



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 11 • n°1 • Jan-Mar 2021
ISSN 2236-918X
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-11-1>

DEBATES em psiquiatria in psychiatry

Publicação destinada exclusivamente aos médicos www.revistardp.org.br

Edição - especial

AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Mala Direta

9912341582/2014-DR/RJ
ABP

 Correios



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

**DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO
PSICOMOTORA: CUIDADOS GERAIS E AVALIAÇÃO**

**DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO
PSICOMOTORA: TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO E CONTENÇÃO FÍSICA**

**DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO
DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA: ABORDAGEM
FARMACOLÓGICA 1 – TRANQUILIZAÇÃO RÁPIDA**

**DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: TRANQUILIZAÇÃO RÁPIDA
2 – COMBINAÇÕES E GRUPOS ESPECIAIS**

MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA EM PACIENTES COM COVID-19

APRESENTAÇÃO

Prezado(a) leitor(a),

Nessa primeira edição de 2021, temos o prazer de trazer a vocês um projeto muito especial, a saber, a adaptação para publicação em nossa revista *Debates em Psiquiatria* das Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Agitação Psicomotora, desenvolvidas por uma força-tarefa composta de psiquiatras brasileiros nomeados pela Comissão Nacional de Emergências Psiquiátricas da ABP.

As diretrizes foram publicadas originalmente em inglês, em duas partes, em nossa publicação científica oficial, o *Brazilian Journal of Psychiatry*. Agora, o mesmo conteúdo é apresentado aqui, em português, reorganizado em quatro artigos, mais um capítulo introdutório e complementado por um artigo inédito sobre manejo da agitação psicomotora em pacientes com COVID-19.

No capítulo introdutório, os autores descrevem o projeto e a metodologia empregados, informam os números de artigos extraídos de diferentes bases de dados e analisados. Os quatro artigos que seguem as considerações iniciais focam em diferentes aspectos das diretrizes, a saber: cuidados gerais e avaliação, técnicas de comunicação e contenção física, tranquilização rápida e tranquilização rápida em grupos especiais. Fechando a edição, os autores nos brindam com um artigo inédito, exclusivo, no qual fazem um elo entre o tópico da agitação psicomotora e o momento de pandemia que estamos ainda vivendo.

Temos muito orgulho de estar trazendo para os psiquiatras brasileiros associados à ABP o estado da arte em agitação psicomotora, por meio das diretrizes desenvolvidas pela ABP. Esperamos que todos apreciem a leitura!

Antônio Geraldo da Silva

Editor Sênior, *Debates em Psiquiatria*



DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva – DF
Vice-Presidente: Claudio Martins – RS
Diretor secretário: Sergio Tamai – SP
Diretor secretário adjunto: Miriam Gorender – BA
Diretor tesoureiro: Fátima Vasconcellos – RJ
Diretor tesoureiro adjunto: Kleber Oliveira – PA

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Ruy Palhano Silva – MA
Diretor Regional Nordeste: Leonardo Francisco de Albuquerque Barbosa – RN
Diretor Regional Centro-Oeste: Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO
Diretor Regional Sudeste: Humberto Corrêa da Silva Filho – MG
Diretor Regional Sul: Marcelo Feijó de Mello – SP

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Sérgio Cutin – RS
Ronaldo Ramos Laranjeira – SP
Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias – SP

Suplentes:

Eduardo Myllius Pimentel – SC
Suzzana Bernardes de Vasconcellos – AL
Euclides Gomes – RS

ABP - Rio de Janeiro
Rua Buenos Aires, 48 – 3º Andar – Centro
CEP: 20070-022 – Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abppbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abppbrasil.org.br

////// EXPEDIENTE

EDITOR SÊNIOR

Antônio Geraldo da Silva – DF

EDITOR EXECUTIVO

Alexandre Paim Diaz – SC

EDITORES-CHEFES

Leandro Malloy-Diniz – MG
Jose Carlos Appolinario – RJ
Marcelo Feijó de Mello – SP

EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Moreira Amaury Cantilino – PE
Antônio Peregrino – PE
Carmita Helena Najjar Abdo – SP
Clarissa Gama – RS
Érico de Castro e Costa – MG
Fabio Sousa – CE
Itiro Shirakawa – SP
Joel Rennó – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Liborio Schwarzbold – SC
Raphael Augusto Teixeira – SP
Rochelle Affonso Marquette – RS
Tânia Ferraz – SP

EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan – SC
Antonio Leandro Nascimento – RJ
Camila Tanabe Matsuzaka – SP
Emerson Arcoverde Numes – RN
Izabela Guimarães Barbosa – MG
João Chaves Hiluy – CE
Larissa Junkes – RJ
Lorena Del Sant – SP
Rafael Garcia – RJ

CONSELHO EDITORIAL

Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro – SP
Alfredo Minervino – PB
Almir Ribeiro Tavares Júnior – MG
Amaury Cantilino – PE
Ana Cecília Petta Roselli Marques – SP
Analice de Paula Gigliotti – RJ
Carla Hervê Moram Bicca – RS
Carla Moita – PB
César de Moraes – SP
Elias Abdalla Filho – DF
Emerson Arcoverde Numes – RN
Evelyn Kuczynski – SP
Fabio Gomes de Matos e Souza – CE
Francisco Baptista Assumpção Junior – SP
Graciele Cunha Asevedo – SP
Helena Maria Calil – SP
Humberto Corrêa da Silva Filho – MG
Irismar Reis de Oliveira – BA
João Luciano de Quevedo – SC
Joel Rennó – SP
José Cássio do Nascimento Pitta – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO
Lucas Alves Pereira – BA
Lucas Quarantini – BA
Maíla de Castro Lourenço das Neves – MG
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Ribeiro de Araujo – SP
Marcos A. Gebara Muraro – RJ
Marcos Scanavino – SP
Maria Alice de Vilhena Toledo – DF
Paulo Belmonte de Abreu – RS
Paulo Cesar Geraldês – RJ
Renan Boeiro – SC
Ricardo Barcelos – MG
Rochelle Affonso Marquette – RS
Sergio Tamai – SP
Tânia Ferraz – SP
Tatiana Valverde – DF
Teng Chei Tung – SP
Valentim Gentil Filho – SP
William Azevedo Dunningham – BA

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal
Revisão de Textos e Editoração Eletrônica: Scientific Linguagem
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Gerente Geral: Simone Paes
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO JAN-MAR 2021

6/introdução

Considerações iniciais

LEONARDO BALDAÇARA, FLÁVIA ISMAEL, VERÔNICA S. LEITE, RENATA N.S. FIGUEIREDO, LUCAS A. PEREIRA, DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES, ELIE LEAL DE BARROS CALFAT, ALEXANDRE RIZKALLA, CINTIA A. M. PÉRICO DEISY M. PORTO, CARLOS E. K. ZACHARIAS, ROBERTO M. DOS SANTOS, VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR, QUIRINO CORDEIRO, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, TENG C. TUNG, ALEXANDRE PAIM DÍAZ

8/revisão

Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: cuidados gerais e avaliação

LEONARDO BALDAÇARA, FLÁVIA ISMAEL, VERÔNICA S. LEITE, RENATA N.S. FIGUEIREDO, LUCAS A. PEREIRA, DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES, ELIE LEAL DE BARROS CALFAT, ALEXANDRE RIZKALLA, CINTIA A. M. PÉRICO DEISY M. PORTO, CARLOS E. K. ZACHARIAS, ROBERTO M. DOS SANTOS, VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR, QUIRINO CORDEIRO, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, TENG C. TUNG, ALEXANDRE PAIM DÍAZ

22/revisão

Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: técnicas de comunicação e contenção física

LEONARDO BALDAÇARA, FLÁVIA ISMAEL, VERÔNICA S. LEITE, RENATA N.S. FIGUEIREDO, LUCAS A. PEREIRA, DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES, ELIE LEAL DE BARROS CALFAT, ALEXANDRE RIZKALLA, CINTIA A. M. PÉRICO DEISY M. PORTO, CARLOS E. K. ZACHARIAS, ROBERTO M. DOS SANTOS, VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR, QUIRINO CORDEIRO, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, TENG C. TUNG, ALEXANDRE PAIM DÍAZ

28/revisão

Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: abordagem farmacológica 1 – tranquilização rápida

LEONARDO BALDAÇARA, FLÁVIA ISMAEL, VERÔNICA S. LEITE, RENATA N.S. FIGUEIREDO, LUCAS A. PEREIRA, DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES, ELIE LEAL DE BARROS CALFAT, ALEXANDRE RIZKALLA, CINTIA A. M. PÉRICO DEISY M. PORTO, CARLOS E. K. ZACHARIAS, ROBERTO M. DOS SANTOS, VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR, QUIRINO CORDEIRO, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, TENG C. TUNG, ALEXANDRE PAIM DÍAZ

38/revisão

Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: tranquilização rápida 2 – combinações e grupos especiais

LEONARDO BALDAÇARA, FLÁVIA ISMAEL, VERÔNICA S. LEITE, RENATA N.S. FIGUEIREDO, LUCAS A. PEREIRA, DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES, ELIE LEAL DE BARROS CALFAT, ALEXANDRE RIZKALLA, CINTIA A. M. PÉRICO DEISY M. PORTO, CARLOS E. K. ZACHARIAS, ROBERTO M. DOS SANTOS, VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR, QUIRINO CORDEIRO, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, TENG C. TUNG, ALEXANDRE PAIM DÍAZ

50/revisão

Manejo da agitação psicomotora em pacientes com COVID-19

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

Edição - especial

**AGITAÇÃO
PSICOMOTORA**

As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

INITIAL CONSIDERATIONS

Este projeto foi desenvolvido por uma força-tarefa de psiquiatras brasileiros nomeados pela Comissão Nacional de Emergências Psiquiátricas, da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com base nas suas experiências e nos seus conhecimentos a respeito de

emergências psiquiátricas. Para tal, foram selecionados 104 artigos publicados de 1997 a 2017 (5.362 artigos foram rastreados e 1.731 resumos foram analisados), recuperados dos bancos de dados do MEDLINE (PubMed), Cochrane e SciELO (Figura 1). Outros

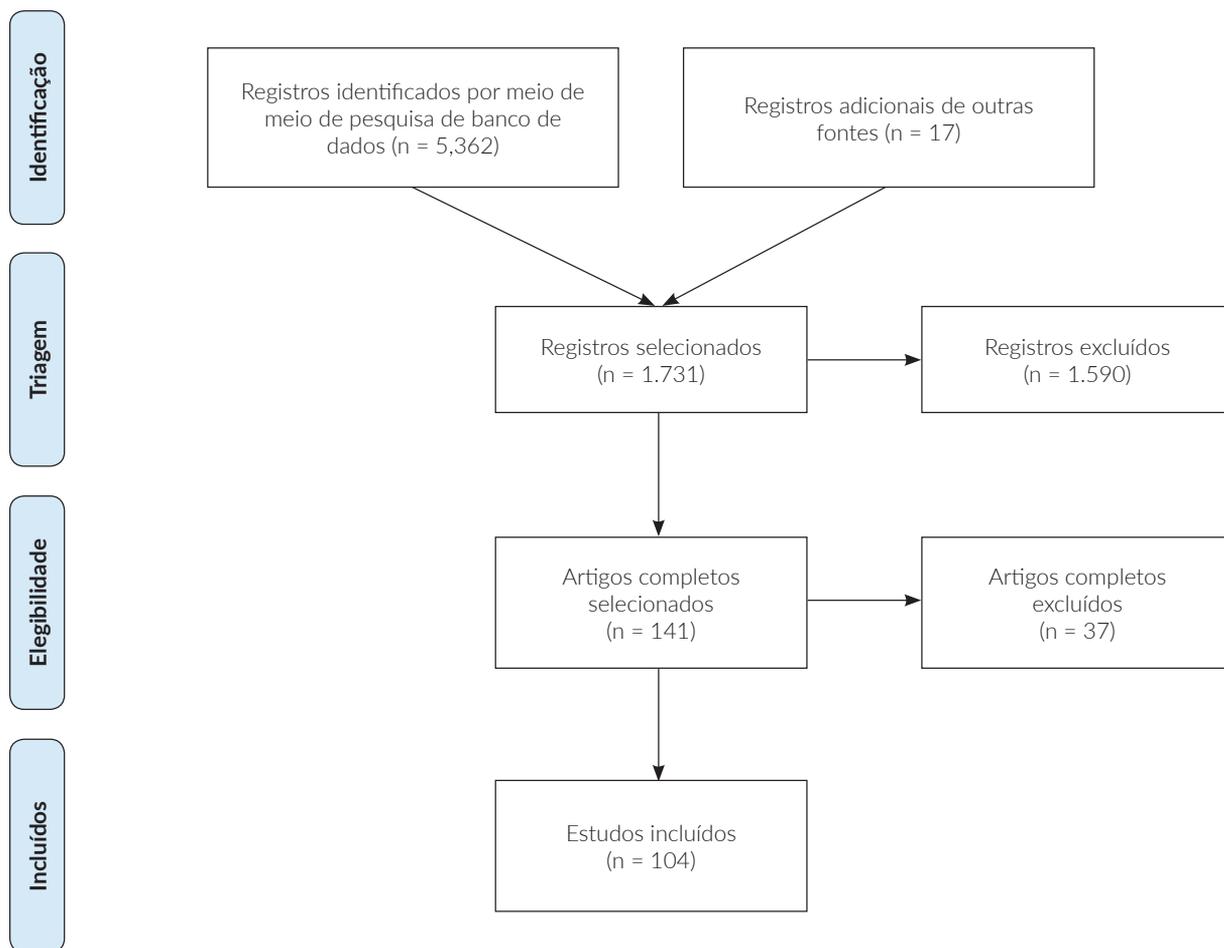


Figura 1 - Fluxograma para o processo de seleção do estudo.

manuscrtos relevantes, identificados pela busca nas listas de referência bibliográfica dos estudos incluídos, também foram utilizados para o desenvolvimento dessas diretrizes.

O modelo PICO (acrônimo das iniciais de paciente ou população; intervenção, indicador ou exposição; controle ou comparação; e *outcome* ou desfecho) foi utilizado para desenvolver as estratégias de busca, conforme recomendado pelo Projeto de Diretrizes da Associação Médica Brasileira. O uso de questões clínicas estruturadas teve como objetivo facilitar o desenho de estratégias de busca. Seis subtemas foram selecionados: cuidados com o ambiente e a equipe (quais são os requisitos ambientais e de equipe para gerenciar a agitação psicomotora?); avaliação mínima (como deve ser avaliado um paciente com agitação psicomotora?); abordagem não farmacológica (como as abordagens não farmacológicas são usadas em pacientes com agitação psicomotora?); abordagem farmacológica (quais medicações são mais eficazes para a abordagem da agitação psicomotora?); contenção física e outros mecanismos de contenção (se a abordagem farmacológica falhar, quais procedimentos devem ser usados?).

Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: agitação psicomotora e outras seis palavras-chave de base temática (cuidado ambiental, requisitos da equipe, avaliação, abordagem não farmacológica, abordagem farmacológica, contenção física e isolamento).

A pesquisa foi limitada a artigos publicados em inglês, português, espanhol e francês. Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 65 anos; e avaliação objetiva da resposta, usando uma escala ou avaliação relatada de um estado mais calmo.

Os critérios de exclusão foram: estudos com foco nos grupos especiais (crianças, *delirium*), estudos incluindo amostras com menos de 20 participantes, relatos de casos e artigos com resultados incertos. Os artigos selecionados foram submetidos às seguintes etapas processuais: a) revisão dos resumos para a seleção dos artigos relevantes; b) leitura de todos os artigos relevantes na íntegra; c) análise crítica da evidência; d) extração de resultados e classificação da força da evidência.

Os artigos foram categorizados em: revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos de caso-controle ou pesquisas transversais. As evidências foram classificadas usando o sistema Oxford Center for Evidence-Based Medicine e as ferramentas de avaliação crítica.

As recomendações foram resumidas pela determinação do nível de evidência (para mais detalhes, veja: <https://www.cebm.net/2009/06/oxfordcentre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>) e classificação de cada recomendação da seguinte forma: A) estudos consistentes de nível 1; B) estudos consistentes de nível 2, 3 ou extrapolações dos estudos de nível 1; C) estudos de nível 4 ou extrapolações de estudos de nível 2 ou 3; D) evidência do nível 5 ou estudos preocupantemente inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível.

Este suplemento é a tradução de dois trabalhos publicados originalmente no *Brazilian Journal of Psychiatry*, que devem ser citados como:

- 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. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0163. Epub 2018 Dec 6. PMID: 30540028; PMCID: PMC6781680.
- Baldaçara 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. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0177. Epub 2019 Mar 7. PMID: 30843960; PMCID: PMC6804299.

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

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA: CUIDADOS GERAIS E AVALIAÇÃO*

BRAZILIAN GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PSYCHOMOTOR AGITATION: GENERAL CARE AND ASSESSMENT

Resumo

Neste primeiro artigo, apresentamos os aspectos gerais dessa diretriz. Na sequência, apresentamos os cuidados gerais do ambiente e equipe e, posteriormente, a avaliação de pacientes agitados, principalmente focada no diagnóstico diferencial.

Número de registro da revisão sistemática: CRD42017054440.

Palavras-chave: Agitação psicomotora, agressividade, tranquilização farmacológica, emergência psiquiátricas, avaliação de risco, manejo não farmacológico.

Abstract

In this first article, we address the general aspects of these guidelines. Subsequently, we describe the characteristics of general care, related to both the setting/facilities and the team. Finally, the assessment of agitated/aggressive patients is discussed, with a focus on differential diagnosis.

Systematic review registration: CRD42017054440.

Keywords: Psychomotor agitation, aggression, pharmacological tranquilization, psychiatric emergencies, risk assessment, non-pharmacological management.

