

LEONARDO BALDAÇARA
ANTONIO GERALDO DA SILVA
MIRIAM ELZA GORENDER
NICOLI ABRÃO FASANELLA
DANIEL KAWAKAMI
VERÔNICA DA SILVEIRA LEITE
MARCELO ALLEVATO
RAQUEL PRUDENTE DE CARVALHO BALDAÇARA
FLAVIO AUGUSTO DE PÁDUA MILAGRES
TENG CHEI TUNG

MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA EM PACIENTES COM CÓVID-19

MANAGEMENT OF PSYCHOMOTOR AGITATION IN PATIENTS WITH COVID-19

Resumo

A agitação psicomotora é uma situação frequente e requer treinamento e abordagem individualizada. No entanto, ainda há pouca informação para padronizar a gestão dessa situação em pacientes com infecção pelo COVID-19. O objetivo deste artigo é apresentar uma proposta de gestão da agitação psicomotora em pacientes com COVID-19. Foi conduzida revisão narrativa realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (Rio de Janeiro, Brasil) e Universidade Federal do Tocantins (Tocantins, Brasil). Uma revisão de artigos no PubMed foi realizada por um grupo de especialistas (oito psiquiatras, um alergista e imunologista e um infectologista). Dos 144 artigos encontrados, foram selecionados 62 manuscritos. Os protocolos atuais apresentam as informações necessárias para o atendimento de pacientes agitados (atendimento ao meio ambiente e funcionários), abordagem de comunicação, tranquilização rápida e contenção física. No entanto, nos casos de possibilidade de infecção por síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2), devem ser adicionadas medidas para prevenir a contaminação. Além disso, é necessário que a abordagem medicamentosa seja individualizada, considerando efeitos colaterais e interações. Conclui-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 em pacientes com agitação por doença mental requer cuidados e ajustes específicos nos protocolos de tratamento.

Palavras-chave: Emergências psiquiátricas, agitação psicomotora, doença coronavírus.

Abstract

Psychomotor agitation is a frequent situation that requires training and an individualized approach. However, little information is available to standardize

the management of this situation in patients infected by COVID-19. The objective of this study is to propose a psychomotor agitation protocol for patients with COVID-19. A narrative review of the literature was conducted by the Brazilian Psychiatric Association (Rio de Janeiro, Brazil) and Universidade Federal do Tocantins (Tocantins, Brasil). The review was conducted on PubMed by a group of experts (eight psychiatrists, one allergist-immunologist, and one infection disease specialist). Of the 144 articles retrieved, 62 manuscripts were selected. The protocols currently available present the necessary information for the management of agitated patients (management of the setting and team), including communication, rapid tranquilization, and physical restraint. However, in cases with suspected infection by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), additional measures should be adopted to prevent contamination. Moreover, the pharmacological approach needs to be tailored to each case, taking side effects and drug interactions into consideration. It is possible to conclude that infection by SARS-CoV-2 in patients presenting with psychomotor agitation due to mental illness require specific care and adjustments to treatment protocols.

Keywords: Psychiatric emergencies, psychomotor agitation, coronavirus disease.

INTRODUÇÃO

Declarada como uma emergência de saúde pública de interesse internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e posteriormente caracterizada como pandemia, a doença do coronavírus (COVID-19) tem sido o foco de diversos estudos em todas as áreas da medicina^{1,2}. Esses esforços de saúde pública para prevenir a contaminação e tratar a doença visam garantir

¹ Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO. ² Hospital Geral de Palmas, Palmas, TO. ³ Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ⁴ Psychiatric Emergencies Commission, Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). ⁵ APAL. ⁶ Universidade do Porto, Porto, Portugal. ⁷ Professora, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA. ⁸ Professora, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. ⁹ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP.

assistência a toda a população. No entanto, essas estratégias podem ser menos eficazes para certos grupos marginalizados, notadamente aqueles com doenças mentais. Características desses transtornos, como delírios, alucinações, comportamento desorganizado, comprometimento cognitivo, má percepção e também características sociodemográficas, incluindo viver em moradia congregada e sem-teto^{2,3}, podem colocar esses indivíduos em maior risco de serem infectados pelo SARS-CoV-2 e desenvolver o COVID-19.

