

CARTILHA PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA NO HC UNICAMP

Abordagem prática para o manejo de situações envolvendo agitação psicomotora em situações de urgência/emergência.

Avaliação Geral

Assegurar um ambiente seguro tanto para a equipe quanto para o paciente. Evitar deixar paciente aguardando, verificar uso de substâncias, intoxicação ou abstinência, transtorno psiquiátrico e transtorno orgânico.

Manejo Verbal

- Reduzir estímulos auditivos e visuais.
- Posicionar-se com calma e segurança.
- Usar frases simples e empáticas.
- **Estímulo à narrativa do paciente**, evitando críticas e julgamentos.
- Uso de perguntas abertas para facilitar a expressão dos sentimento.
- Medicação oral **se o paciente for colaborativo** (iniciar com **clonazepam 0,5mg**, podendo repetir em 30 minutos).
- Se paciente não colaborativo e ameaçador ir para “**Manejo Farmacológico**”.

Ambiente Seguro

- Não fique sozinho com o paciente em um local.
- Esteja sempre acompanhado de outro membro da equipe.
- Mantenha as portas abertas de modo a facilitar o seu escape.
- **Evite contato físico com o paciente**, ele poderá interpretar como ameaça ou assédio sexual.

Possíveis Causas

- Quadros psicóticos.
- Síndromes maníacas.
- Intoxicação ou abstinência por drogas
- Síndromes fóbico-ansiosas.
- Agitação no paciente epiléptico e nos traumatismos cranianos, tumores.
- Distúrbios metabólicos: hipo/hiperglicemia, infecções, tireoideopatias, uremia, insuficiência hepática.
- Síndromes psicorgânicas: *delirium*, demência.