INTRODUÇÃO

A emergência é qualquer situação em que haja ameaça à vida e requeira intervenção imediata. A emergência psiquiátrica é qualquer mudança no comportamento do paciente, existindo um risco significativo para si ou para outros, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata (em questão de minutos ou algumas horas) para evitar danos. Entre as emergências mais prevalentes, estão: comportamento suicida, episódios depressivos ou maníacos, automutilação, julgamento gravemente prejudicado, autonegligência grave, intoxicação ou abstinência, agitação psicomotora e agressividade¹⁻⁴.

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 ambulatoriais⁵. A agitação com ou sem agressividade é responsável por 2,6 a 52% de todas as emergências psiquiátricas em todo o mundo⁶⁻¹² e 23,6 a 23,9% (~24%) das emergências psiquiátricas no Brasil^{13,14}.

Diversas diretrizes sobre o manejo da agitação psicomotora foram produzidas, como, por exemplo: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation, ou Projeto BETA, desenvolvido pela American Association for Emergency Psychiatry¹⁵; Critical Issues on the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department, da American College of Emergency Physicians (ACEP)¹⁶; Violence – The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behavior in Psychiatric In-Patient Settings and Emergency

* Texto adaptado do artigo originalmente publicado em inglês no *Brazilian Journal of Psychiatry*, com a seguinte referência: 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. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Fairlax Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

Departments, uma diretriz de 2005 desenvolvida pelo National Institute for Clinical Excellence (NICE)¹⁷; e o Assessment and Handling of Agitation in Psychiatry consensus statement⁵.

No Brasil, apesar do artigo de 2010 de Mantovani et al.¹⁸, que trata sobre o manejo de pacientes violentos ou agitados, até o momento não há diretrizes atualizadas baseadas em evidências que se apliquem à realidade desse país. O objetivo deste estudo foi desenvolver e apresentar recomendações essenciais para o manejo não farmacológico de pacientes com agitação psicomotora no Brasil.

ESTRUTURA DA EQUIPE (CONDIÇÕES AMBIENTAIS E DA EQUIPE)

É importante ressaltar que o ambiente ideal para o atendimento em crise nem sempre estará disponível, já que as emergências podem ocorrer em qualquer lugar, sem aviso prévio. Nesse caso, a equipe deve utilizar os recursos disponíveis e seguir as recomendações gerais presentes nessa diretriz, encaminhando o paciente para um serviço de emergência o mais rápido possível. A preocupação inicial deve ser tanto com a segurança do paciente quanto das pessoas ao seu redor^{5,19}. Os médicos e outros membros da equipe nunca devem se colocar em risco (por exemplo, permanecer em uma sala fechada sem saída fácil) (D)⁵.

O ambiente físico é importante para o manejo do paciente agitado. Uma área específica deve ser reservada para lidar com pacientes psiquiátricos. Esse local deve conter uma equipe de enfermagem treinada, com consultórios e banheiros bem ventilados (D)^{20,21} e iluminados, com objetos de orientação adequados, tais como relógios e calendários para pacientes que estejam confusos (D)²⁰. As instalações precisam de controle climático adequado da temperatura, da luz, da ventilação e do ruído (D)²¹.

Os móveis devem estar dispostos na sala de espera e no consultório, de modo a proporcionar acesso fácil às saídas, tanto dos pacientes quanto da equipe (D). A possibilidade de remover os móveis rapidamente permite que um ambiente seguro seja estabelecido com rapidez (D)²². No entanto, alguns serviços de emergência preferem móveis fixados ao chão ou à parede, para que assim os pacientes não possam utilizá-los como armas, o que, infelizmente, pode trazer uma falsa sensação de segurança (D)²².

As rotas de passagem devem ser acessíveis e deve-se evitar os excessos de estímulos sensoriais, tais como sons altos, cores vivas e calor ou frio extremos (D)^{20,22}. Os pacientes precisam sentir-se confortáveis com o mínimo possível de estímulos externos, em quartos silenciosos e individuais e com o menor tempo de espera possível (D)^{5,20,21,23}. A sala reservada para urgências psiquiátricas precisa de uma mesa e de cadeiras para o profissional, para o paciente e para os seus familiares, de uma maca e de uma pia para lavar as mãos^{4,20,24}.

Deve haver uma saída atrás do profissional que atende o paciente, que deve estar desobstruída caso haja alguma ameaça que não possa ser manejada e haja a necessidade de fuga (D)⁴. É preciso lembrar que médicos e funcionários lidam com pacientes que podem estar em crise e comportar-se de forma imprevisível (D)⁴. Quaisquer itens ou objetos potencialmente perigosos, que possam ser utilizados como arma, tais como canetas, objetos pontiagudos ou luminárias de mesa, devem ser removidos ou guardados de forma segura (D)⁵. Os médicos devem manter-se próximos de qualquer outro objeto que não possa ser removido (D)².

Frequentemente, a agitação tem uma causa orgânica, e esses pacientes podem evoluir com complicações inerentes à sua doença ou até mesmo ao próprio tratamento. O equipamento de emergência deve estar facilmente disponível (oxigênio, ressuscitadores manuais, materiais para intubação, aspirador de secreção, nebulizador, carrinho ou bandeja com desfibrilador) (D)²⁰. O local também deve estar equipado para realizar exames laboratoriais padrões e adicionais, tais como glicemia capilar, gasometria e eletrocardiograma (D)⁵.

Também devem estar disponíveis materiais para a contenção física de punho, tornozelo e tórax (D)². As áreas de observação devem estar equipadas com camas com cabeceira elevada e barras fixas para a fixação das contenções, se necessário. É desaconselhável manter os pacientes sob observação em macas (D)²⁰. A organização do local deve ser feita de forma a facilitar a observação, com campo de visão desobstruído, sem pontos cegos (D)²¹.

A ocupação não deve exceder o número de leitos disponíveis, pois a tensão entre os pacientes e a equipe tende a aumentar quando há esse excesso (D)²¹. Sempre que a equipe estiver envolvida no manejo de pacientes

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

violentos, todos os esforços devem ser feitos para manejar da forma menos restritiva o ambiente (D)²¹. Um modelo frequentemente utilizado é a unidade de terapia intensiva psiquiátrica (UTIP)^{21,25}. Trata-se de uma pequena unidade de observação especializada, em que há equipe treinada, espaço, equipamento e segurança adequados^{21,25}. Foram observados resultados mais favoráveis em pacientes tratados em uma UTIP, quando comparados aos de uma unidade psiquiátrica aguda (B).

CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE RESPONSÁVEL PELOS PACIENTES COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA

A equipe deve ser treinada e basear-se em protocolos terapêuticos que descrevam todas as etapas do atendimento ao paciente, incluindo o papel de cada profissional na resolução do problema (D)²⁰.

O manejo adequado dos casos agudos envolve a capacidade de realizar várias tarefas e tolerar mudanças rápidas nas prioridades dos pacientes²². Os médicos que atuam com pacientes agitados devem avaliar se estão aptos para esse trabalho. Pacientes agitados podem desafiar a autoridade, a competência e até mesmo as credenciais do clínico e podem ser muito bons em detectar e explorar as vulnerabilidades do médico²². Os profissionais que trabalham com pacientes agitados devem reconhecer e controlar problemas de contratransferência²². A menos que o médico e a equipe entendam as suas próprias vulnerabilidades, comportamentos como retaliar, argumentar ou ficar na defensiva só servirão para piorar ainda mais a situação. Os clínicos também precisam reconhecer seus limites, aprendendo a procurar ajuda adicional, se necessário (D)²².

Recomendamos o uso de jaleco, roupas neutras e não provocativas e crachás de identificação. Os profissionais devem evitar adereços longos, como brincos e colares, e cabelos soltos. O motivo para tais recomendações é desencorajar ataques de pacientes mais agressivos (D)²⁶. Deve ser mantida uma distância adequada dos pacientes agitados, para protegê-los e também à equipe. O contato visual direto e prolongado e os movimentos bruscos podem ser vistos como uma ameaça e devem ser evitados (D)²⁶. É essencial que o paciente se sinta sempre respeitado. Deve-se ponderar criteriosamente o papel do ouvinte empático e o da figura de autoridade, demonstrar conhecimento sobre o assunto e transmitir

confiança e segurança aos pacientes e familiares (D)²⁶. Da mesma forma, comportamentos provocativos e julgadores devem ser evitados (D)²⁶.

AVALIAÇÕES

A chegada de um paciente agitado a um departamento de emergência requer uma avaliação rápida e eficaz da situação para implementar, o mais rápido possível, o melhor curso de ação. Os principais objetivos no cuidado de um paciente com agitação psicomotora são: triagem e avaliação da gravidade; anamnese objetiva e subjetiva; exame físico e neurológico; exame psiquiátrico; diagnóstico diferencial; tranquilização rápida; encaminhamento e orientação.

No caso de um paciente agitado que apresente comportamento violento, pode ser difícil executar todas essas etapas assim que o paciente chegar ao serviço. Frequentemente, o paciente precisará ser tranquilizado antes que uma avaliação possa ser feita.

Como o tempo é importante, em uma emergência, o uso de quatro perguntas básicas agilizam o primeiro atendimento (D)⁴, conforme descrito abaixo e na Figura 1.

A primeira pergunta que se deve realizar é: o que está acontecendo? É necessário listar as mudanças no comportamento que são motivo de preocupação. Às vezes, os pacientes e seus familiares podem ser prolixos ou fornecer informações que não são verdadeiras. É importante determinar as alterações agudas no comportamento que podem colocar o paciente ou terceiros em risco. Também é necessário eliminar quaisquer causas orgânicas que possam se apresentar como alterações psiquiátricas ou comportamentais^{26,27}.

A segunda pergunta que se deve fazer é: há quanto tempo? É preciso descobrir se o paciente está exibindo esses comportamentos diferentes por período curto ou longo e se, de fato, houve alguma mudança importante e aguda no comportamento. Lembre-se de que mesmo no caso de pacientes com uma longa história de agitação, a situação pode ser urgente. Mudanças repentinas de comportamento também podem ser causadas por fatores orgânicos²⁶.

A terceira pergunta seria: por que hoje? É importante descobrir o motivo pelo qual escolheram esse momento para procurar ajuda de emergência. O quarto questionamento a ser realizado é: quais são as possíveis

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Fairlife Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

hipóteses diagnósticas ou os diagnósticos temporários? É preciso listar as hipóteses diagnósticas para iniciar o processo de diagnóstico diferencial e identificar a melhor conduta. Na sala de emergência, use preferencialmente diagnósticos sindrômicos, como transtorno psicótico ou transtorno do humor, pois a velocidade não permitirá um diagnóstico mais detalhado. Preste atenção às possíveis causas de agitação²⁶.

TRIAGEM E AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE

A triagem começa no primeiro contato com o paciente agitado e envolve observação direta e uma tentativa de estabelecer um diálogo (D)²⁸. O objetivo é distinguir os pacientes que requerem atenção imediata daqueles que podem esperar a sua vez ou ser encaminhados para um atendimento ambulatorial.

No Projeto BETA, de Nordstrom et al.²⁹, é sugerido o uso das escalas de avaliação ancoradas em comportamentos

(BARS) para a triagem e a tomada de decisão em ambientes não médicos. Basicamente, pacientes com níveis reduzidos de consciência, que não respondem ou não podem ser despertados, devem ser encaminhados imediatamente para um departamento de emergência médica.

Pacientes sonolentos que respondem normalmente ao contato verbal ou físico, pacientes sonolentos que parecem sedados ou pacientes violentos que necessitam de contenção física devem ser enviados para uma unidade de emergência médica ou para um serviço de emergência psiquiátrica com apoio de ambulância (D). Para pacientes que apresentam sinais de agitação que não exijam contenções físicas ou que se acalmem quando instruídos, deve-se tentar abordagem verbal para reduzir a agitação (técnica de desescalada verbal). Se isso falhar, o paciente deve ser encaminhado ao serviço de emergência (D)²⁹.

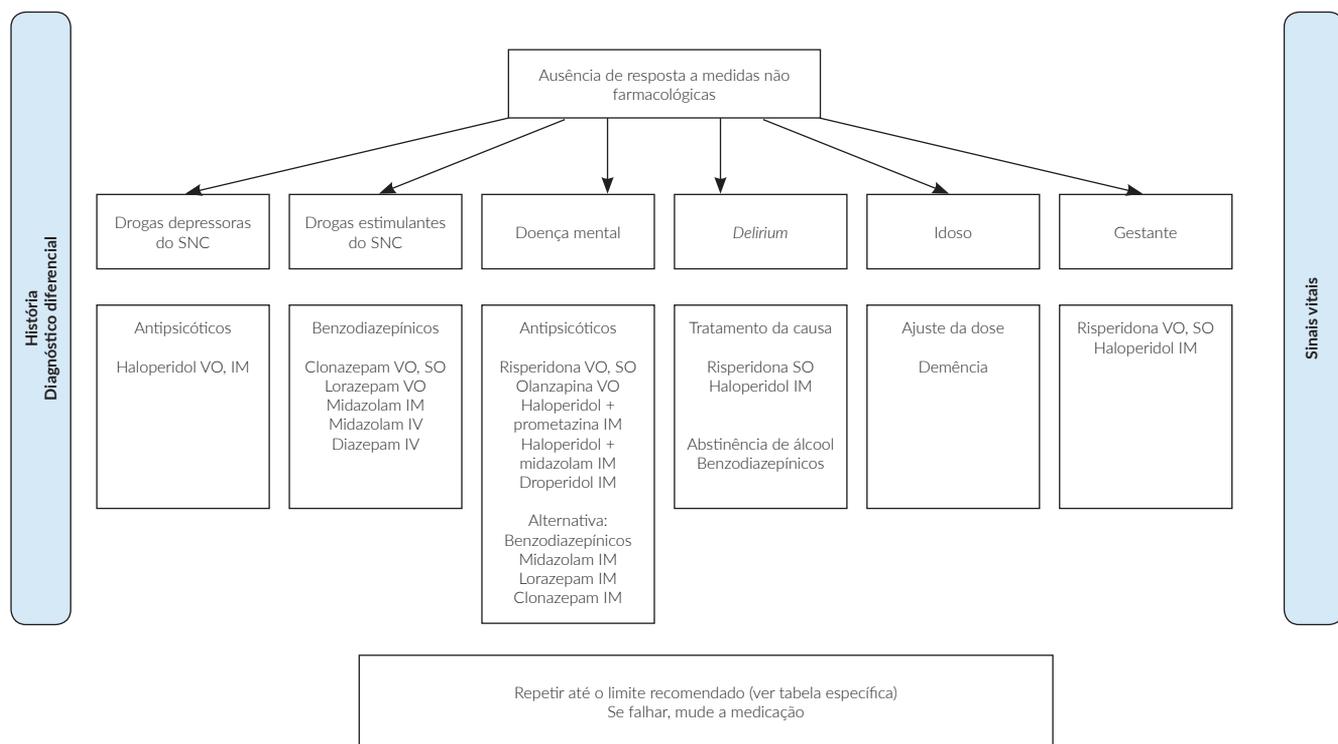


Figura 1 - Processo de seleção do estudo. SNC = sistema nervoso central; VO = via oral; SO = solução oral; IM = intramuscular.

Somente os pacientes que se acalmem e/ou respondam às instruções verbais devem ser mantidos nas salas de espera. Todos os outros devem ser tratados imediatamente nos serviços de emergência (D). Em algumas situações, emergenciais ou não (D)²⁹, a agitação pode ser considerada mais grave e podem indicar alterações comportamentais secundárias a doenças físicas. Essas situações estão listadas no Quadro 1.

Pacientes que chegam a uma unidade de emergência devem ser avaliados por um psiquiatra ou enfermeiro para estabelecer a vontade e a capacidade do paciente de dialogar e informar dados sobre o comportamento e os seus tratamentos anteriores (D)³⁰. Isso começa com uma entrevista e um exame psiquiátrico. Os procedimentos iniciais oferecem uma oportunidade para a investigação clínica, com foco nos sintomas menos visíveis, como sintomas negativos ou cognitivos, e com a investigação de quaisquer sinais de doença orgânica (D)³⁰. No entanto, como a agitação psicomotora atrai mais atenção, pode-se realizar uma

avaliação clínica³⁰. A entrevista inicial deve ser seguida de um exame físico e mental para determinar a melhor conduta.

A triagem inicial deve incluir: avaliação da capacidade do paciente de colaborar, com base na observação e interação verbal (espera e diálogo); em um ambiente tranquilo, deve-se realizar uma avaliação da urgência e da necessidade de encaminhamento imediato a um serviço de emergência médica ou psiquiátrica; na sala de espera, é preciso fazer uma avaliação da capacidade do paciente em esperar e/ou nível de prioridade; finalmente, a equipe deve reunir dados preliminares para iniciar imediatamente a conduta no consultório médico ou na sala de emergência. Avaliações de risco padronizadas ajudarão a garantir a segurança do ambiente clínico²¹.

Quadro 1 - Fatores que sugerem distúrbios orgânicos subjacentes em pacientes agitados^{21,29}

Sintomas agudos em pacientes com 45 anos ou mais
Sinais vitais alterados
Déficits neurológicos focais
Evidência de trauma na cabeça
Intoxicação ou abstinência de substâncias
Doença física preexistente
Rebaixamento do nível de consciência
Perda de memória
Alucinações visuais
Tentativas de suicídio
Sudorese, tremor, palidez
Cefaleia severa
Rigidez muscular ou fraqueza extrema
Intolerância ao calor
Perda involuntária de peso
Dificuldade em respirar
Convulsões
Psicose de início recente

1) Avaliação da gravidade. Toda a abordagem – desde a triagem até a avaliação inicial, os métodos de tranquilização, a evolução subsequente, o diagnóstico diferencial e os critérios para alta e encaminhamento – deve ser registrada no prontuário do paciente (D). Ao cuidar de um paciente agitado, sinais vitais e exame físico, mesmo que simplificados, devem ser realizados periodicamente (D).

As escalas permitem avaliações objetivas e padronização dentro da equipe; além disso, tornam possível monitorar efetivamente a abordagem. A Tabela 1, a seguir, lista as principais escalas que podem ser usadas nessas situações.