Além disso, as pessoas que vivem com esquizofrenia e outras doenças mentais correm maior risco de desfechos adversos, incluindo a morte, pois, em comparação com a população em geral, elas tipicamente têm pior saúde física,^{2,4} maior desvantagem socioeconômica^{2,5}, são mais socialmente desconectadas^{2,6} e experimentam estigma e discriminação generalizadas^{2,7}.

A agitação psicomotora é relatada em até 69% dos pacientes de unidades de terapia intensiva (UTI) COVID-19⁸. Portanto, será comum que os profissionais tenham que lidar com situações de agitação psicomotora devido ao agravamento de transtornos mentais ou complicações da saúde física dos pacientes. Além disso, o tratamento do COVID-19 tem algumas peculiaridades em relação aos tratamentos medicamentosos, o que poderia levantar preocupações sobre possíveis interações farmacodinâmicas e farmacocinéticas com alguns medicamentos psicotrópicos, além de efeitos adversos.

Há alguns relatos de encefalite induzida pelo COVID-19, levando a mudanças comportamentais e de humor, bem como flutuações no nível de consciência⁹. A prevalência de delírio parece ser de até 65% entre os pacientes da UTI de COVID-19⁸, e embora seja mais comum na população idosa, os jovens também podem apresentar isso juntamente com infecção grave e insuficiência respiratória¹⁰. Além dos sintomas psiquiátricos atribuíveis a uma etiologia médica geral, também é possível ver a recaída das condições psiquiátricas anteriores quando o novo diagnóstico da doença é confirmado. Mudanças de comportamento, agitação, agressividade e flutuações no nível de consciência podem dificultar ainda mais o manejo dos pacientes acometidos pelo COVID-19, com repercussões no controle de riscos para o paciente e para a equipe de saúde responsável¹¹.

O contexto da pandemia COVID-19 criou uma atmosfera generalizada de medo e insegurança. Esse cenário induz uma infinidade de reações a essa patologia, que vão desde comportamentos excessivos de saneamento até reações de negação à doença com componentes de agressão e hostilidade. Todo o processo de diagnóstico dessa infecção, desde os primeiros sintomas suspeitos, a expectativa de resultados dos exames, a confirmação do diagnóstico, o medo de perceber que a evolução estaria ficando séria, levando ao temor de ser entubado e nunca mais acordar, geraria comportamentos de desespero, com agitação psicomotora, tentativas de fugas impulsivas e reações extremas de ansiedade, o que pode criar situações de difícil manuseio nos serviços de emergência clínica.

O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão narrativa para o manejo da agitação psicomotora específica para pacientes com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2 ou já diagnosticados com COVID-19.

CUIDADOS NO ATENDIMENTO

A agitação psicomotora requer, tanto quanto possível, uma abordagem em um ambiente protegido, para preservar a segurança e a integridade dos pacientes e da equipe de saúde. Por essa razão, os pacientes agitados, especialmente aqueles potencialmente infectados, devem permanecer em unidades de saúde com pessoal qualificado e bem treinado e equipamentos adequados. Esses casos devem ser evitados de ser tratados na atenção primária, na comunidade ou em casa. Além disso, pacientes com doença mental que evoluem para agitação psicomotora não têm consciência suficiente de sua condição, nem controle de sua vontade e impulsividade para adotar precauções para evitar contaminação.

O COVID-19 pode ser transmitido por contato próximo com pessoas infectadas (como tocar ou apertar as mãos) ou através de tosse, espirro, catarro e gotículas de saliva de pessoas infectadas. O vírus também pode ser transmitido tocando os olhos, nariz ou boca após contato direto com objetos ou superfícies contaminadas. Dados preliminares indicam que alguns pacientes com COVID-19 podem espalhar o vírus de 24 a 48 horas antes do início das manifestações clínicas e vários dias após o início dos sintomas. Alguns pacientes psiquiátricos, dependendo do seu nível de comprometimento cognitivo

LEONARDO BALDAÇARA
ANTONIO GERALDO DA SILVA
MIRIAM ELZA GORENDER
NICOLI ABRÃO FASANELLA
DANIEL KAWAKAMI
VERÔNICA DA SILVEIRA LEITE
MARCELO ALLEVATO
RAQUEL PRUDENTE DE CARVALHO BALDAÇARA
FLAVIO AUGUSTO DE PÁDUA MILAGRES
TENG CHEI TUNG

e alterações comportamentais, não são capazes de tolerar o uso de máscaras ou outros dispositivos de proteção em ambientes públicos e têm dificuldade em realizar assepsia frequente, justificando a importância do desprendimento social em um ambiente protegido e sob vigilância.

