

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

NYARIA FLÊMERA DE SOUZA

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

MACEIÓ
2023

NYARIA FLÊMERA DE SOUZA

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2023



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a discente Nyaria Flêmera de Souza (matrícula número: 19110612), cumpriu todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pela discente acima, concluído em 11/07/2023, intitula-se: Agitação Psicomotora, que faz parte do livro Urgências e Emergências Médicas.

Maceió, 09 de novembro de 2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 05/12/2023 10:49:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Agitação Psicomotora

- Audenis Lima de Aguiar Peixoto
- Izabela Lúcio Cardoso Freire
- Nyaria Flêmera de Souza

► INTRODUÇÃO

A agitação psicomotora é caracterizada como uma atividade motora e cognitiva excessiva, advinda de tensões internas e em grande parte improdutiva. É um fenômeno frequente e uma condição clínica relevante, em especial em pacientes com transtornos psiquiátricos. Sua etiologia é bastante variável, incluindo causas orgânicas, medicamentosas e psiquiátricas. A importância de se diagnosticar e tratar rapidamente esses casos reside no seu alto potencial para morbidade e mortalidade.

Apesar de haver poucos dados epidemiológicos sobre a agitação psicomotora, estima-se que a agitação com ou sem agressividade representa até 52% de todas as emergências psiquiátricas em todo o mundo e 23,6-23,9% das emergências psiquiátricas no Brasil. Dentre as causas relacionadas a esses atendimentos, cerca de 21% são de pacientes agressivos que apresentam diagnóstico de esquizofrenia. As agitações ocorrem em aproximadamente 50% dos pacientes com doença de Alzheimer que vivem em casa de familiares e em 70 a 90% daqueles que vivem em asilos.

► FISIOPATOLOGIA/MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A agitação psicomotora é mais comumente observada em doenças como transtorno bipolar, esquizofrenia e demência. Suas manifestações clínicas mais comuns são excesso de atividade motora ou verbal, irritabilidade, falta de cooperação, agressividade verbal, gestos e linguagem ameaçadores, destruição de objetos e agressão física. O delírio e a alucinação podem estar subjacentes à agitação do paciente, embora nem sempre a agitação esteja presente no delirium, com apenas um terço dos casos demonstrando agitação. O delirium excitado é subconjunto do delirium caracterizado por delirium e agitação seguidos de parada súbita e comprometimento respiratório, o que leva à morte. Pacientes com comprometimento cognitivo crônico, como pacientes com lesão cerebral ou deficiência de desenvolvimento podem apresentar agitação e confusão em ambientes desconhecidos.

► DIAGNÓSTICO

Na avaliação, os médicos devem ser objetivos ao realizar um exame inicial do estado mental, executando-o o mais rápido possível, para orientar a conduta e acalmar o paciente. Quando este estiver pacificado, pode-se realizar uma avaliação mais extensa. O diagnóstico definitivo não é o objetivo principal da avaliação inicial, pois deve-se estabelecer primordialmente um diagnóstico diferencial para garantir a segurança de todos e conduzir o paciente para o tratamento apropriado. Deve-se buscar estabelecer a causa subjacente da agitação. Para tanto, a avaliação do paciente deve conter a história, um exame físico direcionado, um breve exame do estado mental e avaliação do grau de agitação.

A história pode ser colhida do próprio paciente, profissionais da saúde dos serviços de emergência, testemunhas, cuidadores e familiares. A história, quando contada pelo paciente, pode diferir dos demais acompanhantes. É importante perguntar a respeito do motivo da crise, assim como o período de início, estressores ou fatores desencadeadores. É importante investigar o histórico do paciente, seu estado mental basal, história de doença psiquiátrica anterior, hospitalizações, sistema de apoio social, situação de vida, estado funcional, história familiar, tentativas anteriores de suicídio, uso de substâncias e episódios violentos anteriores.

Deve-se avaliar uso de substâncias, ingestão oral, trauma, febre, presença de doença sistêmica e abstinência. A avaliação hemodinâmica, sua temperatura, além dos sistemas cardiopulmonar e neurológico devem ser observados. Causas médicas e cirúrgicas que podem aparecer no exame incluem infecção, trauma e déficits neurológicos focais. Outros achados que sugerem etiologia médica são exame físico ou sinais vitais anormais, idade acima de 45 anos com início de agitação recente, rigidez nuchal, sinais de intoxicação, abstinência, diminuição de consciência ou confusão mental, trauma evidente, clônus, diarreia, vômitos, palpitações, entre outros. O estado cognitivo pode ser avaliado pelo Breve Exame do Estado Mental.

Testes complementares para o paciente agitado devem ser realizados. O mais importante é o nível rápido de glicose, visto que a hipoglicemia pode apresentar a agitação como um dos sintomas. O teste de gravidez deve ser realizado em todas as mulheres em idade reprodutiva, sendo o sérico considerado se a paciente não cooperar com o teste de urina. Outros testes, como eletrocardiograma, se possível, painel metabólico básico, função hepática, nível de creatinina para avaliar rabdomiólise, nível de etanol e testes para avaliar a função tireoidiana podem ser considerados, se achados no exame físico estiverem anormais ou o paciente não possuir história psiquiátrica prévia. Exames de imagem como tomografia computadorizada sem contraste podem ser solicitados em caso de suspeita de anormalidade intracraniana.