Essas escalas foram selecionadas porque possuem poucos campos e podem ser aplicadas em qualquer local. Todas elas foram utilizadas anteriormente para a avaliação de agitação de pacientes. Escalas que apenas avaliam a sedação não são incluídas, nem escalas longas e autoadministradas (é improvável que um paciente agitado possa responder a um questionário). Para escalas para avaliar agitação e violência no comportamento, consulte a Tabela 1. Na presente diretriz, as escalas selecionadas foram originalmente desenvolvidas em inglês, podendo ser usadas por profissionais de saúde fluentes nesse idioma, além de outras escalas validadas para o português do Brasil.

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Fairlance Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

2) Risco de o paciente tornar-se agressivo. A agitação é uma situação dinâmica, que pode rapidamente se transformar em agressão ou em um comportamento violento^{5,49}. A melhor conduta para o gerenciamento do comportamento agressivo ou violento é aquele que se concentra na identificação precoce de indivíduos em risco de escalada de agitação. Embora a literatura sugira que a maioria dos comportamentos violentos surja sem aviso^{5,50,51}, alguns autores sugerem que episódios agressivos podem ser associados a fatores de risco específicos e são precedidos por sinais de alerta comportamentais⁵, listados na Tabela 2. Várias ferramentas de avaliação foram projetadas para avaliar o risco de agressão/violência, conforme mostrado na Tabela 3. Fatores considerados protetores incluem harmonia entre o pessoal (bom ambiente de trabalho) e a presença de enfermeiros (sexo masculino) (3A)⁵³. Aqui gostaríamos de salientar a importância de uma equipe treinada e coesa, com membros que se respeitam e seguem protocolos.

A HISTÓRIA DO PACIENTE (ANAMNESE OBJETIVA E SUBJETIVA)

O foco deve ser o paciente, que precisa ser ouvido. A razão para procurar ajuda médica pode ser diferente para

o paciente e seu acompanhante. Muitas vezes, familiares ou acompanhantes tentam intervir ou até mesmo irritam o paciente de propósito. Tais práticas devem ser desencorajadas. Sempre que possível, os pacientes devem ser avaliados em um ambiente silencioso e seguro. Pode ser aceitável para a família que acompanhantes entrem na sala de exames antes do paciente para relatar o caso, mas isso pode não ser produtivo (D). Se os membros da família insistirem em permanecer na sala de exame, devem ser instruídos a não interferirem. Em algumas situações, os familiares devem ser solicitados a deixar a sala, para permitir que a conversa flua (D). O tempo disponível para isso e as condições no departamento de emergência psiquiátrica nem sempre podem ser as melhores. Por essa razão, o histórico do paciente deve se concentrar nas quatro questões propostas acima (D).

As seguintes informações devem ser obtidas: queixa principal, história da doença atual, história da doença psiquiátrica, histórico médico, uso e abuso de substâncias, rede de apoio psicossocial, história familiar e avaliação do estado mental²⁸.

EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO (D)

O exame físico é um componente essencial da avaliação de pacientes com agitação psicomotora. Contudo, a princípio, pode não ser possível realizar

Tabela 1 - Escalas para avaliar agitação e agressividade/estado violento

Escala	Validada no Brasil	Nível de evidência
Escala da gravidade da agitação (ASS) ³¹	Não	2B(B)
Escala de avaliação ancoradas em comportamentos (BARS) ³²	Não	2B(B)
Lista de verificação da violência de Brøset (BVC) ^{33,34}	Sim ³⁵	2B(B)
Escala de impressão clínica global para agressão (CGI-A) ³⁶	Não	2B(B)
Gerenciamento do histórico clínico de riscos-20 (HCR-20) ³⁷	Sim ³⁸	2B(B)
Escala de agressão aberta (OEA) ³⁹	Não	2B(B)
Escala de gravidade da agitação (OASS) ⁴⁰	Não	2B(B)
Componente de excitação da escala de síndrome positiva e negativa ⁴¹	Não	2B(B)
Escala de agitação-sedação de Richmond (RASS) ⁴²	Sim ⁴³	2B(B)
Escala de sedação e agitação (SAS) ⁴⁴	Sim ⁴³	2B(B)
Ferramenta de avaliação de sedação (SAT) ⁴⁵	Não	1B(A)
Escala de observação de agressão revista (SOAS-R) ^{46,47}	Não	2B(B)
Lista de verificação de rastreamento de violência (VSC) ⁴⁸	Não	2B(B)

Tabela 2 - Fatores de risco para agressividade/comportamento violento

Fatores	Nível de evidência
Fatores demográficos	
Sexo masculino ^{11,52} , solteiro ou divorciado ^{11,52} , menor nível de escolaridade ¹¹ , desemprego ¹¹	2B
Ser jovem (o risco diminui com o aumento da idade) ^{52,53}	3A
História pregressa	
Atividades ilegais que resultam em encarceramento ¹¹ , uso frequente de serviços de emergência ¹¹	2B
História de violência ^{52,53}	2C
Inúmeras hospitalizações anteriores ⁵²	3A
Condições de admissão	
Trazido pela polícia, ambulância, cuidador ou sob ordem judicial ¹¹	2B
Admissão involuntária ^{52,53}	3A
Sinais e sintomas	
Ideação ou tentativa de suicídio ^{11,53} , mania ou hipomania ¹¹ , tristeza ¹¹ , psicose ^{11,53,54} , alucinações ¹¹ , ideação bizarra ¹¹ , ansiedade ¹¹	2B
Excitação geral dos sistemas corporais (aumento das frequências cardíaca e respiratória, dilatação das pupilas) ⁵⁴ , processos de pensamento pouco claros ⁵⁴ , falta de concentração ⁵⁴	2C
Diagnóstico	
Transtorno de adaptação ¹¹ , transtorno de personalidade ¹¹ , transtorno de humor ¹¹ , transtorno psicótico ^{11,54,55} , uso/abuso de substâncias ^{11,52,54,55} , transtornos mentais orgânicos ¹¹ , ansiedade ¹² , autismo ⁵⁵	2B
Ansiedade ¹² , autismo ⁵⁵	2C
Atitudes do paciente	
Não cumpre a medicação ¹¹	2B
Sinais de tensão, expressões faciais irritadas ⁵⁴ , humor lábil ⁵⁴ , irritabilidade ⁵⁴ , impulsividade ^{53,54} , hostilidade ^{53,54} , improdutivo, atividade verbal repetitiva ⁵⁴ , comportamento não cooperativo ou exigente, resistência ao cuidado ⁵⁴ , comportamento intimidador ou invasivo ⁵⁴ , inquietação, torção das mãos, puxar roupas ⁵⁴ , aumento do volume de fala ou explosões vocais ⁵⁴ , contato visual prolongado ⁵⁴ , descontentamento, recusa em se comunicar ⁵⁴	2C
Agressor e vítima do mesmo sexo ⁵³	5
Atitudes do pessoal	
Bloqueio de rotas de fuga ⁵⁴ , negação por parte da equipe de um pedido ou privilégio do paciente ⁵⁴ , reforços das regras por equipe/definição de limites ⁵⁴ , demandas de outros pacientes e funcionários para interromper uma atividade ou concluir uma tarefa ⁵⁴	2C

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ; ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO; ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO; ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP; ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP; ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO; ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF; ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA; ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA; ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP; ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP; ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOPB), Barreiras, BA; ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP; ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP; ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC; ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP; ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP; ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB; ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB; ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI; ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF; ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ; ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL); ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP; ²⁶ Translational Psychiatry Program, Fairlance Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA; ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

Tabela 3 - Possíveis testes adicionais que devem estar disponíveis no atendimento a pacientes agitados* (D)⁵⁶

Teste	Amostra	Útil para o diagnóstico de
Albumina	Sangue	Estado nutricional Distúrbios hepáticos
Amilase, gamaglutamil transferase e lipase	Sangue	Doença pancreática Doença do trato biliar Ingestão aguda de álcool
Aminotransferase (AST/ALT)	Sangue	Doença hepática
Urinalise (tipo I ou elementos e sedimentos anormais)	Urina	Infecções Distúrbios metabólicos Cálculos urinários (cálcio?)
Bilirrubina	Sangue	Distúrbios hepáticos
Creatinofosfoquinase (CPK)	Sangue	Lesão no músculo esquelético Síndrome neuroléptica maligna Dano no músculo cardíaco (infarto) Acidente vascular encefálico
Dosagem sérica de medicamento	Sangue	Avaliação de níveis tóxicos, ou seja, carbamazepina, valproato e lítio
Eletrocardiograma	Traçado gráfico	Arritmias, infarto
Eletrólitos	Sangue	Alterações nos níveis de eletrólitos, especialmente como causa de <i>delirium</i>
Análise do líquido cefalorraquidiano	Líquido cefalorraquidiano	Infecções do sistema nervoso Neoplasia do sistema nervoso Hipertensão intracraniana Doenças desmielinizantes Hemorragia subaracnóidea
Testes toxicológicos	Sangue Urina Saliva Cabelo	Confirmação de abuso de substâncias
Função renal (ureia e creatinina)	Sangue	Insuficiência renal devido a infecções Cálculos renais, envenenamento (lítio), ou outras doenças
Função da tireoide	Sangue	Hipo e hipertireoidismo
Glicose	Sangue Urina	Hiper ou hipoglicemia Diagnóstico diferencial de <i>delirium</i>
Hemograma completo		Anemia, leucocitose ou leucopenia, trombocitopenia e trombocitose
Imagem cerebral (TC ou RM do encéfalo)	Imagem	Diagnóstico diferencial de <i>delirium</i> e outras condições orgânicas Transtorno mental - neoplasia cerebral - acidente vascular cerebral Infecções do SNC
Raio X do tórax	Imagem	Doença pulmonar Doença cardíaca
Sorologias	Sangue	Doenças infecciosas
Tempo de protrombina	Sangue	Distúrbios da coagulação Distúrbios hepáticos
Teste de gravidez	Sangue Urina	Gravidez
Vitamina B12 e folato	Sangue	Anemia megaloblástica

TC = tomografia computadorizada; RM = ressonância magnética; SNC = sistema nervoso central.

* Os testes devem ser solicitados com base na avaliação clínica.

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

uma adequada avaliação física. Assim, os profissionais devem ser orientados pela história do paciente e sinais e sintomas específicos apresentados. O exame deve incluir pelo menos (D): informações dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação de oxigênio), sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema gastrointestinal e sistema neurológico⁵⁷. Um exame físico completo pode não ser possível (por exemplo, se o paciente não colaborar, se estiver confuso, violento ou sedado). No entanto, uma observação rápida é sempre possível e pode gerar informações valiosas.

A avaliação da aparência do paciente deve se concentrar nos seguintes aspectos: descrição (alto, baixo, magro, obeso, sexo, idade), odor (álcool, cetona, forte odor corporal), apresentação (arrumado, desganhado, barbeado), cicatrizes de automutilação prévia (lembrese de que essas cicatrizes podem estar em locais pouco visíveis, como coxas, abdômen, mamas), abuso de substâncias (marcas), pulseira de alerta médico (epilepsia, diabetes, entre outras enfermidades), sinais óbvios de lesão, atitude (hostil, amigável, agitado, calmo) e coloração (cianótico, pálido). A avaliação neurológica mínima deve incluir avaliação dos movimentos e força dos membros, assimetria facial, tremor, orientação temporoespacial (o paciente está ciente de que está no hospital), nível de consciência (estável ou flutuando), pupilas (forma, tamanho e reatividade) e sinais de traumatismo craniano (recente ou anterior).

Na avaliação do estado mental/exame psiquiátrico, não existe uma metodologia única para essa observação. Contudo, os principais elementos de um exame psiquiátrico mínimo devem ser realizados: apresentação, atitude, contato, consciência, atenção, orientação, memória, sensopercepção, pensamentos, crítica (consciência de morbidade), humor/afeto e psicomotricidade (D)⁵⁸.

O objetivo aqui não é discutir cada um desses itens. Mais detalhes estão disponíveis na literatura^{5,17,21,23,24,26,29,58-60}. Entretanto, as funções psiquiátricas que apresentam maiores alterações devem ser descritas com mais detalhes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Oraciocínio clínico adequado é essencial para se levantar diagnósticos diferenciais. Muitas manifestações, como

agitação psicomotora e agressividade, são inespecíficas e podem estar associadas a diversas condições médicas. Alguns dados da história podem reforçar a hipótese de condições clínicas ou neurológicas (transtorno mental orgânico ou *delirium*). Os principais são: início abrupto, idade superior a 40 anos, ausência de transtornos psiquiátricos prévios, alucinações visuais, olfativas ou táteis, fala distorcida, confusão mental, desorientação temporoespacial e/ou sinais físicos de trauma⁵⁹.

Na sala de emergência, pacientes com *delirium* podem ser erroneamente diagnosticados como sendo psicóticos. Os sinais de *delirium*, que incluem alteração de nível de consciência e dificuldades atencionais, podem ser sutis e requerem muita atenção para que sejam detectados²⁸. As principais condições médicas associadas à agitação psicomotora aguda são: hipoglicemia, hipóxia, trauma encefálico, hemorragia, hipertermia e hipotermia, meningite, sepse, acidente vascular encefálico, hemorragia subaracnóidea, estado epilético, tumores cerebrais, tireoidopatia, entre outras enfermidades⁵⁹. As condições médicas e psiquiátricas que podem causar agitação estão listadas no Quadro 2.

O diagnóstico definitivo não é necessário na avaliação inicial desses pacientes. Porém, o diagnóstico sindrômico e o diagnóstico diferencial são fundamentais para iniciar o tratamento. As principais categorias diagnósticas são: síndrome catatônica, síndrome maniforme, transtorno depressivo, transtorno psicótico, transtornos ansiosos, uso de substâncias e síndrome demencial⁵. O uso abusivo ou a abstinência de substâncias psicoativas podem cursar com alterações comportamentais, como agitação, agressividade e quadros psicóticos. Pacientes com histórico de transtorno psiquiátrico grave, como esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar, costumam fazer uso de serviços de emergências psiquiátricas nas crises. Os episódios maniformes ou psicóticos são caracterizados por alterações do conteúdo do pensamento e da percepção da realidade. Períodos de agitação psicomotora e/ou agressividade também podem ocorrer. Os episódios depressivos podem estar associados a comportamentos agitados e agressivos, além de risco de suicídio. Pacientes com transtornos de personalidade também podem estar em serviços de emergência psiquiátrica, com quadro de agitação ou agressividade por baixa tolerância a frustração e

impulsividade¹⁸. As avaliações psicométricas podem ser úteis, como um registro objetivo do diagnóstico diferencial. As escalas devem ser selecionadas caso a caso e não serão discutidas nestas diretrizes.

TESTES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são úteis para se descartar causas orgânicas. Embora não existam exames laboratoriais para confirmar ou descartar condições psiquiátricas, os testes podem ser e são amplamente utilizados para descartar patologias orgânicas com

manifestações psiquiátricas^{5,29,56,57}. Os exames laboratoriais de rotina não são indicados; ao contrário, o teste direcionado deve se basear nos diagnósticos mais prováveis²⁹. O tratamento da agitação a partir de uma condição médica geral deve ser direcionado à identificação das causas mais prováveis. A Tabela 3 descreve os exames mais comuns (D)^{5,29,56,57}.

Os exames de neuroimagem devem ser solicitados sempre que houver suspeita de doença neurológica e em pacientes que apresentem um primeiro episódio psicótico (D). Cuidados extra devem ser tomados se o paciente fizer parte de uma população especial – mulheres grávidas, pessoas em situação de rua, adolescentes, crianças e idosos. Nessas populações, deve-se ter cautela ao avaliar possíveis causas orgânicas (D).

Quadro 2 - Condições médicas e psiquiátricas que podem causar agitação

Agitação de causa médica geral

- Trauma cranioencefálico
- Encefalite, meningite ou outra infecção
- Encefalopatia (particularmente de insuficiência hepática ou renal)
- Exposição a toxinas ambientais
- Distúrbio metabólico (por exemplo, hiponatremia, hipocalcemia, hipoglicemia)
- Hipóxia
- Doença da tireoide
- Período pós convulsão (pós-ictal)
- Níveis tóxicos de medicamentos (por exemplo, psiquiátricos ou anticonvulsivantes)

Agitação por intoxicação/abstinência

- Álcool
- Outras drogas

Agitação por transtorno psiquiátrico

- Transtorno psicótico
- Estados maníacos e mistos
- Depressão agitada
- Transtorno de ansiedade
- Transtorno da personalidade
- Agitação reativa ou situacional (distúrbio adaptativo)
- Transtorno do espectro autista
- Agitação indiferenciada (presumidamente de uma condição médica geral até prova em contrário)

Adaptado de Garriga et al. e Nodstrom et al.^{5,29}.

CONCLUSÃO

Apesar das poucas evidências na literatura sobre a abordagem não farmacológica da agitação psicomotora, é possível sistematizar as informações atualmente disponíveis. É importante que os profissionais da saúde sejam treinados em abordagens não farmacológicas, como parte dos requisitos de graduação e pós-graduação. A possibilidade de transtorno mental orgânico como causa primária ou secundária da alteração comportamental deve ser considerada em primeiro lugar. Deve ser dada atenção especial à aparência e ao comportamento do paciente, sinais físicos e estado mental.