Portanto, a equipe de saúde deve usar máscaras e equipamentos de proteção individual em todas as ocasiões e tomar cuidado extra para evitar contaminação durante o contato com esses pacientes. Nos serviços de saúde estruturados, toda a equipe deve estar devidamente vestida, e o atendimento deve ser prestado em uma sala isolada dos quartos de outros pacientes. O mesmo deve ocorrer na necessidade de um período de observação. Durante uma pandemia, todos os pacientes agitados devem ser considerados potencialmente infectados, e todos os procedimentos devem ser baseados nessa premissa. Recomenda-se que os pacientes com suspeita de estarem infectados com COVID-19 permaneçam em um quarto separado. Se o diagnóstico for confirmado, deve ser garantido um local isolado para observação durante toda a internação.

Uma das razões pelas quais os pacientes suspeitos e confirmados com o COVID-19 e que também sofrem de doenças mentais devem ter um local separado de outros pacientes com outras doenças, além do fato de que

esses pacientes podem não seguir medidas protetivas, é que a equipe que monitora e presta assistência em caso de complicações (agitação que exija intervenção) precisa estar vestida e com todos os equipamentos de proteção individual (EPI) durante todo o turno. Caso contrário, em uma situação de necessidade de segurança rápida ou contenção física, não há tempo suficiente para a equipe primeiro se vestir e depois se aproximar do paciente.

É importante ressaltar que, em situações comuns, o ambiente ideal para o cuidado em crise nem sempre estará disponível, pois as emergências podem ocorrer em qualquer lugar, sem aviso prévio¹². No entanto, em situações epidêmicas, os gestores dos serviços de saúde precisam planejar e antecipar a necessidade de atendimento a emergências psiquiátricas e fornecer locais adequados.

Um resumo da atenção geral aos pacientes com agitação e suspeita de COVID-19 é apresentado no Quadro 1.

TRIAGEM

No Quadro 2, apresentamos detalhes importantes sobre a triagem.

Na presença de um paciente com sintomas de agitação psicomotora, há a necessidade de realizar uma triagem rápida, mas cuidadosa, para avaliar se o paciente

Quadro 1 - Atendimento geral para pacientes com agitação e suspeita de COVID-19

Grupo	Equipamento	Cuidado
Pacientes	Use uma máscara, se possível. Uso de álcool 70% para limpeza.	Transporte de ambulância com equipe treinada. Ficar em quartos isolados de pacientes com outras doenças.
Família e outros companheiros	Use uma máscara. Proteção dos olhos. Uso de álcool 70% para limpeza.	Evite visitas durante observação ou internação.
Equipe de saúde	Use uma máscara. Proteção dos olhos. Avental. Tampa. Luvas descartáveis. Uso de álcool 70% para limpeza.	Local único para supervisão e monitoramento do paciente. O serviço de saúde deve prestar atendimento para rodar a equipe em caso de contaminação, monitorando o aparecimento de sinais e sintomas de infecção e a necessidade de entrar em isolamento.