Preditores de Comportamento Violento

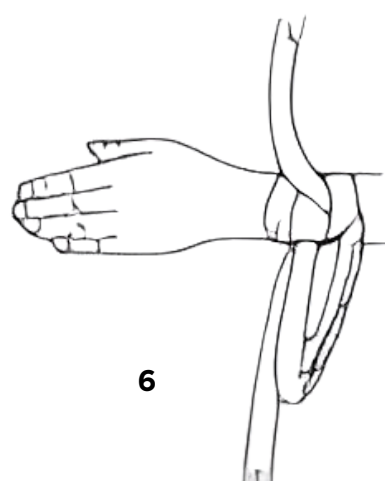
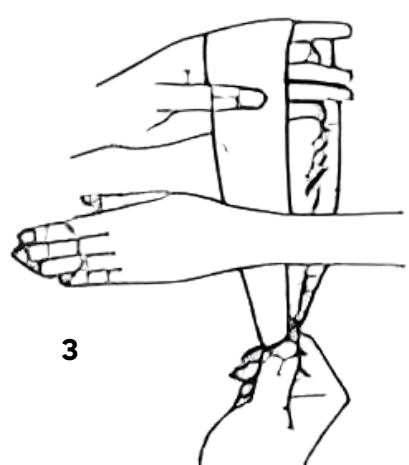
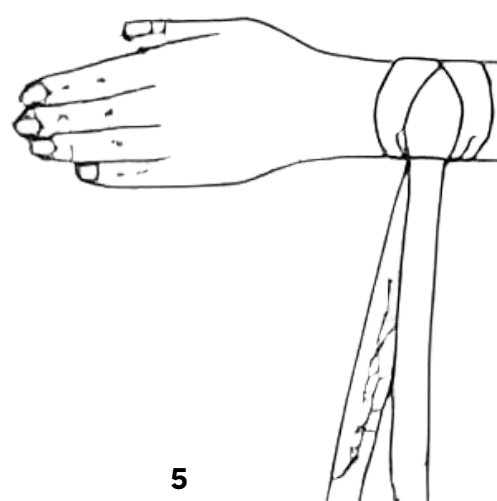
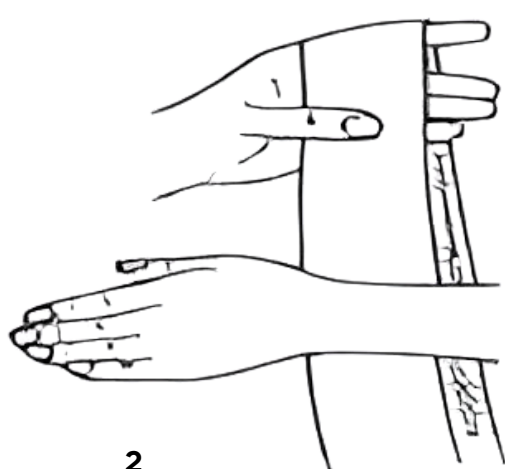
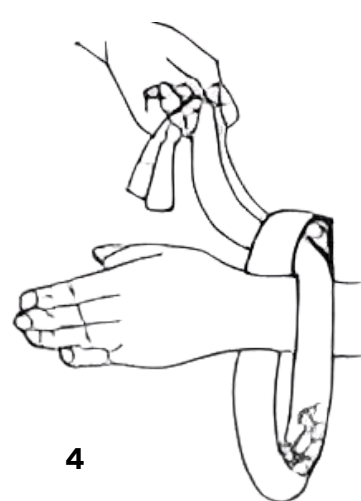
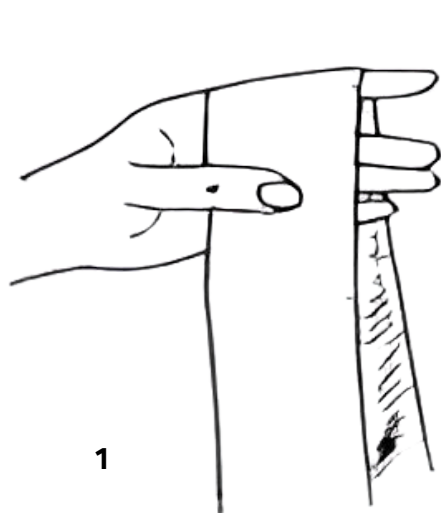
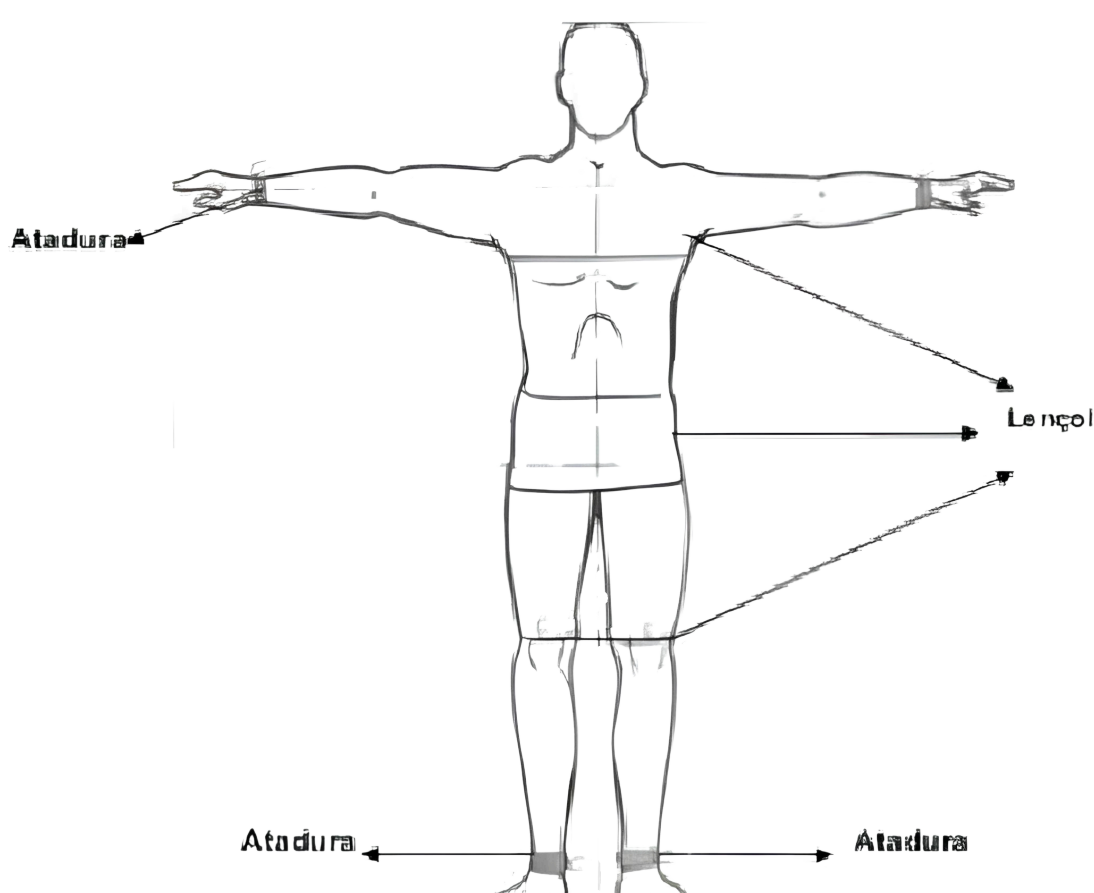
	Hostil	Agressivo	Violento
Postura	Senta-se na beira da cadeira, evita olhar para o examinador; tom de voz elevado ou lacônico.	Não se senta e age de forma intimidadora. Faz ameaças verbais, fala palavrões e fala alto todo tempo.	Anda de um lado para outro. Diz que vai agredir ou acabou de agredir alguém.
Psicomotricidade	Inquieto, tamborila os dedos, aperta as mãos uma contra a outra, morde os lábios.	Quase agitado. Esmurra a parede, gesticula muito. Quebrou objetos em casa.	Agitado. Tem algo nas mãos para se defender ou agredir. Quebra objetos no ambiente.
Humor	Demonstra irritação, falta empatia com o examinador.	Está raivoso. Demonstra ódio de todos.	Está furioso. Demonstra intenção de agir violentamente.
Risco	Alto	Muito alto	Iminente
Conduta	Tentar abordagem amigável e buscar convencer o paciente a se deixar medicar	Tentar diálogo com cautela e interromper a qualquer sinal de piora passando para a conduta do item VIOLENTO.	O sucesso com o diálogo é remoto e o processo de contenção deve ser iniciado.