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. Cordeiro DC, Baldaçara L. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca; 2007.
2. Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. Braz J Psychiatry. 2010;32:145-51.
3. Cruz CM, Leiva JL, Borgoño RV, Larach TK, Errázuriz LB, Chianale IC, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

- “Dr. José Horwitz”: Un nuevo estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-psiquiatr.* 2010;48:175-83.
- Quevedo J, Carvalho AF. *Emergências psiquiátricas.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
 - 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.
 - Pascual JC, Madre M, Puigdemont D, Oller S, Corripio I, Díaz A, et al. [A naturalistic study: 100 consecutive episodes of acute agitation in a psychiatric emergency department]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34:239-44.
 - Boudreaux ED, Allen MH, Claassen C, Currier GW, Bertman L, Glick R, et al. The psychiatric emergency research collaboration-01: methods and results. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31:515-22.
 - Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30:360-6.
 - San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, et al. State of acute agitation at psychiatric emergencies in Europe: the STAGE study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2016;12:75-86.
 - Brakoulias V, Mandali R, Seymour J, Sammut P, Starcevic V. Characteristics of admissions to a recently opened psychiatric emergency care centre. *Australas Psychiatry.* 2010;18:326-9.
 - Chaput Y, Beaulieu L, Paradis M, Labonte E. Aggressive behaviors in the psychiatric emergency service. *Open Access Emerg Med.* 2011;3:13-20.
 - Grudnikoff E, Taneli T, Correll CU. Characteristics and disposition of youth referred from schools for emergency psychiatric evaluation. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24:731-43.
 - Santos ME, do Amor JA, Del-Ben CM, Zuardi AW. [Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study]. *Rev Saude Publica.* 2000;34:468-74.
 - Padilha VM, Schettini CS, Santos Junior A, Azevedo RC. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. *Sao Paulo Med J.* 2013;131:398-404.
 - Holloman GH Jr, Zeller SL. Overview of project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med.* 2012;13:1-2.
 - Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, Shahabuddin S, Allen MH, Currier GW, et al. Clinical policy: critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2006;47:79-99.
 - National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments [Internet]. 2005 Feb [cited 2020 Oct 28]. umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/NICE-Violence-The-short-term-management-of-disturbed-violent-behaviour-in-in-patient-psychiatric-settings-and-emergency-departments.pdf
 - Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. [Management of the violent or agitated patient]. *Braz J Psychiatry.* 2010;32 Suppl 2:S96-103.
 - Schleifer JJ. Management of acute agitation in psychosis: an evidence-based approach in the USA. *Adv Psychiatr Treat.* 2011;17:91-100.
 - Kawakami D, Prates JG, Tung TC. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. *Debates Psiquiatr.* 2016;6:28-34.
 - Mental Health Division, WA Department of Health. Guidelines: the management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Perth: Department of Health; 2006.
 - Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation 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.
 - Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry.* 2006;67 Suppl 10:13-21.

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

24. Caldieraro MA, Spode A, Fleck MPA. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Schimitt R, Kapczinski F. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 7-48.
25. O'Brien L, Cole R. Close-observation areas in acute psychiatric units: a literature review. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12:165-76.
26. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat ELB, Cordeiro DC, Chung TC. Emergências psiquiátricas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
27. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes VP Jr, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:153-67.
28. Stowell KR, Florence P, Harman HJ, Glick RL. Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychiatric evaluation workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:11-6.
29. 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;13:3-10.
30. Passamar M, Tellier O, Vilamotc B. [Psychomotor agitation, pharmaceutical sedation and psychiatric emergency in psychotic patients]. *Encephale*. 2011;37:448-56.
31. Strout TD. Psychometric testing of the Agitation Severity Scale for acute presentation behavioral management patients in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*. 2014;36:250-70.
32. Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, Kramer D, Chandler LP. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res*. 2002;36:87-95.
33. Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs Res*. 1999;4:498-505.
34. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer J. Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry*. 2006;6:17.
35. Marques I, Bessa A, Santos L, Carvalho S. Tradução e adaptação da Brøset Violence Checklist [dissertação]. Coimbra; 2004.
36. Huber CG, Lambert M, Naber D, Schacht A, Hundemer HP, Wagner TT, et al. Validation of a Clinical Global Impression Scale for Aggression (CGI-A) in a sample of 558 psychiatric patients. *Schizophr Res*. 2008;100:342-8.
37. Douglas KS, Ogloff JR, Nicholls TL, Grant I. Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:917-30.
38. Telles LE, Day VP, Folino JO, Tabora JG. Reliability of the Brazilian version of HCR-20 assessing risk for violence. *Braz J Psychiatry*. 2009;31:253-6.
39. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986;143:35-9.
40. Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik M, Silver JM, Endicott J. The Overt Agitation Severity Scale for the objective rating of agitation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1997;9:541-8.
41. Montoya A, Valladares A, Lizan L, San L, Escobar R, Paz S. Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:18.
42. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PO, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166:1338-44.
43. Nassar Junior AP, Pires Neto RC, de Figueiredo WB, Marcelo P. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Med J*. 2008;126:215-9.

44. Ryder-Lewis MC, Nelson KM. Reliability of the Sedation-Agitation Scale between nurses and doctors. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24:211-7.
45. Calver LA, Stokes B, Isbister GK. Sedation assessment tool to score acute behavioural disturbance in the emergency department. *Emerg Med Australas.* 2011;23:732-40.
46. Hvidhjelm J, Sestoft D, Bjorner JB. The Aggression Observation Short Form identified episodes not reported on the Staff Observation Aggression Scale--Revised. *Issues Ment Health Nurs.* 2014;35:464-9.
47. Nijman HL, Muris P, Merckelbach HL, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, et al. The Staff Observation Aggression Scale--Revised (SOAS-R). *Aggr Behav.* 1999;25:197-209.
48. McNiel DE, Gregory AL, Lam JN, Binder RL, Sullivan GR. Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:945-53.
49. Citrome L, Volavka J. The psychopharmacology of violence: making sensible decisions. *CNS Spectr.* 2014;19:411-8.
50. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs.* 2005;50:469-78.
51. Buchanan A, Leese M. Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review. *Lancet.* 2001;358:1955-9.
52. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:255-68.
53. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res.* 2011;189:10-20.
54. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract.* 2011;17:170-85.
55. Langstrom N, Grann M, Ruchkin V, Sjostedt G, Fazel S. Risk factors for violent offending in autism spectrum disorder: a national study of hospitalized individuals. *J Interpers Violence.* 2009;24:1358-70.
56. Xavier RM, Dora JM, Souza CFM, Barros E. *Laboratório na prática clínica consulta rápida.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
57. Mental Health and Drug and Alcohol Office. *Mental health for emergency departments – a reference guide.* Sydney: New South Wales Ministry of Health; 2009.
58. Sanches M, Marques AP, Ortegosa S, Freirias A, Uchida R, Tamai S. O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo? *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2005;50:18-23.
59. Mantovani C, Labate CM, Sponholz A Jr, Marques JM, Guapo VG, 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;33:306-12.
60. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VdP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry.* 2019;41:324-35.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA: TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO E CONTENÇÃO FÍSICA*

BRAZILIAN GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PSYCHOMOTOR AGITATION: COMMUNICATION TECHNIQUES AND PHYSICAL RESTRAINT

Resumo

Neste segundo artigo, apresentamos a forma técnica para a abordagem verbal da agitação psicomotora. Na sequência, apresentamos a técnica para a contenção física, último recurso a ser utilizado após todos os demais terem falhado.

Número de registro da revisão sistemática: CRD42017054440.

Palavras-chave: Agitação psicomotora, agressividade, tranquilização farmacológica, emergência psiquiátrica, avaliação de risco, manejo não farmacológico.

Abstract

In this second article, we present the technique for the verbal approach to psychomotor agitation. Subsequently, we present the technique for physical restraint, which should be used as a last resource, where all other measures have failed.

Systematic review registration: CRD42017054440.

Keywords: Psychomotor agitation, aggression, pharmacological tranquilization, psychiatric emergencies, risk assessment, non-pharmacological management.

INTRODUÇÃO

Para a abordagem da agitação psicomotora, deve-se seguir primeiro a avaliação acurada para averiguação de risco e diagnóstico diferencial. Posteriormente, ou na dificuldade da avaliação completa, inicia-se a abordagem verbal, sendo a mais frequente a técnica da desescalada verbal. Na falha, segue-se o uso de medicações através da técnica da tranquilização rápida, que será abordada nos artigos seguintes. Por fim, quando todas as medidas falham, realiza-se a contenção física para proteção do paciente, associada à tranquilização rápida.

Este artigo dará continuidade às diretrizes com enfoque na comunicação e contenção física.

POSIÇÃO, ATITUDE E ABORDAGEM VERBAL DO ENTREVISTADOR

Ao interagir com um paciente agitado, é importante manter distância e respeitar o espaço pessoal dele (D)¹⁻³. Os pacientes podem entender o contato visual direto, prolongado ou intenso como ameaça (D)¹⁻³. A linguagem e a posição corporal também podem ser consideradas ameaçadoras (por exemplo, manter braços cruzados ou mãos escondidas atrás das costas) (D)¹⁻³. Recomenda-se que pacientes agitados não sejam entrevistados por um único profissional (D)^{1,4,5}. Outras recomendações são: minimizar o tempo de espera, adotar atitude confiante, respeitosa e atenciosa e aproximar-se do paciente com cuidado (D)^{1,6}. A primeira intervenção terapêutica para o paciente agitado é verbal e baseada em diálogo empático.

* Texto adaptado do artigo originalmente publicado em inglês no *Brazilian Journal of Psychiatry*, com a seguinte referência: 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. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

A equipe deve demonstrar que está focada no bem-estar do paciente e em garantir que ele esteja protegido contra danos. O objetivo é estabelecer bom relacionamento entre a equipe e o paciente, com base na confiança e no respeito, para que o paciente se sinta acolhido e acredite que o seu sofrimento é reconhecido. Pacientes em agitação psicomotora podem afetar emocionalmente o médico, que pode se sentir ameaçado ou acreditar que existe uma ameaça para outros pacientes ou para a equipe. Sentimentos de medo ou raiva são esperados em situações ameaçadoras. Os médicos devem estar cientes dos seus próprios sentimentos e determinar em que medida refletem a situação real.

Entender que comportamentos ameaçadores e hostis são manifestações clínicas de um distúrbio mental pode ajudar a manter a calma. Isso é essencial para que o médico permaneça neutro e tome medidas que não sejam excessivamente permissivas ou punitivas. Algumas recomendações iniciais de atitudes e comportamentos relativamente simples podem ser de grande valia no tratamento de pacientes agitados.

Nesse sentido, os médicos devem se apresentar ao paciente, declarando o seu nome e o seu papel na situação. Deve-se mostrar sempre disponível para ver o paciente e explicar o que está sendo feito. Preste muita atenção ao que o paciente está dizendo e fazendo. Nunca vire as costas para um paciente agitado. Use palavras simples e frases curtas; fale devagar, mas com firmeza, e evite tom de voz ou termos que pareçam hostis ou muito autoritários. Intervenções verbais devem ser claras e objetivas. Embora não se deva negociar com o paciente, é necessário manter alguma flexibilidade durante a entrevista e prestar atenção ao discurso apresentado.

Mova-se devagar e mantenha distância segura do paciente – isso faz com que o paciente se sinta mais calmo, diminuindo o risco de heteroagressividade. Dependendo dos sintomas psicóticos, o contato físico pode ser percebido como ameaçador. Limites e regras do serviço devem ser estabelecidos de forma clara e objetiva desde o início, sem ameaça ou humilhação. Esse não é o momento do confronto. Os pacientes devem ser incentivados a expressar os seus pensamentos em palavras, e os médicos devem enfatizar a capacidade de autocontrole do paciente. Mantenha contato visual

e tente evitar anotações. Se a intervenção verbal não for suficiente e a agitação piorar, devem ser tomadas medidas de contenção imediatamente, a fim de proteger o paciente e preservar um bom relacionamento interpessoal. Um paciente agitado que ainda sente que está no controle pode responder favoravelmente à intervenção verbal. No entanto, muitas vezes, pacientes agitados com vivências psicóticas podem necessitar de contenção física e farmacológica.

A desescalada verbal foi inicialmente definida por Stevenson & Otto⁷ como *talking-down* do paciente. É descrita como um processo interativo complexo, no qual o paciente é guiado para um espaço pessoal mais pacífico^{1,7}. Foi demonstrada a capacidade da desescalada verbal em reduzir a agitação e o risco de que a situação evolua para a violência. Entretanto, embora muito tenha sido escrito sobre as abordagens farmacológicas em pacientes agitados, há poucas evidências sobre a eficácia das técnicas verbais⁸.

Allen et al.⁹ recomendam intervenção verbal ou medicação voluntária antes de estratégias mais invasivas (D). Mais recentemente, o projeto Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation (BETA) propôs 10 domínios de técnicas de desescalada verbal para o manejo do paciente agitado⁸. Os autores consideraram as técnicas não coercitivas, como a participação do paciente na escolha do manejo da agitação aguda, a fim de acalmar o paciente agitado, obtendo a sua cooperação^{1,10}. Recomendamos a leitura e o treinamento com base nas recomendações do projeto BETA^{2,3,8}. Os princípios gerais da desescalada verbal^{1,8} estão listados no Quadro 1.

Quadro 1 - Princípios gerais da desescalada verbal^{1,8}

1. Respeitar o paciente e o seu espaço pessoal.
2. Não provocar.
3. Estabelecer contato verbal.
4. Ser conciso(a).
5. Identificar desejos e sentimentos.
6. Ouvir atentamente o que o paciente está dizendo.
7. Concordar ou concordar para depois discordar.
8. Ter regras e limites claros.
9. Oferecer opções e otimismo.
10. Informar o paciente e a equipe.

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

CONTENÇÃO FÍSICA

A contenção física é definida como qualquer forma física ou mecânica de contenção do paciente que não possa ser facilmente removida^{1,10,11}. Esses dispositivos limitam o movimento do indivíduo, com a função principal de proteger o paciente de si próprio^{11,12}. A contenção física é uma prática empregada em emergências psiquiátricas. É um método útil para prevenir lesões e reduzir a agitação. A literatura sugere que é quase impossível manter um programa para indivíduos com transtornos graves e agudos sem o uso de contenções^{10,13}. As contenções físicas são utilizadas em 3,8 a 26% dos pacientes psiquiátricos em observação hospitalar^{14,15}. Não há conclusão na literatura quanto à diferença entre sexos no uso da contenção. Alguns estudos mostram uma maior incidência de contenções físicas em pacientes do sexo masculino^{16,17}, enquanto outros relatam maior incidência em mulheres^{18,19}.

As contenções são normalmente usadas em indivíduos com diagnóstico de psicose, uso de substâncias, transtornos do humor, transtornos de personalidade (principalmente antissocial e *borderline*), episódios de mania e comorbidade entre psicose e uso de substâncias (evidência 2C)^{17,18,20,21}. Quanto mais grave a agitação, maior a chance de que as contenções sejam utilizadas^{17,22}. Outros fatores relacionados ao risco de contenção são: idade mais jovem^{18,22-25}, angústia por confinamento^{24,26}, sentimentos de vitimização e humilhação^{24,26}, falta de regras claras^{24,26}, história pessoal de comportamento violento^{21,27}, minorias étnicas^{24,25}, imigrantes^{23,24}, autoagressão e comportamento suicida^{24,28} e hostilidade na admissão^{24,29} (nível de evidência 2C).

INDICAÇÕES

A principal indicação para a contenção é a falha de outras técnicas não invasivas para acalmar o paciente, como uma abordagem verbal e a limitação de espaço^{19,30}.

As condições psiquiátricas que normalmente levam ao uso de contenção física são agitação psicomotora, confusão mental e agressividade (contra si, objetos e/ou outros), falta de resposta a intervenções menos invasivas, risco de quedas, comportamento suicida e alto risco de fuga (D). As indicações clínicas de imobilizações são para impedir que o paciente caia caso tenha recebido

medicação ou esteja em confusão mental; pacientes que não cooperam para manter cateteres, drenos e curativos no local, entre outras (D).

SEGURANÇA E EFICÁCIA (2B)

Embora os especialistas concordem com as indicações para o uso da contenção física, as evidências que apoiam a segurança e a eficácia dessa medida são limitadas. Como regra, a contenção é usada apenas quando outras medidas falham^{1,10,31}. É importante ressaltar que existem limitações metodológicas e éticas para a realização de ensaios clínicos sobre esse tipo de intervenção. Um ensaio clínico comparou a eficácia da contenção física e do isolamento e não encontrou diferença, exceto que 1/3 dos pacientes isolados teve que ser transferido para contenções físicas, o que sugere que a contenção é mais apropriada para pacientes agitados (B)¹⁹.

No entanto, a contenção física envolve riscos psicológicos e físicos significativos^{10,32}. O trauma de tais medidas coercitivas pode levar a sentimentos de medo, humilhação e impotência, tanto para o paciente quanto para a equipe^{10,32}. A contenção pode ocasionar a lesão ortopédica, a desidratação, a rabdomiólise, a trombose, a asfixia e até a morte^{10,13,32,33}. Para reduzir as fatalidades, as contenções devem ser usadas apenas como último recurso e somente por pessoas bem treinadas no gerenciamento da agitação psicomotora.