¹ Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO. ² Hospital Geral de Palmas, Palmas, TO. ³ Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ⁴ Psychiatric Emergencies Commission, Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). ⁵ APAL. ⁶ Universidade do Porto, Porto, Portugal. ⁷ Professora, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA. ⁸ Professora, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. ⁹ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP.

precisa de cuidados imediatos ou se pode esperar sua vez. Na triagem, a equipe deve avaliar a capacidade do paciente de colaborar com base na observação e interação verbal (esperar e dialogar)¹². Em ambiente pré-emergência, avalie a urgência e a necessidade de encaminhamento imediato a um pronto-socorro geral ou psiquiátrico. Na sala de espera, avaliar a linguagem corporal do paciente e outros sinais podem fornecer pistas sobre a capacidade de esperar e/ou nível de prioridade. Se necessário, reúna os dados iniciais para

Quadro 2 - Triagem de agitação psicomotora por suspeita de COVID-19

Avaliação	Triagem	Para completar
Questionamento sobre agitação	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que está acontecendo? 2. Quantificar a gravidade: pontuação. 3. Por quanto tempo? 4. Hipótese diagnóstica ou diagnóstico temporário. 5. Se possível, realize um exame físico e meça sinais vitais antes de rápida segurança ou contenção física. 6. Se não for possível considerar medidas que protejam o paciente. 7. Revise sua avaliação e hipótese. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese objetiva e subjetiva. 2. Exame físico e neurológico. 3. Exame psiquiátrico. 4. Diagnóstico diferencial. 5. Tranquilização rápida. 6. Encaminhamento e orientação.
Questionamento sobre doenças físicas	<p>Tenha cuidado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Novos sintomas em pacientes com 45 anos ou mais. • Sinais vitais anormais. • Sinais neurológicos focais. • Evidência de ferimento na cabeça. • Intoxicação por substâncias. • Retirada de substâncias. • Doença física prévia. • Consciência diminuída e desatenção. • Alucinações visuais. • Tentativas de suicídio. • Suando, tremor, palidez. • Dor de cabeça severa. • Rigidez muscular ou fraqueza extrema. • Perda de peso involuntária. • Convulsões. • Dificuldade respiratória. • Perda de memória. • Novo início de psicose. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como acima. 2. Avaliação complementar.
Investigação COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Febre + pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dispneia, dor de garganta ou coriza). • Doença aguda grave do trato respiratório inferior sem uma causa definida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como acima. 2. Avaliação complementar. 3. RT-PCR positivo em em esfregação naso-faríngeo, lavagem broncoalveolar, escarro ou secreção traqueal, tomografia torácica.

RT-PCR = reação em cadeia de polimerase em tempo real.

LEONARDO BALDAÇARA
ANTONIO GERALDO DA SILVA
MIRIAM ELZA GORENDER
NICOLI ABRÃO FASANELLA
DANIEL KAWAKAMI
VERÔNICA DA SILVEIRA LEITE
MARCELO ALLEVATO
RAQUEL PRUDENTE DE CARVALHO BALDAÇARA
FLAVIO AUGUSTO DE PÁDUA MILAGRES
TENG CHEI TUNG

começar imediatamente a avaliação no consultório médico ou pronto-socorro¹².

Com o objetivo de garantir a integridade física do paciente e da equipe médica, busca-se cuidar desse paciente de forma tranquila, neutra e com poucos estímulos (pouco ruído, luz não tão brilhante e número reduzido de pessoas); manter uma distância segura, com uma saída próxima e acessível; remover qualquer instrumento que possa ser usado como arma. Se possível, mantenha a equipe de segurança alerta para responder quando necessário.

Anamnese e exame de estado físico e mental devem ser realizados de forma detalhada para que as principais causas de agitação psicomotora e agressividade possam ser distinguidas. Muitas dessas manifestações podem estar associadas a condições clínicas ou neurológicas¹². Durante esta triagem clínica, a equipe deve estar atenta ao reconhecimento precoce dos sintomas relacionados à possível infecção pela doença SARS-COV-2 e COVID-19, viabilizando o isolamento imediato dos casos suspeitos¹³.

É obrigatório ser capaz de diferenciar entre as várias causas potenciais de agitação, especialmente o delírio. Alguns estudos iniciais indicam que 20 a 30% dos pacientes afetados pelo COVID-19 apresentarão ou desenvolverão essa complicação durante a internação. Em casos graves, essa taxa pode subir de 60 a 70%, independentemente da idade^{14,15}.