► TRATAMENTO

A literatura classificou quatro abordagens de conduta para o paciente agitado, que não se constituem absolutas, nem necessariamente nessa ordem, e são elas: manipulação

ambiental, que consiste em manter o local seguro e confortável para o paciente e para aqueles ao seu entorno, técnicas de desescalamento, contenção física/mecânica ou isolamento e intervenções farmacológicas. Há, também, o Projeto BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation), que consiste em um esforço interdisciplinar realizado em 2012 pela American Association for Emergency Psychiatry (AAEP) que reuniu especialistas que articularam os seguintes princípios: desescalamento verbal como tratamento de primeira linha para a agitação; farmacoterapia que trate a etiologia mais provável da agitação; avaliação psiquiátrica adequada; tratamento apropriado de condições médicas associadas; e minimização da contenção/reclusão física.

O desescalamento consiste numa combinação de estratégias verbais e não verbais para acalmar e facilitar o processo de cooperação do paciente com sua avaliação e tratamento. Os pacientes mais bem sucedidos nessa circunstância são aqueles que conseguem fazer contato visual e se envolver em conversas. O desescalamento é capaz de reduzir a agitação do paciente, construir confiança com os profissionais de saúde e cuidadores, bem como diminuir ou acabar com os atos violentos, desde que seja realizado de maneira empática, com paciência e interesse em ajudar o paciente agitado.

A avaliação médica, por sua vez, inicia durante a avaliação inicial e pretende observar condições que possam colocar o paciente em risco de vida e que necessitem de intervenção imediata. Ferramentas disponíveis e validadas devem ser utilizadas para se avaliar a gravidade da agitação e o risco de violência. Os próximos passos irão ocorrer de acordo com a resposta do paciente frente ao desescalamento e nível de agitação. A avaliação psiquiátrica completa só será possível quando o paciente estiver mais calmo e a presença de sintomas psicóticos irá influenciar as escolhas medicamentosas, caso seja necessário.

O uso de contenção e reclusão é desaprovado pelo projeto BETA, pois trazem alto risco de lesões para pacientes e profissionais da saúde, potencial de causar traumas psicológicos, além de serem usados como agressão e coerção. Será melhor abordado a seguir.

NÃO FARMACOLÓGICO

Antes do tratamento farmacológico, deve-se estabelecer técnicas de desescalamento verbal. Pode-se realizar mudanças ambientais, alimentação ou demais medidas que forneçam conforto para o paciente. É importante que ele esteja em um local tranquilo e seguro, de preferência sem demais pacientes e objetos que possam ser usados contra sua integridade física ou de outros. Outras medidas como diminuir ruídos, luzes e ajustar temperatura podem ser utilizadas. As considerações do paciente também devem ser ouvidas, se possível.

CONTENÇÃO FÍSICA

A contenção física só é indicada em situações de emergência em que o paciente represente um perigo iminente para si e para os outros, após o fracasso de outras tentativas de controlar a agitação. Nunca deve ser usada como forma de coerção ou punição, por comodidade da equipe ou como substituto de outra forma de tratamento. Deve ser

realizado preferencialmente por profissionais treinados, pelo menor tempo possível e deve-se continuar os esforços de descalonamento verbal. É necessário utilizar a terapia farmacológica para acalmar o paciente e a monitorização constante para avaliar a conduta terapêutica e prevenir complicações.

FARMACOLÓGICO

Há recomendações que orientam o tratamento farmacológico. Os medicamentos podem ser utilizados após as medidas não farmacológicas não obterem êxito, tendo como objetivo acalmar sem produzir sedação excessiva, que pode ser preocupante em pacientes idosos. É necessário sempre que possível incluir o paciente na decisão terapêutica, para decidir o tipo e a via de administração. Os fármacos são necessários durante a contenção física, como forma de evitar lesões e complicações.

Os principais medicamentos utilizados na agitação psicomotora são antipsicóticos e benzodiazepínicos, além de mais recentemente a cetamina. A etiologia irá guiar a escolha do medicamento. Os antipsicóticos são mais utilizados em pacientes com psicose. Os antipsicóticos de segunda geração são mais recomendados, por não apresentarem efeitos colaterais relacionados com sintomas extrapiramidais, que podem ser minimizados também com o uso de benzodiazepínicos e anti-histamínicos, mas um antipsicótico típico como o Haloperidol termina sendo o mais usado na prática clínica, pela sua eficácia e custo.

Os benzodiazepínicos são indicados para agitação relacionada à intoxicação medicamentosa de estimulantes e álcool, além de agitação indiferenciada sem sintomas psicóticos, enquanto os antipsicóticos são mais preferíveis para intoxicação de depressores do sistema nervoso central. Pacientes com delirium podem se beneficiar de antipsicóticos em baixas doses se os sintomas persistirem e as intervenções não farmacológicas não obtiverem sucesso.

► REFERÊNCIAS

- BALDAÇARA, Leonardo, *et al.* Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: cuidados gerais e avaliação. *Debates em Psiquiatria*, 2021, 11.1: 8-20.
- COCKRELL, Joseph R.; FOLSTEIN, Marshal F. Mini-mental state examination. *Principles and practice of geriatric psychiatry*, 2002, 140-141.
- GARRIGA, Marina, *et al.* Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *The world journal of biological psychiatry*, 2016, 17.2: 86-128.
- GOTTLIEB, Michael; LONG, Brit; KOYFMAN, Alex. Approach to the agitated emergency department patient. *The Journal of emergency medicine*, 2018, 54.4: 447-457.
- ROPPOLO, Lynn P., *et al.* Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 2020, 1.5: 898-907.