TÉCNICA

Um estudo recente no Brasil constatou que a contenção mais usada é o chamado método dos quatro pontos (47,8%) e que muitos pacientes foram mantidos por mais de 240 minutos (27,3%) contidos³⁴. A aferição completa dos sinais vitais foi registrada três vezes em 40,8% dos casos – imediatamente após a contenção, 30 minutos depois e quando as contenções eram removidas³⁴. Em relação aos eventos adversos, 56,2% dos pacientes não a tiveram. Em 42,6% dos casos, nenhuma informação sobre eventos adversos foi registrada. Apenas 0,4% dos pacientes apresentaram desidratação como evento adverso³⁴. As principais recomendações para a contenção de pacientes estão listadas a seguir:

- a) A contenção física deve ser considerada apenas quando todas as técnicas de desescalada falharem^{1,10,31};

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ; ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO; ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO; ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP; ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP; ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO; ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF; ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA; ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (IEBMSPI), Salvador, BA; ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP; ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP; ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA; ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP; ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP; ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC; ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP; ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP; ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB; ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB; ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI; ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF; ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ; ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL); ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP; ²⁶ Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA; ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

- b) Os serviços devem identificar e promover as melhores práticas na prevenção, redução e, sempre que possível, eliminação da contenção física³¹;
- c) Se a contenção física é inevitável, ela não deve ser usada por períodos prolongados e deve ser encerrada o mais rapidamente possível³¹;
- d) A dignidade dos pacientes deve ser respeitada durante a intervenção e as razões para o uso da contenção devem ser explicadas o máximo possível ao paciente³¹;
- e) Todo o pessoal envolvido na intervenção deve ser treinado para que a técnica seja padronizada³¹;
- f) O médico deve informar o paciente, sua família e/ou acompanhantes da necessidade de contenção física;
- g) As contenções são usadas apenas mediante prescrição médica e por um período determinado, a princípio não mais de 2 horas;
- h) O procedimento é realizado pela equipe de atendimento (cinco pessoas – mais duas podem ser necessárias, em alguns casos), sendo que cada profissional assume a responsabilidade por um único membro. Quem supervisiona o procedimento de contenção é responsável por proteger a cabeça e as vias aéreas do paciente e por verificar os sinais vitais durante todo o procedimento;
- i) Podem ser utilizadas as seguintes formas de contenção (D):
1. Quatro pontos: antebraços e tornozelos, com o paciente deitado na cama (evite contenções nas macas), com a cabeça levantada e os membros superiores ao lado do tronco. Evite cortar o fluxo sanguíneo até as extremidades.
 2. Cinco pontos: os quatro membros e o peitoral. Para contenção no peito, uma faixa larga pode ser utilizada. Não coloque contenções nas axilas, pois isso pode lesar o plexo braquial. Nas mulheres, tenha cuidado com as mamas, use uma faixa larga o suficiente para cobri-las ou coloque a faixa imediatamente abaixo das mamas.
 3. Nove pontos: no caso de agitação grave, na qual todas as outras técnicas falharam, coloque contenções no final dos quatro membros, braços, coxas e tórax.
4. Outras opções: contenções abdominais para pacientes gravemente agitados, quando as contenções torácicas não podem ser usadas ou para evitar movimento (por exemplo, após a cirurgia). No entanto, deve-se tomar cuidado para não comprimir a região operada. A contenção do joelho é uma alternativa para conter as coxas. A contenção das mãos (para que os pacientes não possam remover o cateter ou causar danos pessoais) pode ser feita com luvas disponíveis no mercado ou colocando algodão na parte interna das mãos e depois fechá-las em toda a extensão até os punhos e prendê-las.
- j) Monitorar sinais vitais, perfusão sanguínea e local da contenção (averiguar se há dor, calor, edema ou lesão). Deve-se começar logo que as contenções forem colocadas e, em seguida, necessitam ser realizadas a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos nas horas seguintes, até que o paciente desperte^{5,22}. É preciso registrar todo o procedimento no prontuário do paciente, incluindo a justificativa para o procedimento e o monitoramento durante a contenção.

TIPOS DE MATERIAL

As contenções mais simples e menos dispendiosas são faixas de tecido, de preferência macias e confortáveis, porém resistentes (D). Não recomendamos o uso de ataduras ou qualquer material utilizado pelas autoridades policiais, como algemas (D). Contenções feitas de couro, tecido ou lona também podem ser usadas, desde que sejam confortáveis e não prejudiquem o paciente.

ISOLAMENTO (NÍVEL DE EVIDÊNCIA 2B)

O isolamento é o confinamento involuntário em uma sala própria^{1,10} para isso. Normalmente, as salas de confinamento não têm móveis. A maioria dos hospitais no Brasil não usa mais salas de reclusão¹⁰. A ausência de estudos de eficácia desse método até o momento limita o conhecimento dos benefícios da reclusão como tratamento. Um estudo clínico comparou contenções

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

e isolamento e concluiu que, embora sejam possíveis complicações, o isolamento é eficaz.

No entanto, 1/3 das pessoas do grupo de isolamento teve que ser transferido para uma forma mais coercitiva de contenção, a grande maioria por causa da rápida piora do comportamento¹⁹. O consenso do projeto BETA de isolamento e contenção, da Associação Americana de Psiquiatria de Emergência¹⁰, sugere que se o paciente não representar um perigo para os outros, o isolamento não deve ser considerado. No entanto, se o paciente puder representar um perigo para si mesmo em reclusão, a contenção é mais indicada. Apesar das evidências e na falta de outros estudos corroborando a eficácia do isolamento, recomendamos evitar esse método. No final da análise, a reclusão e a contenção devem ser interrompidas o mais cedo possível¹⁰ e, como qualquer outra técnica, devem ser monitoradas e supervisionadas em intervalos regulares¹⁰.

CONCLUSÃO

A assistência ao paciente agitado começa com a abordagem verbal. Se o evento ocorrer fora de um estabelecimento de saúde, o paciente deve ser direcionado a um local apropriado para a avaliação e o manejo do caso. Todas as equipes de saúde devem ser treinadas para lidar com dificuldades e melhorar a técnica, a fim de garantir um resultado favorável. As técnicas de desescalada verbal têm o potencial de diminuir a agitação e reduzir a probabilidade de violência em situações de emergência. No caso de agitação grave, devem ser tomadas medidas farmacológicas, e se todas as medidas falharem, a contenção física deve ser utilizada para a proteção do paciente e sempre acompanhada de tranquilização rápida.

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. 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.
2. Baldaçara 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.
3. 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.
4. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am*. 2005;28:701-11, 710.
5. Ramadan MI. Managing psychiatric emergencies. *Middle East J Emerg Med*. 2007;7:3-9.
6. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 10:13-21.
7. Stevenson S, Otto MP. Finding ways to reduce violence in psychiatric hospitals. *J Healthc Qual*. 1998;20:28-32.
8. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation 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.
9. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral E. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2.
10. Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:35-40.
11. Mott S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on the rehabilitation of older people. *Int J Nurs Pract*. 2005;11:95-101.
12. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998;35:184-91.

13. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1584-91.
14. Odawara T, Narita H, Yamada Y, Fujita J, Yamada T, Hirayasu Y. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:605-9.
15. Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:113-8.
16. de Araújo EM, Martins ES, Adams CE, Coutinho ES, Huf G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:94-8.
17. Migon MN, Coutinho ES, Huf G, Adams CE, Cunha GM, Allen MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:263-8.
18. Beck NC, Durrett C, Stinson J, Coleman J, Stuve P, Menditto A. Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1027-32.
19. Huf G, Coutinho ES, Adams CE; TREC-SAVE Collaborative Group. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med*. 2012;42:2265-73.
20. Guedj MJ, Raynaud PH, Braitman A, Vanderschooten D. [The practice of restraint in a psychiatric emergency unit]. *Encephale*. 2004;30:32-9.
21. Benjaminsen S, Gotzsche-Larsen K, Norrie B, Harder L, Luxhoi A. Patient violence in a psychiatric hospital in Denmark: rate of violence and relation to diagnosis. *Nord J Psychiatry*. 1996;50:233-42.
22. Guzman-Parra J, Serrano CA, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, et al. Effectiveness of a multimodal intervention program for restraint prevention in an acute Spanish psychiatric ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2016;22:233-41.
23. Knutzen M, Sandvik L, Hauff E, Opjordsmoen S, Friis S. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint-a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2007;61:201-6.
24. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. 2013;48:10-22.
25. Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatr Serv*. 2009;60:231-9.
26. Alexander J. Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:543-53.
27. Smith AD, Humphreys M. Physical restraint of patients in a psychiatric hospital. *Med Sci Law*. 1997;37:145-9.
28. Husum TL, Bjorngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:89.
29. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:492-6.
30. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12:64-73.
31. Mental Health Division, WA Department of Health. Guidelines: the management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Perth: Department of Health; 2006.
32. Jegede OO, Ahmed SF, Olupona T, Akerele E. Restraints utilization in a psychiatric emergency room. *Int J Ment Health*. 2017;46:125-32.
33. Currier GW, Allen MH. Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. 2000;51:717-9.
34. Braga IP, de Souza JC, Leite MB, Fonseca V, da Silva EM, Volpe FM. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65:53-9.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA: ABORDAGEM FARMACOLÓGICA 1 – TRANQUILIZAÇÃO RÁPIDA*

BRAZILIAN GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PSYCHOMOTOR AGITATION: PHARMACOLOGICAL APPROACH 1 – RAPID TRANQUILIZATION

Resumo

Evidências apontam que o tratamento farmacológico da agitação psicomotora é indicado apenas após as abordagens não farmacológicas falharem. A causa da agitação, os efeitos colaterais das medicações e suas contraindicações devem direcionar a escolha da medicação. A via oral deve ser preferida para administração; a administração intravenosa deve ser evitada. Todos os indivíduos devem ser monitorados antes e após a administração da medicação.

Número de registro da revisão sistemática: CRD42017054440.

Palavras-chave: Agitação psicomotora, agressividade, agentes tranquilizantes, emergência, transtornos mentais.

Abstract

There is evidence suggesting that pharmacological approach to psychomotor agitation is indicated only when non-pharmacological approaches fail. The cause of agitation, side effects and contraindications of the different medications should guide the choice of the medication in each case. Oral administration is preferred;

intravenous administration should be avoided. All patients should be monitored before and after receiving the medication.

Systematic review registration: CRD42017054440.

Keywords: Psychomotor agitation, aggression, tranquilizing agents; emergency; mental disorders.

INTRODUÇÃO

O manejo adequado de pacientes agitados é essencial para sua segurança e para a segurança da equipe de saúde¹⁻³. Na maioria das circunstâncias, métodos não farmacológicos de controle de comportamento, tais como a desescalada verbal, são úteis como estratégia inicial para o manejo de pacientes agitados⁴⁻⁸. Contudo, quando os métodos não-farmacológicos falham, a tranquilização rápida com agentes farmacológicos pode ser indicada.

Tranquilização ou “tranquilização rápida” pode ser entendida como acalmar sem sedar³. Esta estratégia permite que os pacientes tenham alguma participação em seu próprio cuidado. No cenário agudo, a tranquilização rápida facilita o diagnóstico da causa subjacente da agitação. Além disso, é mais fácil dar alta do pronto-socorro a pacientes que não estejam dormindo¹.

O presente artigo foca na abordagem farmacológica em pacientes agitados. É importante destacar que o artigo cobre medicações que ainda não estão disponíveis neste país como forma de considerar opções futuras e de contextualizar os psiquiatras brasileiros e estrangeiros no tocante ao cenário brasileiro.

* Texto adaptado do artigo originalmente publicado em inglês no *Brazilian Journal of Psychiatry*, com a seguinte referência: 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 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:324-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177>

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (IEBMSPI), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

TRANQUILIZAÇÃO RÁPIDA

Em casos de agitação psicomotora, com ou sem agressividade, o objetivo principal é proteger o paciente e as pessoas ao seu redor, adotando atitudes e medidas que mantenham o paciente em situação confortável^{2,3,5,9}. Lembre-se de que no paciente agitado se torna mais difícil a coleta de informações, a realização de exame físico e a realização de exames complementares. Deve-se dar preferência aos meios menos invasivos, como diálogo respeitoso ou desescalada verbal.

Quando nenhuma dessas opções é viável ou efetiva, a medicação se torna necessária. Nesse caso, use o conceito de tranquilização farmacológica rápida - acalme o paciente sem sedação excessiva (ou mesmo nenhuma). Ao usar medicamentos, escolha os de ação rápida com efeitos colaterais mínimos (D)^{2,3,5,7,9}.

Antipsicóticos de primeira geração (FGA)

FGA típicos têm uma história longa de uso para o tratamento da agitação¹. Estes agentes agem por inibição da transmissão de dopamina no cérebro humano, especialmente através do antagonismo dos receptores D2 da dopamina, que está associado com a redução de sintomas psicóticos¹⁰. Além do risco de efeitos colaterais extrapiramidais (SEP)¹⁰, o bloqueio potencial dos receptores muscarínicos colinérgicos, histamínicos e alfa-1-adrenérgicos pelos FGA está relacionado a efeitos colaterais adicionais¹⁰.

Os FGA mais comumente usados para tranquilização rápida devido à agitação são clorpromazina¹¹, levomepromazina¹², haloperidol² e droperidol¹³. Prometazina², primariamente conhecida como anti-histamínico, mas pertencente ao grupo de fenotiazinas, pode também ser usada¹⁴.

Clorpromazina

Clorpromazina foi mencionada em um estudo que relatou um ensaio clínico mostrando não haver diferenças entre aplicações intramuscular de clorpromazina e de haloperidol^{11,15}. Clorpromazina intramuscular é relacionada a hipotensão grave e súbita e a *status epilepticus*¹¹. Os autores concluem que a clorpromazina deve ser evitada se outras drogas com avaliação mais positiva estiverem disponíveis¹¹. Recomendamos evitar

o uso parenteral de clorpromazina para tranquilização rápida, incluindo a via intramuscular.

Levomepromazina

Levomepromazina é outra fenotiazina. Em um estudo observacional, a resposta da levomepromazina foi similar à da olanzapina e também melhor que a do haloperidol. Todas as medicações foram administradas por via intramuscular¹². Levomepromazina foi relacionada a SEP, hipotensão, hipertensão, sonolência, tontura, íleo paralítico e cetoacidose (B).

Haloperidol

A medicação mais comumente utilizada em estudos é o haloperidol pelas vias oral (VO)^{16,17}, intramuscular (IM)^{2,12,15,18-32} e intravenosa (IV)^{22,33}. A eficácia das primeiras doses orais foi similar à da risperidona¹⁶ e olanzapina^{16,17} (B). Haloperidol oral foi efetivo em combinação com lorazepam administrado por via intramuscular¹⁶ (B). Entretanto, como será mencionado, o uso de múltiplas vias não é recomendado por nosso grupo, visto que o início de ação das medicações ocorrerá em momentos diferentes.

O uso de haloperidol intramuscular^{20,21} está bem estabelecido, tanto como monoterapia (A)^{2,12,19,23-25,29-32,34} ou em combinação com prometazina^{2,23,35-39} (A), midazolam^{2,23,37} ou lorazepam^{25,40,41} (B). Muito se discute em relação às doses. Respostas foram observadas após a administração de uma primeira dose variando de 2,5 a 10mg de haloperidol. É importante notar que o haloperidol está associado com os mesmos efeitos colaterais dos outros antipsicóticos, com uma frequência maior de SEP^{2,12,19-21,23,24,26,29-32,34-39}.

Haloperidol tem sido também utilizado por via intravenosa, com eficácia comprovada se comparado ao valproato de sódio⁴² e benzodiazepínicos (BZD)²² (1A). Porém, a via IV amplifica os efeitos colaterais, especialmente SEP e cardiotoxicidade⁴². Portanto, não recomendamos o uso IV do haloperidol (D).

Droperidol

Droperidol, assim como o haloperidol, é uma butirofenona cuja eficácia foi demonstrada em administração por via IM¹³ e IV⁴³. Além da evidência no tocante à eficácia e à segurança da via IM^{13,29,44-}

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

⁴⁶ (B), estudos relataram menos efeitos colaterais respiratórios^{13,45} e menos medicações adicionais com o droperidol IM em comparação ao midazolam¹³. Um estudo usou uma combinação de droperidol IM e midazolam¹³ (B). Droperidol IV tem eficácia em monoterapia^{13,45,47-49} ou em combinação com midazolam^{43,48,49} ou lorazepam⁴⁶. Apesar do alto nível de evidência (1B) em relação à eficácia, a combinação de droperidol e BZD aumenta o risco de depressão respiratória e a necessidade de suporte ventilatório⁴⁸. Assim, devido ao risco de efeitos colaterais graves, tais como o prolongamento do intervalo QT¹³, SEP^{34,47}, e hipotensão⁴⁶, não recomendamos o uso de droperidol IV (D).

Loxapina

Loxapina é classificada como um antipsicótico típico; porém, tem características atípicas. Loxapina tem sido usada em sua formulação inalatória para o controle de agitação psicomotora e tem eficácia comprovada quando comparada ao placebo em ensaios randomizados^{50,51} (A).

Clínicos devem ter em mente que os FGA são associados com os seguintes efeitos colaterais: hipotensão grave e súbita; *status epilepticus*, especialmente com a clorpromazina; cefaleia, tontura e náusea; SEP; hipotensão; depressão respiratória (administração IV ou quando associada a outras medicações sedativas); bradicardia; xerostomia; convulsões e prolongamento anormal do intervalo QT.

Antipsicóticos de segunda geração (SGA)

De uma perspectiva farmacológica, os antipsicóticos atípicos são antagonistas dopaminérgicos e serotoninérgicos, antagonistas parciais de D2 ou antagonistas parciais de serotonina nos receptores 5HT1A⁵². Antipsicóticos atípicos com eficácia para a tranquilização rápida encontrados na literatura foram aripiprazol^{30,53,54}, olanzapina^{2,12,37,38}, risperidona^{24,41,55,56} e ziprasidona^{2,37,57}.

Risperidona

Risperidona VO, em comprimidos orodispersíveis (ODT) ou solução oral (SO) foram efetivas no controle da agitação psicomotora quando administradas isoladamente^{24,58-61} (A) ou com lorazepam^{41,55,56,58} (B).

Risperidona VO em combinação com clonazepam foi tão efetiva quando haloperidol IM²¹ ou risperidona VO em combinação com lorazepam VO^{41,55} (B).

Aripiprazol

Aripiprazol IM demonstrou eficácia para o controle da agitação psicomotora, bem como equivalência comparada ao haloperidol IM^{19,30,53,54} e lorazepam⁶². A qualidade da evidência que corrobora o uso de aripiprazol IM é alta (A). Contudo, esta apresentação não estava disponível no Brasil quando realizamos esta revisão.

Olanzapina

Olanzapina VO ou ODT pode ser efetiva para o controle da agitação psicomotora^{17,58-60,63,64}. Olanzapina IM (não disponível no Brasil) é tão efetiva^{34,65} quanto a ziprasidona², haloperidol^{2,18,25,26,31,34,37,38} e outros antipsicóticos^{12,23,59,66,67}. O uso combinado de olanzapina IM e de BZD não é recomendado devido à possibilidade de efeitos perigosos (p.ex. hipotensão, bradicardia e depressão respiratória)^{5,26}. Olanzapina VO/ODT (B), olanzapina IM (B) e olanzapina IV se mostraram efetivas^{48,49} (B). Além disso, pelas mesmas razões mencionadas para o haloperidol e para o droperidol, não recomendamos o uso IV de olanzapina (D).