A Organização Mundial da Saúde alerta sobre sintomas atípicos e estado mental alterado, mas nenhuma referência sobre o delírio foi relatada especificamente¹³. Portanto, atualmente, o delírio ou as mudanças no estado mental não são avaliados rotineiramente em casos suspeitos de COVID-19, mesmo em idosos. Nessa população especial, há uma preocupação com o risco de que o diagnóstico de COVID-19 possa ser perdido, principalmente porque os idosos geralmente não têm a típica resposta febril e muitos não manifestam dispneia, mesmo diante da hipóxia¹⁶.

MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA

A abordagem inicial consiste em garantir medidas de segurança: 1) manter a comunicação para cima; 2) restrição de espaço; 3) medicação (tranquilização rápida); 4) contenção física. Além dessa abordagem rápida e eficaz,

deve ser realizada avaliação com anamnese subjetiva e objetiva, exame físico e neurológico, bem como exame psíquico, e busca de diagnósticos diferenciais, a fim de determinar o melhor manejo terapêutico^{12,17}.

Medidas de segurança

A equipe deve adotar medidas de proteção padrão para todos os pacientes, incluindo higiene respiratória e das mãos, uso de EPI de acordo com avaliação de riscos, práticas de segurança de injeção, gerenciamento seguro de resíduos, limpeza ambiental de cama e esterilização de equipamentos de atendimento ao paciente. Certifique-se de que todos os pacientes cubram o nariz e a boca com um tecido ou cotovelo ao tossir ou espirrar; ofereça uma máscara cirúrgica para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19 em áreas públicas/de espera ou no consultório; realize a higiene das mãos após contato com secreções respiratórias^{13,18}.

Comunicação

Para manter a comunicação atualizada, sugere-se manter uma distância de 2 metros do paciente, se possível. Em um tom calmo, baixo, mas claro, seguro e firme de voz, solicite todas as informações sobre o paciente, companheiros e suas famílias, incluindo seus contatos; ganhe a confiança do paciente através do diálogo para saber sobre seus sintomas e as razões que os levaram a ir ao serviço de saúde. Inicialmente, é possível tentar a técnica de desescalada verbal para acalmar pacientes que estão agitados^{12,17,19}. Indivíduos que não se acalmam ou se recusam a responder às instruções verbais não devem ser mantidos na sala de espera e devem ser encaminhados para um atendimento de emergência.

Restrição de espaço

Se uma abordagem verbal falhar, o procedimento de restrição de espaço deve ser realizado. Nessa técnica, o paciente permanecerá em um lugar menos ocupado e mais pacífico. Tal conduta só será necessária se estiver em um lugar onde haja outros pacientes ou pessoas.

Medicação (tranquilização rápida)

A administração correta da medicação tem o objetivo de garantir a sedação adequada do paciente. Os riscos,

¹ Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO. ² Hospital Geral de Palmas, Palmas, TO. ³ Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ⁴ Psychiatric Emergencies Commission, Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). ⁵ APAL. ⁶ Universidade do Porto, Porto, Portugal. ⁷ Professora, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA. ⁸ Professora, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. ⁹ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP.

benefícios e interações medicamentosas devem ser avaliados para que ele permita, portanto, a escolha terapêutica adequada^{12,17,20}. Neste artigo, apresentamos as possíveis interações das opções já apresentadas anteriormente neste suplemento.

Contenção física

A contenção física deve ser utilizada pelo menor tempo necessário, dado o risco de trombose. Por essa razão, todos os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 devem ser utilizados em heparina profilática. A contenção torácica deve ser evitada na presença de sintomas respiratórios. Os pacientes devem permanecer com máscara apenas se esse procedimento não dificultar sua respiração. A condição do paciente deve ser avaliada periodicamente para garantir seu bem-estar e segurança, pois às vezes a contenção puramente mecânica pode causar mais danos orgânicos e gerar complicações como hipertermia e rabdomiólise (garantindo uma hidratação eficaz do paciente). Se a contenção for prolongada, administre heparina subcutânea para evitar trombose venosa profunda. A contenção física deve estar associada à tranquilização rápida.

Outra complicação grave a ser considerada é o aumento do risco de trombose para pacientes com contenção física, uso de medicamentos psicofármacos e imobilização²¹. Essa situação pode ser ainda mais agravada pelo risco de distúrbios de coagulação e trombose devido à infecção pelo COVID-19²². Pesquisas anteriores sugeriram que a trombose ocorre em 20-30% dos pacientes com COVID-19 gravemente doentes^{22,23}, mesmo com profilaxia e 49% de incidência cumulativa de complicações trombóticas²⁴.

