se faz necessária a produção de mais estudos na área, a fim de produzir conhecimento científico que ajude cada vez mais preservar o bem-estar do paciente e da equipe envolvida em seu atendimento.

## **5. REFERÊNCIAS**

ALDAÇARA, L. et al. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: técnicas de comunicação e contenção física. *Debates em Psiquiatria*, v. 11, n. 1, p. 22-27, 2021. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/13>. Acesso em: 20 ago. 2023.

ALLEN, M. H. et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*, v. 11, n. Suppl 1, p. 5-108; quiz 10-2, 2005.

ARRIGA, M. et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*, v. 17, p. 86-128, 2016.

BALDAÇARA, L. et al. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: técnicas de comunicação e contenção física. *Debates em Psiquiatria*, v. 11, n. 1, p. 22-27, 2021. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/13>. Acesso em: 20 ago. 2023.

COWEN, P. J. Essential Psychopharmacology. By S. M. Stahl. *Psychological Medicine*, v. 27, n. 6, p. 1447-1456, nov. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291797245010>. Acesso em: 26 maio 2023.

DEL-BEN, C. M. et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*, v. 50, n. Supl.1, p. 98-112, jan-fev. 2017.

MANTOVANI, C. 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*, v. 33, p. 306-312, 2013.

MANTOVANI, C. et al. Management of the violent or agitated patient. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 32, n. Supl, p. S96-S103, 2010.

ORGANIZATION, World Health. Appropriate Technology for maternal and Newborn Care: Progress Report on Activities of WHO and WHO Collaborating Institutions. *Studies in Family Planning*, v. 18, n. 3, p. 179, maio 1987.

PETIT, J. R. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am*, v. 28, p. 701-711, 2005.

PRATTS, M. et al. A single-dose, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sublingual asenapine for acute agitation. *Acta Psychiatr Scand*, v. 130, p. 61-68, 2014.

RAMADAN, M. I. Managing psychiatric emergencies. *Middle East J Emerg Med*, v. 7, p. 3-9, 2007.

SANTOS, M. E. et al. Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study. *Rev Saúde Pública*, v. 34, p. 468-474, 2000.

SANTOS, M. E. et al. [Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study]. *Rev Saude Publica*, v. 34, p. 468-474, 2000.

&NA;, &NA;. American Psychiatric Association: Annual Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 174, n. 5, p. 317, maio 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005053-198605000-00018>. Acesso em: 26 maio 2023.