Ziprasidona

Ziprasidona foi efetiva em controlar agitação psicomotora^{19,32,57,68,69}. Ziprasidona 20mg IM foi efetiva quando comparada com uma dose baixa (2mg)^{19,57,68,69} e teve resultados positivos comparada ao haloperidol (e suas combinações)^{2,23,28,32,37}, olanzapina^{2,37}, droperidol⁴⁴, midazolam²³ e lorazepam²³. Ziprasidona IM (não disponível no Brasil) é recomendada como B.

Asenapina

Finalmente, asenapina SL (não disponível no Brasil) foi efetiva para o controle da agitação psicomotora⁷⁰ (A). Num estudo com 120 indivíduos, os participantes foram randomizados para receber asenapina SL ou placebo. A mudança no Componente Excitatório da Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) em 2 horas foi significativamente maior nos indivíduos tratados com asenapina do que nos indivíduos tratados com placebo. O número necessário para tratar (NNT) para resposta

comparada ao placebo foi 3 (intervalo de confiança de 95% [95%CI] 2-4). Os efeitos colaterais relatados foram gosto ruim ou alterado e acatisia⁷⁰.

Profissionais devem ter consciência dos efeitos colaterais dos SGA, que incluem: hipotensão, sedação excessiva, cefaleia, tontura, náusea, SEP, parada respiratória, bradicardia, xerostomia, convulsão, prolongamento de intervalo QTc e síncope.

Benzodiazepínicos

BZD aumentam os efeitos do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA) nos receptores GABA-A, produzindo efeitos sedativos, hipnóticos (indutores de sono), ansiolíticos, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular⁷¹. Efeitos colaterais dos BZD incluem os seguintes: sedação excessiva, tontura, fraqueza, desorientação, cefaleia, confusão, irritabilidade, efeito paradoxal, prejuízo de memória, falta de coordenação, risco de quedas, xerostomia, visão borrada, hipotensão, ataxia, depressão respiratória e parada cardiorrespiratória.

A pesquisa de literatura em BZD orais para controle da agitação encontrou apenas dados limitados. Uma revisão sistemática concluiu que não há evidência para corroborar ou refutar o uso de BZD (com ou sem antipsicóticos ou em combinação com outras drogas)²². No entanto, considerando que os BZD são baratos, têm efeitos colaterais moderados, são fáceis de administrar e podem ser facilmente encontrados na maioria dos serviços de emergência, discutiremos a evidência de ensaios controlados randomizados (ECT) e outros estudos relevantes.

Risperidona oral em conjunto com lorazepam oral^{41,55,56} e risperidona oral em conjunto com clonazepam oral foram efetivos para agitação psicomotora²¹ (B). Não encontramos ensaios clínicos com foco em outros BZD. Diazepam VO, clonazepam VO e SO e lorazepam podem ser usados para agitações leves a moderadas induzidas pela abstinência de álcool e na intoxicação por cocaína (D).

O maior número de evidências foi encontrado para lorazepam IM em monoterapia^{23,27,36,40,46,56,62} (A), lorazepam mais haloperidol^{25,40,41,55,56} (B), lorazepam mais olanzapina²⁵ (B), midazolam em monoterapia^{13,23,27,39,44,45} (A), midazolam mais haloperidol^{2,23,37} (A), clonazepam em

monoterapia⁷² (C), flunitrazepam em monoterapia²⁰ (B), midazolam mais droperidol¹³ (B) e lorazepam IM mais risperidona oral^{41,56,58} (B). No tocante à via IV, evidências foram obtidas para midazolam mais droperidol^{43,48,49} (1B) e midazolam mais olanzapina⁴³ (1B).

Os efeitos colaterais mais frequentes dos BZD são depressão respiratória, ataxia, sedação excessiva, prejuízo de memória e desinibição paradoxal²². Estes efeitos são mais fortes pela via IV, em combinação com outras medicações psicotrópicas e em indivíduos que usam depressores do sistema nervoso central (tais como o álcool). Por fim, uma advertência contra o uso de diazepam IV (indicado para abstinência de álcool e intoxicação por cocaína): seu metabólito ativo nordiazepam tem uma meia-vida de eliminação muito mais longa, de tal forma que a droga se acumula quando administrada repetidamente, especialmente em pacientes idosos por causa do efeito da droga no metabolismo oxidativo²².

CONCLUSÕES

Após rever as evidências disponíveis (material suplementar), as seguintes recomendações podem ser feitas:

- 1) tratamento farmacológico está indicado apenas após abordagens não-farmacológicas falharem;
- 2) a causa da agitação, efeitos colaterais das medicações e suas contraindicações são fatores que devem nortear a escolha da medicação;
- 3) a via oral deve ser preferencial para administração de fármacos;
- 4) administração IV deve ser evitada e
- 5) todos os indivíduos devem ser monitorados antes e depois da administração da medicação.

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. Wilson MP, MacDonald K, Vilke GM, Feifel D. A comparison of the safety of olanzapine and haloperidol in combination with benzodiazepines in emergency department patients with acute agitation. *J Emerg Med.* 2012;43:790-7.

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PERICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

- Baldacara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Braz J Psychiatry*. 2011;33:30-9.
- McAllister-Williams RH, Ferrier IN. Rapid tranquillisation: time for a reappraisal of options for parenteral therapy. *Br J Psychiatry*. 2002;180:485-9.
- Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:26-34.
- Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17:86-128.
- 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. [Management of the violent or agitated patient]. *Braz J Psychiatry*. 2010;32 Suppl 2:S96-103.
- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation 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.
- Baldacara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Junior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:153-67.
- Stahl S. *Essential psychopharmacology*. 3 ed. New York: Cambridge University Press; 2008.
- Ahmed U, Jones H, Adams CE. Chlorpromazine for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(4):CD007445.
- Suzuki H, Gen K, Takahashi Y. A naturalistic comparison study of the efficacy and safety of intramuscular olanzapine, intramuscular haloperidol, and intramuscular levomepromazine in acute agitated patients with schizophrenia. *Hum Psychopharmacol*. 2014;29:83-8.
- Isbister GK, Calver LA, Page CB, Stokes B, Bryant JL, Downes MA. Randomized controlled trial of intramuscular droperidol versus midazolam for violence and acute behavioral disturbance: the DORM study. *Ann Emerg Med*. 2010;56:392-401.e1.
- Information NCFB. Phenothiazine [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 10]. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Phenothiazine>
- Man PL, Chen CH. Rapid tranquilization of acutely psychotic patients with intramuscular haloperidol and chlorpromazine. *Psychosomatics*. 1973;14:59-63.
- Walther S, Moggi F, Horn H, Moskvitin K, Abderhalden C, Maier N, et al. Rapid tranquilization of severely agitated patients with schizophrenia spectrum disorders: a naturalistic, rater-blinded, randomized, controlled study with oral haloperidol, risperidone, and olanzapine. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34:124-8.
- Kinon BJ, Ahl J, Rotelli MD, McMullen E. Efficacy of accelerated dose titration of olanzapine with adjunctive lorazepam to treat acute agitation in schizophrenia. *Am J Emerg Med*. 2004;22:181-6.
- Chan HY, Ree SC, Su LW, Chen JJ, Chou SY, Chen CK, et al. A double-blind, randomized comparison study of efficacy and safety of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in patients with schizophrenia and acute agitated behavior. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34:355-8.
- Daniel DG, Currier GW, Zimbardo DL, Allen MH, Oren D, Manos G, et al. Efficacy and safety of oral aripiprazole compared with haloperidol in patients transitioning from acute treatment with intramuscular formulations. *J Psychiatr Pract*. 2007;13:170-7.
- Dorevitch A, Katz N, Zemishlany Z, Aizenberg D, Weizman A. Intramuscular flunitrazepam versus intramuscular haloperidol in the emergency

- treatment of aggressive psychotic behavior. *Am J Psychiatry*. 1999;156:142-4.
21. Fang M, Chen H, Li LH, Wu R, Li Y, Liu L, et al. Comparison of risperidone oral solution and intramuscular haloperidol with the latter shifting to oral therapy for the treatment of acute agitation in patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*. 2012;27:107-13.
 22. Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(4):CD003079.
 23. Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD005146.
 24. Lim HK, Kim JJ, Pae CU, Lee CU, Lee C, Paik IH. Comparison of risperidone orodispersible tablet and intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychotic agitation: a randomized open, prospective study. *Neuropsychobiology*. 2010;62:81-6.
 25. MacDonald K, Wilson M, Minassian A, Vilke GM, Becker O, Tallian K, et al. A naturalistic study of intramuscular haloperidol versus intramuscular olanzapine for the management of acute agitation. *J Clin Psychopharmacol*. 2012;32:317-22.
 26. MacDonald K, Wilson MP, Minassian A, Vilke GM, Perez R, Cobb P, et al. A retrospective analysis of intramuscular haloperidol and intramuscular olanzapine in the treatment of agitation in drug- and alcohol-using patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:443-5.
 27. Nobay F, Simon BC, Levitt MA, Dresden GM. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. *Acad Emerg Med*. 2004;11:744-9.
 28. Preval H, Klotz SG, Southard R, Francis A. Rapid-acting IM ziprasidone in a psychiatric emergency service: a naturalistic study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:140-4.
 29. Resnick M, Burton BT. Droperidol vs. haloperidol in the initial management of acutely agitated patients. *J Clin Psychiatry*. 1984;45:298-9.
 30. Tran-Johnson TK, Sack DA, Marcus RN, Auby P, McQuade RD, Oren DA. Efficacy and safety of intramuscular aripiprazole in patients with acute agitation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:111-9.
 31. Wright P, Birkett M, David SR, Meehan K, Ferchland I, Alaka KJ, et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1149-51.
 32. Zhang H, Wang G, Zhao J, Xie S, Xu X, Shi J, et al. Intramuscular ziprasidone versus haloperidol for managing agitation in Chinese patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33:178-85.
 33. Asadollahi S, Heidari K, Hatamabadi H, Vafaei 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.
 34. Breier A, Meehan K, Birkett M, David S, Ferchland I, Sutton V, et al. A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:441-8.
 35. Huf G, Coutinho ES, Adams CE, TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2007;335:869.
 36. Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry*. 2004;185:63-9.
 37. Mantovani C, Labate CM, Sponholz A Jr, 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-

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

- blind trial of 4 intramuscular interventions. *J Clin Psychopharmacol.* 2013;33:306-12.
38. Raveendran NS, Tharyan P, Alexander J, Adams CE, Group TREC-India II Collaborative Group. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in India: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ.* 2007;335:865.
39. TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ.* 2003;327:708-13.
40. Bieniek SA, Ownby RL, Penalver A, Dominguez RA. A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy.* 1998;18:57-62.
41. Currier GW, Chou JC, Feifel D, Bossie CA, Turkoz I, Mahmoud RA, et al. Acute treatment of psychotic agitation: a randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:386-94.
42. 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.
43. Chan EW, Taylor DM, Knott JC, Phillips GA, Castle DJ, Kong DC. Intravenous droperidol or olanzapine as an adjunct to midazolam for the acutely agitated patient: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Ann Emerg Med.* 2013;61:72-81.
44. Martel M, Sterzinger A, Miner J, Clinton J, Biros M. Management of acute undifferentiated agitation in the emergency department: a randomized double-blind trial of droperidol, ziprasidone, and midazolam. *Acad Emerg Med.* 2005;12:1167-72.
45. Knott JC, Taylor DM, Castle DJ. Randomized clinical trial comparing intravenous midazolam and droperidol for sedation of the acutely agitated patient in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2006;47:61-7.
46. Richards JR, Derlet RW, Duncan DR. Chemical restraint for the agitated patient in the emergency department: lorazepam versus droperidol. *J Emerg Med.* 1998;16:567-73.
47. Rosen CL, Ratliff AF, Wolfe RE, Branney SW, Roe EJ, Pons PT. The efficacy of intravenous droperidol in the prehospital setting. *J Emerg Med.* 1997;15:13-7.
48. Taylor DM, Yap CY, Knott JC, Taylor SE, Phillips GA, Karro J, et al. Midazolam-droperidol, droperidol, or olanzapine for acute agitation: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med.* 2017;69:318-26.e1.
49. Yap CY, Taylor DM, Knott JC, Taylor SE, Phillips GA, Karro J, et al. Intravenous midazolam-droperidol combination, droperidol or olanzapine monotherapy for methamphetamine-related acute agitation: subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Addiction.* 2017;112:1262-9.
50. Allen MH, Feifel D, Lesem MD, Zimbroff DL, Ross R, Munzar P, et al. Efficacy and safety of loxapine for inhalation in the treatment of agitation in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2011;72:1313-21.
51. Kwentus J, Riesenberger RA, Marandi M, Manning RA, Allen MH, Fishman RS, et al. Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial with inhaled loxapine. *Bipolar Disord.* 2012;14:31-40.
52. Stahl SM. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology. 3 ed. New York: Cambridge University Press; 2008.
53. Andrezina R, Josiassen RC, Marcus RN, Oren DA, Manos G, Stock E, et al. Intramuscular aripiprazole for the treatment of acute agitation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a double-blind, placebo-controlled comparison with intramuscular haloperidol. *Psychopharmacology (Berl).* 2006;188:281-92.
54. De Filippis S, Cuomo I, Lionetto L, Janiri D, Simmaco M, Caloro M, et al. Intramuscular aripiprazole in the acute management of psychomotor agitation. *Pharmacotherapy.* 2013;33:603-14.

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (IEBMSPI), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

55. Currier GW, Simpson GM. Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:153-7.
56. Vesper FH, Vesper BD, McMullan JT, Zealberg J, Currier GW. Risperidone versus haloperidol, in combination with lorazepam, in the treatment of acute agitation and psychosis: a pilot, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Pract*. 2006;12:103-8.
57. Agid O, Kapur S, Warrington L, Loebel A, Siu C. Early onset of antipsychotic response in the treatment of acutely agitated patients with psychotic disorders. *Schizophr Res*. 2008;102:241-8.
58. Gault TI, Gray SM, Vilke GM, Wilson MP. Are oral medications effective in the management of acute agitation? *J Emerg Med*. 2012;43:854-9.
59. Hsu WY, Huang SS, Lee BS, Chiu NY. Comparison of intramuscular olanzapine, orally disintegrating olanzapine tablets, oral risperidone solution, and intramuscular haloperidol in the management of acute agitation in an acute care psychiatric ward in Taiwan. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30:230-4.
60. Hatta K, Kawabata T, Yoshida K, Hamakawa H, Wakejima T, Furuta K, et al. Olanzapine orally disintegrating tablet vs. risperidone oral solution in the treatment of acutely agitated psychotic patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:367-71.
61. Normann C, Schmauss M, Bakri N, Gerwe M, Schreiner A. Initial treatment of severe acute psychosis with fast orally disintegrating risperidone tablets. *Pharmacopsychiatry*. 2006;39:209-12.
62. Zimbroff DL, Marcus RN, Manos G, Stock E, McQuade RD, Auby P, et al. Management of acute agitation in patients with bipolar disorder: efficacy and safety of intramuscular aripiprazole. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:171-6.
63. Baker RW, Kinon BJ, Maguire GA, Liu H, Hill AL. Effectiveness of rapid initial dose escalation of up to forty milligrams per day of oral olanzapine in acute agitation. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23:342-8.
64. Escobar R, San L, Perez V, Olivares JM, Polavieja P, Lopez-Carrero C, et al. [Effectiveness results of olanzapine in acute psychotic patients with agitation in the emergency room setting: results from NATURA study]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:151-7.
65. Katagiri H, Fujikoshi S, Suzuki T, Fujita K, Sugiyama N, Takahashi M, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of rapid-acting intramuscular olanzapine in Japanese patients for schizophrenia with acute agitation. *BMC Psychiatry*. 2013;13:20.
66. Castle DJ, Udristoiu T, Kim CY, Sarosi A, Pidrman V, Omar AN, et al. Intramuscular olanzapine versus short-acting typical intramuscular antipsychotics: comparison of real-life effectiveness in the treatment of agitation. *World J Biol Psychiatry*. 2009;10:43-53.
67. Perrin E, Anand E, Dyachkova Y, Wagner T, Frediani S, Ballerini A, et al. A prospective, observational study of the safety and effectiveness of intramuscular psychotropic treatment in acutely agitated patients with schizophrenia and bipolar mania. *Eur Psychiatry*. 2012;27:234-9.
68. Lessem MD, Tran-Johnson TK, Riesenberger RA, Feifel D, Allen MH, Fishman R, et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. *Br J Psychiatry*. 2011;198:51-8.
69. Daniel DG, Potkin SG, Reeves KR, Swift RH, Harrigan EP. Intramuscular (IM) ziprasidone 20 mg is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double-blind, randomized trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001;155:128-34.
70. Pratts M, Citrome L, Grant W, Leso L, Opler LA. A single-dose, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sublingual akenapine for acute agitation. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130:61-8.
71. Griffin CE 3rd, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner J*. 2013;13:214-23.
72. Chouinard G, Annable L, Turnier L, Holobow N, Szkrumelak N. A double-blind randomized clinical trial of rapid tranquilization with I.M. clonazepam and I.M. haloperidol in agitated psychotic patients with manic symptoms. *Can J Psychiatry*. 1993;38 Suppl 4:S114-21.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA: TRANQUILIZAÇÃO RÁPIDA 2 – COMBINAÇÕES E GRUPOS ESPECIAIS*

BRAZILIAN GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PSYCHOMOTOR AGITATION: RAPID TRANQUILIZATION 2 – COMBINATIONS AND SPECIAL GROUPS

Resumo

Neste último artigo, faremos a comparação entre os diferentes grupos medicamentosos. Posteriormente, apresentaremos as possíveis combinações de medicações para a tranquilização rápida. Por fim, abordaremos o manejo de grupos especiais em agitação psicomotora.

Palavras-chave: Agitação psicomotora; agressividade; agentes tranquilizantes; emergência; transtornos mentais.