Portanto, os pacientes com COVID-19 não devem apenas receber profilaxia para trombose, mas outras medidas de profilaxia, como o uso de meias elásticas (se houver outros fatores de risco) e/ou caminhada precoce ou fisioterapia motora, no caso de manutenção da imobilidade.

ABORDAGEM PSICOFARMACOLÓGICA EM AGITAÇÃO PSICOMOTORA EM POPULAÇÃO ACOMETIDA PELO COVID-19

Deve ser considerado em pacientes internados para COVID-19 e com agitação psicomotora, que devem estar usando outras drogas para tratar infecções e

outras complicações, como distúrbios pulmonares, cardiovasculares, renais ou de coagulação. A escolha terapêutica também deve considerar a gravidade dos sintomas de agitação psicomotora.

Existem medicações que têm sido utilizadas na forma *off-label*, tais como azitromicina, cloroquina/hidroxicloroquina, darunavir, interferon, ivermectina, lopinavir/ritonavir, nitazoxanida e tocilizumabe. Não é objetivo deste documento discutir a possível eficácia ou não dessas medicações, e sim alertar sobre a possibilidade de seu uso em pacientes com infecção por COVID-19. Além disso, é possível que o paciente com a doença infecciosa esteja em uso de outras medicações para o tratamento das complicações da doença infecciosa, as quais podem sofrer interação com o psicofármaco pretendido. Na vigência de seu uso, o psiquiatra deve escolher aquele que possibilite tranquilização rápida e menor ou nenhuma interação medicamentosa ou possíveis complicações da doença infecciosa. Segue uma lista de opções sugeridas para tranquilização rápida nessa condição infecciosa. Sempre verificar as interações medicamentosas e efeitos colaterais antes da prescrição:

- **Antipsicóticos:** Aripiprazol 2,5 mg até 9,5 mg intramuscular, repetido a cada 2 horas, até uma dose máxima de 20 mg por dia. Asenapina 10 mg de mesas sublinguais, repetidas a cada 12 horas, dose máxima de 20 mg por dia. Risperidona 1 mg até 3 mg, comprimidos ou solução oral, 3 mg, repetida a cada hora, dose máxima de 6 mg. Olanzapina 2,5 mg até 5 mg de desintegração oral ou intramuscular, repetido a cada 2 horas, até uma dose máxima de 15 mg por dia. Podem ser usados em condições leves, moderadas ou graves. Haloperidol 2,5 mg até 7,5 mg intramuscular, repetido a cada 30 minutos, até uma dose máxima de 15 mg por dia. O acetato de zuclopentixol 50 mg intramuscular pode ser outra opção, no entanto não é recomendável repetir o uso, considerando a meia-vida particularmente alta dessa formulação intramuscular. O acetato zuclopentixol deve ser restrito a casos em que há reações adversas graves e para evitar a repetição da tranquilização rápida.

LEONARDO BALDAÇARA
ANTONIO GERALDO DA SILVA
MIRIAM ELZA GORENDER
NICOLI ABRÃO FASANELLA
DANIEL KAWAKAMI
VERÔNICA DA SILVEIRA LEITE
MARCELO ALLEVATO
RAQUEL PRUDENTE DE CARVALHO BALDAÇARA
FLAVIO AUGUSTO DE PÁDUA MILAGRES
TENG CHEI TUNG

Evitar: Fenotiazinas e ziprasidona. Não há evidência de eficácia de quetiapina para tranquilização rápida.

Atenção: Todos os antipsicóticos aumentam o risco de morte súbita, prolongando o intervalo QT no eletrocardiograma e, conseqüentemente, aumentando as preocupações sobre o aumento do risco de arritmias e, conseqüentemente, fibrilação ventricular. Considerando que os medicamentos *off-label* que estão sendo amplamente utilizados para tratar o COVID-19, como hidroxicloroquina, cloroquina e azitromicina, são conhecidos por causar prolongamento do intervalo QTc e outras alterações na eletrofisiologia cardíaca, é importante considerar os riscos das associações²⁵. Haloperidol e risperidona são medicamentos baratos, econômicos e comumente usados. No entanto, é preciso estar ciente de seus efeitos colaterais cardíacos. Tenha cuidado com efeitos colaterais extrapiramidais²⁰. Cuidado com o risco de trombose²¹.