Nome Genérico	Nome Comercial	Via Oral	Via Parenteral	Diluição	Ação	Atenção
Clonazepam	Rivotril	2,5mg/ml, 0,25mg e 2mg	--	--	GABA	Sonolência Álcool
Midazolam	Dormonid	15mg	5mg/5ml 15mg/3ml 50mg/10ml	IM sem diluição; EV diluir ampola de 15mg/3ml em 07 ml de SFO,9% e administrar conforme tolerância.	GABA	Sonolência Álcool
Diazepam	Valium	5mg e 10mg	10mg/2ml	IM contra indicado; EV sem diluição, lento. Administrar conforme tolerância.	GABA	Sonolência Álcool
Haloperidol	Haldol	2mg/ml, 1mg e 5mg	5mg/ml	IM sem diluição.	Antagonista Dopaminérgico	Alongamento intervalo QT; efeitos extrapiramidais.
Zuclopentixol	Clopixol Acuphase	10mg e 25mg	50mg/ml	IM sem diluição.	Antagonista Dopaminérgico	Alongamento intervalo QT; efeitos extrapiramidais.
Prometazina	Fenergam	25mg	50mg/2ml	IM sem diluição.	Anticolinérgico, anti-histamínico e anti-emético	Sonolência Álcool
Dexmetomidina	Precedex	---	200mcg/2ml	Ampola de 100mcg/ml: 2 ampolas de 2ml + 96ml SFO,9% em BIC 5ml/h ; aumentar velocidade conforme tolerância.	Agonista alfa-2	Bradicardia Hipotensão