Abstract

In this last article, we compare the different groups of medications, followed by a presentation of possible drug combinations for use in rapid tranquilization. Finally, we address the management of special groups of patients in psychomotor agitation.

Systematic review registration: CRD42017054440.

Keywords: Psychomotor agitation, aggression, tranquilizing agents; emergency; mental disorders.

* Texto adaptado do artigo originalmente publicado em inglês no *Brazilian Journal of Psychiatry*, com a seguinte referência: 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 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:324-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177>

INTRODUÇÃO

O uso racional de medicações para a abordagem de pacientes agitados deve seguir o princípio da medicina baseada em evidências e a tranquilização rápida. Mesmo assim, fazer a escolha da droga mais apropriada é difícil e requer certo conhecimento em psicofarmacologia aplicada. Por sua vez, há momentos em que a agitação pode ser grave, a ponto de necessitar de combinações medicamentosas que, por um lado, podem produzir melhores resultados, mas, por outro, podem ampliar os efeitos colaterais.

Por fim, existem grupos chamados especiais que necessitam de manejo diferenciado. Por exemplo, gestantes, onde aspectos fisiológicos são diferentes, e o uso de medicações e a contenção física podem trazer complicações não só para a mãe como também para o bebê. Os idosos são mais sensíveis aos efeitos das medicações e geralmente utilizam outras que ampliam as interações. Pacientes em intoxicação aguda devem ter sua medicação escolhida de forma que não cause potencialização dos efeitos da substância utilizada (por exemplo, no caso de intoxicação por álcool, não utilizar benzodiazepínicos).

O presente artigo apresenta a abordagem farmacológica de pacientes agitados comparando diferentes grupos de medicações, apresentando

combinações para tranquilização rápida e a abordagem em grupos especiais.

ANTIPSICÓTICOS VERSUS BENZODIAZEPÍNICOS (BZD)

Embora um estudo tenha concluído que não há evidência forte para corroborar nem refutar o uso de BZD para agressividade e agitação¹, alguns estudos relatam resultados similares com BZD e antipsicóticos. Nós não encontramos nenhum estudo que endosse o uso de BZD em monoterapia para tranquilização rápida. Enquanto isso, o tratamento oral com risperidona e lorazepam parece ser uma alternativa tolerável e comparável a haloperidol e lorazepam intramuscular (IM) para tratamento em curto prazo de agitação em quadros psicóticos em pacientes que aceitam medicação oral^{2,3}. Risperidona em solução oral (SO) e em combinação com clonazepam é um tratamento efetivo, comparável ao haloperidol IM, e é bem tolerado para agitação aguda em pacientes com esquizofrenia⁴. Portanto, recomendamos o uso de BZD orais para agitação psicomotora apenas com antipsicóticos (B), exceto se houver contraindicação para o uso de antipsicóticos (D).

Resultados similares foram descritos para lorazepam IM e midazolam IM quando comparados à monoterapia com haloperidol^{5,6}, haloperidol mais prometazina^{5,7,8}, olanzapina⁵, ziprasidona⁵ e aripiprazol⁹. Os resultados obtidos com midazolam foram mais similares aos descritos para o droperidol, porém com maior sedação excessiva¹⁰. Em outro estudo, lorazepam IM e lorazepam mais haloperidol se mostraram superiores à monoterapia com haloperidol e similares à olanzapina¹¹.

Os resultados com midazolam mais haloperidol foram similares aos obtidos com monoterapia com haloperidol, haloperidol mais prometazina, olanzapina e ziprasidona nas primeiras horas após a primeira administração. Contudo, após 6 a 12 horas, resultados inferiores foram verificados pela Overt Agitation Severity Scale (OASS) e pela Overt Aggression Scale (OAS)¹². Nos outros dois estudos, os resultados foram similares aos observados com antipsicóticos^{5,13}.

Clonazepam IM é efetivo e seguro, mas com ação mais lenta se comparado ao haloperidol IM para o tratamento de pacientes psiquiátricos agitados que precisem de tranquilização rápida¹⁴. Flunitrazepam IM foi similar ao haloperidol¹⁵. Interessantemente, a risperidona oral

foi similar ao lorazepam IM³. Lorazepam IM mostrou resultados similares ao lorazepam IM mais haloperidol oral ou risperidona oral¹⁶.

Os resultados descritos com midazolam por via intravenosa (IV) são similares àqueles com droperidol, embora tenha havido risco de hipoventilação¹⁷. A combinação de midazolam IV mais droperidol teve melhores resultados que droperidol IV ou olanzapina IV^{18,19}. Lorazepam IV foi menos efetivo em controlar a agitação do que o droperidol²⁰.

Assim, não há diferença clara entre BZD e antipsicóticos no tocante à sua efetividade para a tranquilização rápida. Entretanto, diferenças nos efeitos colaterais devem ser consideradas. BZD podem causar mais sedação excessiva e efeitos respiratórios e, assim, devem ser evitados em pacientes com abuso de drogas sedativas (por exemplo, álcool e opioides), pacientes com potencial para reações paradoxais e pacientes com risco de depressão respiratória (D).

ANTIPSICÓTICOS DE PRIMEIRA GERAÇÃO (FGA) VERSUS ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GERAÇÃO (SGA)

Risperidona por via oral (VO) mais lorazepam foi similar ao haloperidol IM mais lorazepam³. Risperidona VO¹⁶ e olanzapina VO²¹ foram tão efetivas quanto haloperidol VO¹⁶. Risperidona SO em combinação com clonazepam é um tratamento efetivo, comparável ao haloperidol IM, e é bem tolerado em agitação aguda em pacientes com esquizofrenia⁴. Não há diferença significativa em efetividade entre olanzapina IM, comprimidos orodispersíveis de olanzapina e solução oral de risperidona quando comparados a haloperidol IM²². Olanzapina oral foi similar a haloperidol oral⁵. Risperidona em comprimidos orodispersíveis (ODT) foi tão efetiva e tolerável quanto haloperidol IM²³.

Aripiprazol IM foi não inferior comparado a haloperidol²⁴⁻²⁶. Olanzapina IM foi similar a haloperidol^{27,28}. Olanzapina IM e ziprasidona tiveram resultados similares a haloperidol e a haloperidol com prometazina^{12,29,30}. Baixas doses de haloperidol combinadas com midazolam podem ser tão efetivas quanto olanzapina na redução da agitação psicomotora, sem aumentar o risco de efeitos extrapiramidais¹³. Olanzapina e ziprasidona têm relatos de similaridade com haloperidol, haloperidol mais prometazina, midazolam e haloperidol mais midazolam⁵;

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

no entanto, este artigo observou um início mais rápido de atividade com haloperidol mais prometazina e haloperidol mais midazolam e, portanto, não encontrou benefícios em utilizar haloperidol em monoterapia⁵.

Monoterapia com haloperidol foi menos efetiva, ou pelo menos requereu medicação adicional em comparação com olanzapina com ou sem um BZD ou haloperidol com um BZD¹¹. Além disso, um estudo sugeriu a possibilidade dos efeitos antiagitação da olanzapina IM e da levomepromazina IM ocorrerem mais rapidamente do que os efeitos do haloperidol IM³¹.

Olanzapina IV mais midazolam foi similar a droperidol mais midazolam³². Em contraste, em outro estudo, olanzapina não foi superior a droperidol IV¹⁸. Embora pequenas diferenças tenham sido observadas, efeitos colaterais foram similares nos vários estudos avaliados para guiar a escolha em favor dos antipsicóticos atípicos. Portanto, recomendamos que as escolhas entre FGA e SGA sejam baseadas na avaliação e na experiência do médico responsável por cada caso (D).

ESCOLHA ENTRE VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

Muito embora a administração oral seja tão efetiva quanto a parenteral, não é isenta de efeitos colaterais. Apesar disso, já que a via oral é menos invasiva, é a primeira opção a ser considerada (D). Contudo, é importante lembrar que as opções que foram úteis para tratar a agitação psicomotora foram risperidona VO, SO e ODT, olanzapina VO e ODT, asenapina sublingual (SL), bem como a combinação de risperidona VO e lorazepam.

A via oral deve ser escolhida se o paciente está colaborativo e é capaz de engolir e de esperar pelo início do efeito, que demora mais do que a administração parenteral. Quando a via oral é escolhida, a preferência deve ser dada para apresentações SO e ODT, que facilitam a deglutição, a absorção e o início do efeito (D). Para detalhes adicionais sobre as medicações orais recomendadas para a tranquilização rápida, ver a Tabela 1.

A via IM contabiliza a maioria dos estudos. Sua absorção e início de efeito são mais rápidos do que a via oral. A via IM parece mais indicada para pacientes com agitação mais grave e violenta. Esta via requer treinamento e monitorização rigorosa. Ressaltamos que

há poucas diferenças que justifiquem o uso de uma medicação em detrimento da outra. A literatura também evidencia que a monoterapia talvez não seja sempre uma boa escolha, já que há questões relacionadas à administração repetida de medicações^{5,10-12}. Apesar da possibilidade de mais efeitos colaterais com medicações combinadas^{5,10,33} (por exemplo, sedação excessiva e depressão respiratória), as combinações devem ser consideradas em casos de agitação grave, especialmente associada com comportamento violento (D). Para detalhes adicionais sobre as medicações IM recomendadas para a tranquilização rápida, vide Tabela 2.

A Tabela 3 descreve os detalhes das medicações IV com o melhor nível de evidência para a tranquilização rápida de pacientes agitados. A via IV tem se provado efetiva, mas é associada com efeitos colaterais graves, principalmente depressão respiratória. Nós não recomendamos a via IV (D). Se o médico optar pela via IV, esta deve ser reservada apenas para casos graves, quando outras medidas falharem e apenas em locais onde a monitorização de sinais vitais seja contínua (tal como com um monitor de emergência multiparâmetros) (D), bem como o equipamento de ressuscitação cardiopulmonar esteja disponível.

Nesse ponto, ênfase especial deve ser dada a um parâmetro que guia a escolha da medicação e a via a ser usada: o risco cardíaco. Psicotrópicos, especialmente antipsicóticos, são relacionados ao risco de eventos tais como arritmia ventricular, prolongamento de intervalo QT (inclusive *torsade de pointes*) e morte súbita³⁴⁻³⁶. A literatura permanece controversa, mas aponta para um risco maior com antipsicóticos. No tocante às medicações abrangidas nestas diretrizes, foi descrito risco para clorpromazina³⁷, droperidol^{38,39}, haloperidol^{35,40}, levomepromazina⁴¹, olanzapina^{35,37,42}, risperidona^{37,42} e ziprasidona^{35,42}. Aripiprazol demonstrou o menor risco^{34,35}. Contudo, é necessário prestar atenção em pacientes com risco elevado de alterações cardíacas, tais como doença cardíaca prévia, histórico familiar de taquiarritmia ventricular, alterações da repolarização ventricular e desequilíbrio eletrolítico³⁶. Quando esses fatores de risco estão presentes, as medicações antipsicóticas devem ser evitadas, assim como a via parenteral, especialmente a via IV. Quanto à última, o risco será alto mesmo em pacientes sem os fatores

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

mencionados³⁶. Para pacientes sem informações ou para os que possuem histórico de ter os fatores de risco mencionados, considere realizar um eletrocardiograma (ECG) quando administrar medicações parenterais, especialmente as por via IV (D). Também é recomendado que seja utilizada a menor dose (D).

Uma nova alternativa é a loxapina, que tem mostrado eficácia em comparação com o placebo. Loxapina tem sido usada em sua forma inalatória (IN) para o controle da agitação psicomotora⁴³⁻⁴⁵ (B). Outra alternativa é a reposição de nicotina transdérmica (TD) para pacientes com dependência⁴⁶ (B).

COMO COMBINAR AS MEDICAÇÕES

Um dos maiores dilemas na tranquilização rápida é utilizar ou não combinações de diferentes medicações. Mesmo que haja evidência de eficácia, a administração de medicações combinadas é desafiadora, e os efeitos colaterais poderiam se amplificar. Apesar da evidência de eficácia, conforme discutimos no presente artigo, não recomendamos combinar diferentes vias de administração (por exemplo, administrar VO e IM ao mesmo tempo), porque o início da absorção e dos efeitos vai ocorrer em momentos diferentes e complicar o monitoramento.

Tabela 1 - Medicações orais recomendadas para a tranquilização rápida em agitação psicomotora*

Medicação	Dose (mg)	Efeitos iniciais (h)	Meia-vida (h)	Pode repetir (h)	Dose máxima 24h (mg)	Efeitos colaterais	Nível de evidência	Grau de recomendação
Risperidona (VO/SO/ODT†)	2-3	1	24	1	8	Sedação, tontura, SEP, efeitos hemodinâmicos, convulsões, disfagia, náusea, arritmia cardíaca, hipotensão	1B	A
Asenapina (SL)	10	0,5-1,5	24	12	20	SEP, efeitos hemodinâmicos, convulsões, disfagia	1B	A
Risperidona (SO/VO) + lorazepam (VO)	2 + 2	1	24	1	6/6	SEP, efeitos hemodinâmicos, convulsões, disfagia, arritmia cardíaca, hipotensão, tontura, sedação excessiva, depressão respiratória	2A	B
Olanzapina (ODT/VO)	10	1-2/4-6	21-54	2/4	30	SEP, efeitos hemodinâmicos, convulsões, disfagia, arritmia cardíaca, hipotensão, tontura	2A	B
Haloperidol (VO/SO)	5-15	1-4	15-37	8	15	SEP, efeitos hemodinâmicos, convulsões, disfagia, alterações de ECG	2B	B
Risperidona (SO/VO) + clonazepam (VO)	2 + 2	1	20-40	1	6/6	SEP, efeitos hemodinâmicos, convulsões, disfagia, arritmia cardíaca, hipotensão, tontura, sedação excessiva, depressão respiratória	2B	B
Clonazepam (VO/SO)	2	1-3	20-40	1	8	Amnésia, ataxia, sedação excessiva, tontura, efeito paradoxal	5	D
Diazepam (VO)	10	0,5-1,5	20-80	1	60	Amnésia, ataxia, sedação excessiva, tontura, efeito paradoxal	5	D
Lorazepam (VO)	2-4	2	8-16	2	4	Amnésia, ataxia, sedação excessiva, tontura, efeito paradoxal	5	D

* Apenas formulações recomendadas estão incluídas.

† Não disponível no Brasil.

ECG = eletrocardiograma; SEP = sintomas extrapiramidais; ODT = comprimidos orodispersíveis; SO = solução oral; VO = via oral; SL = sublingual.

Quanto à via oral, risperidona oral mais lorazepam oral^{2,3,47} (B) e risperidona oral mais clonazepam oral (B)²⁵ foram opções eficazes comparadas a haloperidol IM mais lorazepam IM e haloperidol IM isolado (Tabela 1).

Já para a via IM, haloperidol se mostrou efetivo e seguro quando combinado com prometazina^{5,7,8,12,13,30,48}

(A), midazolam^{5,12,13} ou lorazepam^{2,3,11,49} (B). Droperidol pode ser combinado com midazolam por via IM¹⁰ (B). A combinação de olanzapina IM e BZD não é recomendada pela literatura^{33,50} (D) (Tabela 2).

No tocante à via IV, droperidol IV, outra butirofenona, foi estudado e sua eficácia demonstrada quando

Tabela 2 - Medicações intramusculares recomendadas para a tranquilização rápida na agitação psicomotora*

Medicação	Dose (mg)	Efeitos iniciais	Meia-vida	Pode repetir	Dose máxima em 24h (mg)	Efeitos colaterais	Nível de evidência	Grau de recomendação
Haloperidol	2,5-10	30 min	15-37h	30 min	30	Convulsões, SEP, sonolência, cefaleia, tontura	1A	A
Haloperidol + midazolam	2,5 + 7,5-15	20 min	15h	30 min	30 para haloperidol	Sedação excessiva, SEP	1A	A
Haloperidol + prometazina	2,5-10 + 25-50	30 min	15-37h	30 min	30/100	Sedação excessiva, SEP, convulsão	1A	A
Lorazepam [†]	2-4	20-30 min	13-18h	1 hora	4	Dificuldade respiratória, náusea, tontura com lorazepam	1A	A
Midazolam	Até 15	15-20 min	90-150 min	30 min	-	Sedação excessiva, depressão respiratória	1A	A
Olanzapina	2,5-10	15-45 min				Sedação excessiva, SEP, hipotensão ortostática, sonolência, hematúria	1A	A
Ziprasidona	10-20	1 hora	2-5h	10 (2h) / 20 (4h)	40	Sedação excessiva, SEP	1A	A
Aripiprazol [†]	9,75	1-3h	75-94h	2h	30	Cefaleia, tontura, náusea, insônia, SEP, taquicardia	1B	A
Droperidol	2,5-10	3-10 min	3h	30 min	20	Intervalo QT anormal, hipotensão, tontura, SEP	2B	B
Droperidol + midazolam	10 + 5	15 min	2h	30 min	20/15	Intervalo QT anormal, sedação excessiva, depressão respiratória	2B	B
Flunitrazepam [†]	1-2	2h	18-26h	24h	2	Parada respiratória, sedação excessiva, hipersalivação, tontura, amnésia, sonolência	2B	B
Haloperidol + lorazepam [†]	5 + 2	30 min	18h	1h	15/4	Sedação excessiva, SEP	2B	B
Levomepromazina [†]	12,5-25	20-40 min	30h	6h	100	Intervalo QT anormal, hipotensão, tontura, SEP	2C	B
Clonazepam [†]	1-2	0,5-1h	20-80h	3h	8	Parada respiratória, sedação excessiva, hipersalivação, sonolência, tontura, amnésia	4	C

* Apenas formulações recomendadas estão incluídas. Monitorização de sinais vitais e eletrocardiograma (ECG) são recomendados para pacientes com risco cardíaco elevado ou histórico desconhecido.

[†] Não disponível no Brasil

SEP = sintomas extrapiramidais.