- **Benzodiazepínicos:** Lorazepam 0,25 mg até 2 mg oralmente, intramuscular ou intravenoso, repetido a cada 2 a 4 horas, utilizando a menor dose possível para prevenir a depressão respiratória. Pode ser usado em condições leves, moderadas ou graves. Clonazepam 2 mg solução oral ou comprimidos, repetidos a cada 1 hora, dose máxima de 4 mg. Diazepam oralmente ou por via intravenosa (apenas para abstinência de álcool, intoxicação por cocaína ou apreensões), 5 mg até 10 mg, repetidos a cada hora oralmente ou a cada 5 minutos, por via intravenosa, em dose máxima de 60 mg por dia.

Evitar: Midazolam.

Atenção: Benzodiazepínicos devem aumentar a sedação e o risco de depressão respiratória. Não use diazepam por via intramuscular. Cuidado com a sedação excessiva, que leva à imobilidade e alto risco de trombose.

- **Estabilizadores de humor:** Estudo observou que o valproato intravenoso (20 mg/kg) teve efeitos comparáveis ao haloperidol para agitação no ambiente de psiquiatria de emergência, mas tem a limitação de ter que ser administrado intravenoso, além das contraindicações inerentes a essa

droga²⁶. No entanto, é importante notar que não há outra evidência para o uso de estabilizadores de humor como uma garantia rápida, a menos que a agitação esteja associada a uma convulsão.

Evitar/ter cuidado: a carbamazepina diminui a ação dos antirretrovirais, e seus efeitos colaterais podem persistir no corpo por semanas após sua interrupção. O lítio tem alto risco arritmogênico cardíaco e não deve ser usado em casos agudos, devendo ser descontinuado ou usado com baixas doses durante a infecção naqueles pacientes que já o utilizam.

Atenção: O médico deve ajustar o gerenciamento de medicamentos para cada caso. Gostaríamos de salientar que a ausência de dados sobre interação não significa necessariamente que não existam interações.

CONCLUSÃO

Pessoas com doenças mentais são geralmente mais suscetíveis a infecções respiratórias por diversas razões, como comprometimento cognitivo, má consciência de risco, pouco esforço em cuidados pessoais e maior dificuldade em atravessar barreiras para acessar serviços de saúde. Além disso, há também um desafio no tratamento de um paciente em situação de agitação e potencial risco de automutilação ou agressão direcionada a terceiros, justificando, assim, o desenvolvimento de estratégias especificamente projetadas para a gestão desses pacientes.

Conflitos de interesse: Teng Chei Tung atuou como membro do conselho consultivo/consultor Aché, Abbott, Servier, Lundbeck e Apsen; proferiu palestras para Aché, Abbott, Pfizer, EMS, Medley/Sanofi, Lundbeck, Servier, Libbs, Apsen, Torrent e Daichii-Sankyo; realizou pesquisa para Janssen-Cilag e atuou como consultor para artigos promocionais clínicos/científicos para Aché, Abbott, Pfizer, EMS, Medley/Sanofi, Lundbeck, Servier, Supera, Janssen-Cilag, Cristália, Libbs, Apsen, Torrent e Daichii-Sankyo. No entanto, nenhuma empresa da indústria farmacêutica participou ou financiou qualquer etapa deste estudo. Os outros autores informam não ter conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

¹ Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO. ² Hospital Geral de Palmas, Palmas, TO. ³ Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ⁴ Psychiatric Emergencies Commission, Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). ⁵ APAL. ⁶ Universidade do Porto, Porto, Portugal. ⁷ Professora, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA. ⁸ Professora, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. ⁹ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP.

Correspondência: Leonardo Baldaçara, Quadra 401 Sul, Av. Joaquim Teotônio Segurado, 1, Espaço Médico, sala 1006, CEP 77015-550, Plano Diretor Sul, Palmas, TO. Tel.: (63) 3217.7288. E-mail: leonardobaldassara@gmail.com

Referências

1. International Society of Substance use Professionals (ISSUP). Saúde mental e considerações psicossociais durante o surto de COVID-19 [Internet]. 2020 Apr 3 [cited 2020 Dec 8]. www.issup.net/pt-br/knowledge-share/publications/2020-04/saude-mental-consideracoes-psicossociais-durante-surto-covid
2. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull.* 2020;46:752-7.
3. Morgan VA, Waterreus A, Carr V, Castle D, Cohen M, Harvey C, et al. Responding to challenges for people with psychotic illness: updated evidence from the survey of high impact psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2017;51:124-40.
4. Saxena S, Major M. Physical health of people with severe mental disorders: leave no one behind. *World Psychiatry.* 2017;16:1-2.
5. Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry.* 2005;4:181-5.
6. Green MF, Horan WP, Lee J, McCleery A, Reddy LF, Wynn JK. Social disconnection in schizophrenia and the general community. *Schizophr Bull.* 2018;44:242-9.
7. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Norman Sartorius, Morven Leese, INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2009;373:408-15.
8. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:611-27.
9. Wu Y, Xu X, Chen Z, Duan J, Hashimoto K, Yang L, et al. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav Immun.* 2020;87:18-22.
10. British Geriatrics Society. Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases [Internet]. 2020 Mar 19 [cited 2020 Dec 7]. www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases
11. Cui LB, Wang XH, Wang HN. Challenges of facing coronavirus disease 2019: Psychiatric services for patients with mental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74:371-2.
12. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry.* 2019;41:153-67.
13. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Prevenção e controle de infecções durante os cuidados de saúde quando suspeita-se de infecção por novo coronavírus (nCoV) [Internet]. 2020 Mar 3 [cited 2020 Dec 8]. iris.paho.org/handle/10665.2/51910
14. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020;77:683-90.
15. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med.* 2020;382:2268-70.
16. O'Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age Ageing.* 2020;49:497-8.
17. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry.* 2016;17:86-128.
18. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: WHO; 2020.
19. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation

LEONARDO BALDAÇARA
ANTONIO GERALDO DA SILVA
MIRIAM ELZA GORENDER
NICOLI ABRÃO FASANELLA
DANIEL KAWAKAMI
VERÔNICA DA SILVEIRA LEITE
MARCELO ALLEVATO
RAQUEL PRUDENTE DE CARVALHO BALDAÇARA
FLAVIO AUGUSTO DE PÁDUA MILAGRES
TENG CHEI TUNG

- of the agitated patient: consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA De-escalation workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13:17-25.
20. Baldacara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry.* 2019;41:324-35.
 21. Shulman M, Njoku IJ, Manu P. Thrombotic complications of treatment with antipsychotic drugs. *Minerva Med.* 2013;104:175-84.
 22. Poissy J, Goutay J, Caplan M, Parmentier E, Duburcq T, Lassalle F, et al. Pulmonary embolism in patients with COVID-19: awareness of an increased prevalence. *Circulation.* 2020;142:184-6.
 23. Middeldorp S, Coppens M, van Haaps TF, Foppen M, Vlaar AP, Müller MC, et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost.* 2020;18:1995-2002.
 24. Klok FA, Kruip MJ, van der Meer NJ, Arbous MS, Gommers D, Kant KM, et al. Confirmation of the high cumulative incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19: an updated analysis. *Thromb Res.* 2020;191:148-50.
 25. Giudicessi JR, Noseworthy PA, Friedman PA, Ackerman MJ. Urgent guidance for navigating and circumventing the QTc-prolonging and torsadogenic potential of possible pharmacotherapies for coronavirus disease 19 (COVID-19). *Mayo Clin Proc.* 2020;95:1213-21.
 26. Asadollahi S, Heidari K, Hatamabadi H, Vafae R, Yunesian S, Azadbakht A, et al. Efficacy and safety of valproic acid versus haloperidol in patients with acute agitation: results of a randomized, double-blind, parallel-group trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 2015;30:142-50.