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Fairlax Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

combinado com midazolam^{18,19,32} ou lorazepam²⁰ (Tabela 3). Apesar do alto nível de evidência (1B), é importante ressaltar que combinações de BZD podem causar depressão respiratória e requerer a necessidade de suporte ventilatório³². Portanto, essa estratégia requer cuidado extra e não deve ser usada em ambientes com equipamentos de emergência inadequados (D).

SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO

A decisão de administrar a droga repetidamente em casos de agitação psicomotora deve ser baseada nas características individuais do paciente, sendo, portanto, difícil fazer uma recomendação. Sugerimos que, se necessário, a mesma medicação seja utilizada até que a sua dose máxima diária seja atingida. Então, se for necessário usar medicação adicional, tenta-se uma medicação diferente. Embora não haja estudos no assunto, nada impede a via IM de ser usada, mas se o paciente estiver mais calmo, a via oral pode ser considerada para administração repetida (D).

ENCAMINHAMENTO E ORIENTAÇÃO

Quando o paciente estiver calmo, ele deve ser encaminhado para o atendimento ambulatorial, permanecer na observação ou ser internado. Muito mais importante do que o diagnóstico em si é a avaliação do

risco que o paciente representa para ele e para os outros, além da avaliação da capacidade de autocuidado (D). É importante dedicar tempo à avaliação, pois uma parcela considerável desses pacientes não segue as instruções que recebe e não usa as medicações prescritas. Há uma chance maior de sucesso se as instruções forem compartilhadas com a família (D).

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Brevemente apresentaremos as medidas principais que devem ser tomadas em casos de agitação por intoxicação, transtorno psiquiátrico e *delirium*, bem como em casos de agitação em idosos, gestantes e crianças.

Agitação por intoxicação

Resultados desfavoráveis têm sido relatados na literatura no tocante à segurança de medicações para tranquilização rápida em pacientes com intoxicação aguda por substâncias. Portanto, novos ensaios clínicos e revisões específicas do assunto são necessários. Na presença de abuso de substância conhecida, estando esse abuso relacionado ou não à agitação, cuidados especiais devem ser tomados. Após o uso de drogas que causam depressão do sistema nervoso central, tais como álcool, BZD e opioides, algumas medicações devem ser evitadas por causa do potencial de compor o

Tabela 3 - Medicações IV com melhor nível de evidência para tranquilização rápida em agitação psicomotora* (não recomendamos administração IV devido a questões de segurança)

Medicação	Dose (mg)	Efeitos iniciais (min)	Meia-vida (h)	Pode repetir (min)	Dose máxima em 24h (mg)	Efeitos colaterais	Nível de evidência
Droperidol	2,5-10	3-10	4-6	15	10	SEP, hipotensão, prolongamento de QT	1A
Haloperidol	5	20	12-22	30	20	SEP, hipotensão	1A
Midazolam	2,5-10	5	1,5-2,5	15	-	Hipoventilação requerendo manejo de vias aéreas, hipotensão	1A
Lorazepam	1-4	1-5	10-20	15	10	Hipoventilação requerendo manejo de vias aéreas, hipotensão	2B
Diazepam†	10	1-5	20-80	30	40	Hipoventilação requerendo manejo de vias aéreas, hipotensão	5

* A via IV deve ser usada apenas em locais com equipamentos adequados para suporte cardiorrespiratório. Evitar a administração IV se possível. Evitar administração IV em pacientes com risco cardíaco elevado. Monitoramento de sinais vitais e de eletrocardiograma (ECG) é necessário para pacientes com risco cardíaco elevado ou para aqueles cujo histórico seja desconhecido.

† Exceção: indicação para síndrome de abstinência alcoólica e intoxicação grave por cocaína (D).

SEP = efeitos extrapiramidais.

risco de depressão respiratória^{33,51,52} (D). Recomendamos haloperidol por ter o maior registro de segurança e eficácia e efeitos colaterais mínimos sobre a respiração^{33,51,52} (D). SGA, tais como olanzapina, ziprasidona e risperidona, não foram bem estudados no contexto da intoxicação alcoólica, mas podem representar alternativas razoáveis ao haloperidol para tratamento da agitação nesse contexto^{33,51,52}. Destaca-se a importância de distinguir a agitação secundária a uma intoxicação alcoólica *versus* agitação secundária à abstinência de álcool, já que nos casos de agitação relacionada à abstinência, prefere-se o uso de BZD ao de antipsicóticos^{33,51,52}.

Agitação associada ao delirium

Uma vez que exista a suspeita de *delirium*, a primeira medida a ser considerada é uma avaliação do paciente, a fim de investigar e abordar a causa subjacente do *delirium*. O tratamento da causa orgânica é mais importante que qualquer intervenção medicamentosa; sedação excessiva sem o tratamento apropriado deve ser evitada, visto que a falha em reverter o fator orgânico pode levar à morte. Quando o *delirium* associado com uma anormalidade médica subjacente (por exemplo, hipoglicemia, desequilíbrio eletrolítico ou hipóxia) é a causa provável da agitação, a abordagem mais importante é a correção da condição médica subjacente^{33,51,52}. Se for necessário o controle imediato da agitação em um paciente com *delirium* que não seja devido à abstinência de álcool ou de BZD ou privação de sono, os agentes de escolha são os SGA⁵². Haloperidol e risperidona são também aceitáveis em doses baixas^{33,51,52}. BZD devem ser evitados de maneira geral porque podem exacerbar o *delirium*.

Agitação em idosos

Em idosos, a agitação deve ser presumida como o resultado de *delirium* até que se prove o contrário, especialmente na presença de alterações de atenção, orientação e nível de consciência^{33,51}. Se uma etiologia médica for excluída, o médico deve considerar transtornos afetivos e ansiosos como as causas psiquiátricas mais prevalentes de agitação em idosos^{33,51}. Após uma avaliação adequada da possível etiologia, é recomendado tentar inicialmente todas as estratégias não farmacológicas. Se necessário, prossiga

com intervenções farmacológicas e/ou contenção física, mas com parcimônia e por um curto período de tempo, com revisões frequentes e monitoramento próximo^{33,51}. Um princípio geral para o tratamento farmacológico de agitação psicomotora em idosos é o uso cauteloso de antipsicóticos, a saber: começar com doses baixas e aumentar gradual e lentamente as doses, observar os efeitos da medicação e monitorar de perto a situação clínica, os riscos de queda, sinais de confusão e de sedação excessiva^{33,51}.

Gestação

Há uma falta de estudos avaliando o manejo e o tratamento de agitação psiquiátrica em mulheres grávidas, e frequentemente as coortes são muito pequenas para detectar diferenças significativas entre as opções de tratamento^{33,51}. Considerando a escassez de evidência nesse tópico, tem sido sugerido que os clínicos devem empregar principalmente intervenções verbais em pacientes agitadas gestantes sempre que possível, e quando é requerido o uso de medicação, deve ser utilizada a quantidade de medicação mínima, porém efetiva, para reduzir a agitação e o risco de agressão^{33,51,53}. Se for necessário o uso de medicação, trabalhos anteriores sugeriram haloperidol em monoterapia como primeira linha de tratamento e três agentes como segunda linha: BZD ou risperidona em monoterapia e, com menos aceitação, uma combinação de BZD e FGA^{33,51,53}.

CONCLUSÕES

O uso da evidência científica permite melhor resposta na abordagem da agitação psicomotora. A combinação de medicações deve ser reservada para situações mais graves. Na intoxicação por sedativos, a medicação de escolha é o haloperidol e por estimulantes BZD. Haloperidol e risperidona em doses baixas são opções para o *delirium*. Em idosos, deve-se considerar interações com outras medicações e doses menores. Para gestantes, o uso de haloperidol, risperidona e BZD é uma sugestão.

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

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (IEBMSPI), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

Referências

- Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;9:CD003079.
- Currier GW, Chou JC, Feifel D, Cynthia A Bossie, Ibrahim Turkoz, Ramy A Mahmoud, et al. Acute treatment of psychotic agitation: a randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:386-94.
- Currier GW, Simpson GM. Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:153-7.
- Fang M, Chen H, Li LH, Wu R, Li Y, Liu L, et al. Comparison of risperidone oral solution and intramuscular haloperidol with the latter shifting to oral therapy for the treatment of acute agitation in patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*. 2012;27:107-13.
- Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD005146.
- Nobay F, Simon BC, Levitt MA, Dresden GM. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. *Acad Emerg Med*. 2004;11:744-9.
- Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry*. 2004;185:63-9.
- TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2003;327:708-13.
- Zimbroff DL, Marcus RN, Manos G, Stock E, McQuade RD, Auby P, et al. Management of acute agitation in patients with bipolar disorder: efficacy and safety of intramuscular aripiprazole. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:171-6.
- Isbister GK, Calver LA, Page CB, Stokes B, Bryant JL, Downes MA. Randomized controlled trial of intramuscular droperidol versus midazolam for violence and acute behavioral disturbance: the DORM study. *Ann Emerg Med*. 2010;56:392-401.e391.
- MacDonald K, Wilson M, Minassian A, Vilke GM, Becker O, Tallian K, et al. A naturalistic study of intramuscular haloperidol versus intramuscular olanzapine for the management of acute agitation. *J Clin Psychopharmacol*. 2012;32:317-22.
- Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Braz J Psychiatry*. 2011;33:30-9.
- Mantovani C, Labate CM, Sponholz A Jr, de Azevedo Marques JM, Guapo VG, 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;33:306-12.
- Chouinard G, Annable L, Turnier L, Holobow N, Szkrumelak N. A double-blind randomized clinical trial of rapid tranquilization with I.M. clonazepam and I.M. haloperidol in agitated psychotic patients with manic symptoms. *Can J Psychiatry*. 1993;38 Suppl 4:S114-21.
- Dorevitch A, Katz N, Zemishlany Z, Aizenberg D, Weizman A. Intramuscular flunitrazepam versus intramuscular haloperidol in the emergency treatment of aggressive psychotic behavior. *Am J Psychiatry*. 1999;156:142-4.
- Veser FH, Veser BD, McMullan JT, Zealberg J, Currier GW. Risperidone versus haloperidol, in combination with lorazepam, in the treatment of acute agitation and psychosis: a pilot, randomized,

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

- double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Pract.* 2006;12:103-8.
17. Knott JC, Taylor DM, Castle DJ. Randomized clinical trial comparing intravenous midazolam and droperidol for sedation of the acutely agitated patient in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2006;47:61-7.
 18. Taylor DM, Yap CY, Knott JC, Taylor SE, Phillips GA, Karro J, et al. Midazolam-droperidol, droperidol, or olanzapine for acute agitation: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med.* 2017;69:318-26. e311.
 19. Yap CY, Taylor DM, Knott JC, Taylor SE, Phillips GA, Karro J, et al. Intravenous midazolam-droperidol combination, droperidol or olanzapine monotherapy for methamphetamine-related acute agitation: subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Addiction.* 2017;112:1262-9.
 20. Richards JR, Derlet RW, Duncan DR. Chemical restraint for the agitated patient in the emergency department: lorazepam versus droperidol. *J Emerg Med.* 1998;16:567-73.
 21. Walther S, Moggi F, Horn H, Moskvitin K, Abderhalden C, Maier N, et al. Rapid tranquilization of severely agitated patients with schizophrenia spectrum disorders: a naturalistic, rater-blinded, randomized, controlled study with oral haloperidol, risperidone, and olanzapine. *J Clin Psychopharmacol.* 2014;34:124-8.
 22. Hsu WY, Huang SS, Lee BS, Chiu NY. Comparison of intramuscular olanzapine, orally disintegrating olanzapine tablets, oral risperidone solution, and intramuscular haloperidol in the management of acute agitation in an acute care psychiatric ward in Taiwan. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30:230-4.
 23. Lim HK, Kim JJ, Pae CU, Lee CU, Lee C, Paik IH. Comparison of risperidone orodispersible tablet and intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychotic agitation: a randomized open, prospective study. *Neuropsychobiology.* 2010;62:81-6.
 24. Daniel DG, Currier GW, Zimbroff DL, Allen MMH, Oren D, Manos G, et al. Efficacy and safety of oral aripiprazole compared with haloperidol in patients transitioning from acute treatment with intramuscular formulations. *J Psychiatr Pract.* 2007;13:170-7.
 25. Tran-Johnson TK, Sack DA, Marcus RN, Auby P, McQuade RD, Oren DA. Efficacy and safety of intramuscular aripiprazole in patients with acute agitation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:111-9.
 26. Andrezina R, Josiassen RC, Marcus RN, Oren DA, Manos G, Stock E, et al. Intramuscular aripiprazole for the treatment of acute agitation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a double-blind, placebo-controlled comparison with intramuscular haloperidol. *Psychopharmacology (Berl).* 2006;188:281-92.
 27. Chan HY, Ree SC, Su LW, Chen JJ, Chou SY, Chen CK, et al. A double-blind, randomized comparison study of efficacy and safety of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in patients with schizophrenia and acute agitated behavior. *J Clin Psychopharmacol.* 2014;34:355-8.
 28. Breier A, Meehan K, Birkett M, David S, Ferchland I, Sutton V, et al. A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:441-8.
 29. Wright P, Birkett M, David SR, Meehan K, Ferchland I, Alaka KJ, et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1149-51.
 30. Raveendran NS, Tharyan P, Alexander J, Adams CE, TREC-India II Collaborative Group. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in India: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ.* 2007;335:865.
 31. Suzuki H, Gen K, Takahashi Y. A naturalistic comparison study of the efficacy and safety of intramuscular olanzapine, intramuscular haloperidol, and intramuscular levomepromazine

¹ Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. ² Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. ³ Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. ⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. ⁵ Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. ⁶ Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. ⁷ Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. ⁸ Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. ⁹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. ¹⁰ Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. ¹¹ Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. ¹² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. ¹³ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. ¹⁴ Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. ¹⁵ Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. ¹⁶ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. ¹⁷ Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. ¹⁸ Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. ¹⁹ Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. ²⁰ Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. ²¹ Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. ²² Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. ²³ Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). ²⁴ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ²⁵ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ²⁶ Translational Psychiatry Program, Fairlax Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. ²⁷ Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

- in acute agitated patients with schizophrenia. *Hum Psychopharmacol.* 2014;29:83-8.
32. Chan EW, Taylor DM, Knott JC, Phillips GA, Castle DJ, Kong DC. Intravenous droperidol or olanzapine as an adjunct to midazolam for the acutely agitated patient: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Ann Emerg Med.* 2013;61:72-81.
 33. 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.
 34. Chung AK, Chua SE. Effects on prolongation of Bazett's corrected QT interval of seven second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis. *J Psychopharmacol.* 2011;25:646-66.
 35. Wahidi N, Johnson KM, Brenzel A, de Leon J. Two sudden and unexpected deaths of patients with schizophrenia associated with intramuscular injections of antipsychotics and practice guidelines to limit the use of high doses of intramuscular antipsychotics. *Case Rep Psychiatry.* 2016;2016:9406813.
 36. Acciavatti T, Martinotti G, Corbo M, Cinosi E, Lupi M, Ricci F, et al. Psychotropic drugs and ventricular repolarisation: the effects on QT interval, T-peak to T-end interval and QT dispersion. *J Psychopharmacol.* 2017;31:453-60.
 37. Berling I, Isbister GK. Prolonged QT risk assessment in antipsychotic overdose using the QT nomogram. *Ann Emerg Med.* 2015;66:154-64.
 38. Guy JM, Andre-Fouet X, Porte J, Bertrand M, Lamaud M, Verneyre H. [Torsades de pointes and prolongation of the duration of QT interval after injection of droperidol]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 1991;40:541-5.
 39. Charbit B, Alvarez JC, Dasque E, Abe E, Demolis JL, Funck-Brentano C. Droperidol and ondansetron-induced QT interval prolongation: a clinical drug interaction study. *Anesthesiology.* 2008;109:206-12.
 40. Vandael E, Vandenberg B, Vandenberghe J, Spriet I, Willems R, Foulon V. Development of a risk score for QTc-prolongation: the RISQ-PATH study. *Int J Clin Pharm.* 2017;39:424-32.
 41. Pressler J, Lucking M, Melter M, Gerling S. Nonsustained ventricular tachycardia in a patient with acquired long QT syndrome after levomepromazine injection. *Intensive Care Med.* 2014;40:133-4.
 42. Hasnain M, Vieweg WV. QTc interval prolongation and torsade de pointes associated with second-generation antipsychotics and antidepressants: a comprehensive review. *CNS Drugs.* 2014;28:887-920.
 43. Allen MH, Feifel D, Lesem MD, Zimbroff DL, Ross R, Munzar P, et al. Efficacy and safety of loxapine for inhalation in the treatment of agitation in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2011;72:1313-21.
 44. Kwentus J, Riesenberger RA, Marandi M, Manning RA, Allen MH, Fishman RS, et al. Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial with inhaled loxapine. *Bipolar Disord.* 2012;14:31-40.
 45. Lesem MD, Tran-Johnson TK, Riesenberger RA, Feifel D, Allen MH, Fishman R, et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. *Br J Psychiatry.* 2011;198:51-8.
 46. Allen MH, Debanne M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 2011;168:395-9.
 47. Allen M, Forster P, Zealberg J, Currier G. Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services. Washington: APA; 2002.
 48. Huf G, Coutinho ES, Adams CE, TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic

LEONARDO BALDAÇARA
FLÁVIA ISMAEL
VERÔNICA S. LEITE
RENATA N.S. FIGUEIREDO
LUCAS A. PEREIRA
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT
ALEXANDRE RIZKALLA
CINTIA A. M. PÉRICO
DEISY M. PORTO
CARLOS E. K. ZACHARIAS
ROBERTO M. DOS SANTOS
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR
QUIRINO CORDEIRO
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
TENG C. TUNG
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

- randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2007;335:869.
49. Bieniek SA, Ownby RL, Penalver A, Dominguez RA. A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy*. 1998;18:57-62.
50. MacDonald K, Wilson MP, Minassian A, Vilke GM, Perez R, Cobb P, et al. A retrospective analysis of intramuscular haloperidol and intramuscular olanzapine in the treatment of agitation in drug- and alcohol-using patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:443-5.
51. 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.
52. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:26-34.
53. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Behavioral E. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2.

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, Vafaei 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.