Manejo Físico

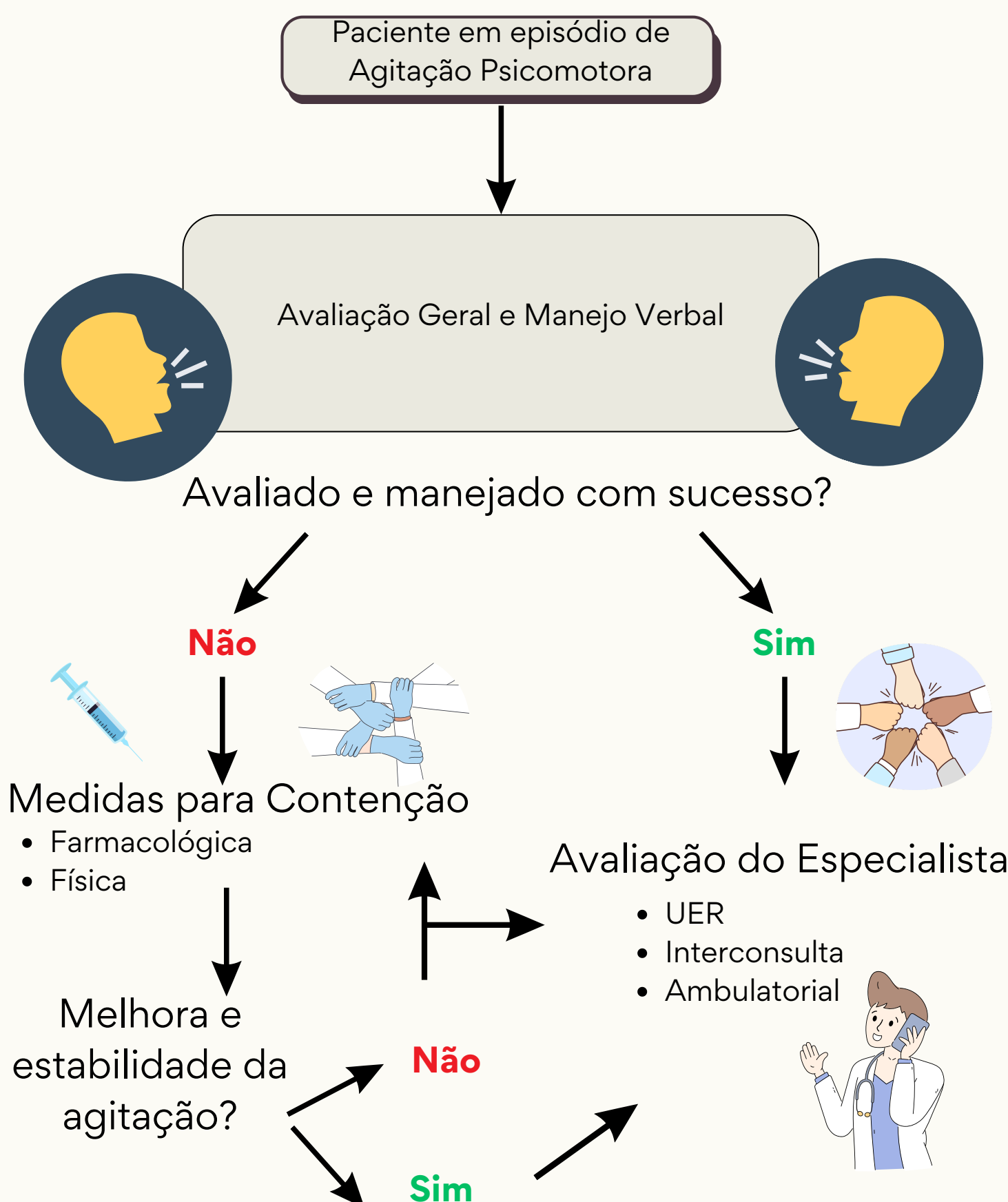
- Reunir equipe e reforçar os papéis estabelecidos durante atendimento, ou seja, quem ficará coordenando; quem irá conter cada membro do paciente; deixar **faixas próprias para contenção**.
- Retirar outros pacientes da área.
- Comunicar a conduta ao paciente, explicando os motivos e salientando a necessidade de proteção do indivíduo e de terceiros. **A presença do time como um todo desestimula reações de resistência.**
- Manter o paciente no seu campo de visão (**não dar as costas para o paciente**).
- Não conter mecanicamente sem o recurso **imediato** das medicações.
- Administrar medicação - vide “**Manejo Farmacológico**” acima.
- Checar constrições de 30 em 30 minutos, **verificar fluxo sanguíneo nas extremidades**.
- Convocar familiar ou responsável se estiver ausente e explicar necessidade de contenção.
- Se alocação do paciente em ambulatórios, encaminha-lo com médico para **Unidade de Emergência Referenciada - UER**.



Retirada da Contenção

- Iniciar com liberação de contenção torácica.
- Evoluir para soltura de um membro inferior de cada vez e dos **membros superiores por último**.
- Aguardar 15 minutos entre liberações.
- Reavaliar sempre necessidade de retomar a contenção.

Fluxograma de Atendimento da Agitação Psicomotora no HC UNICAMP



Contatos Úteis



- UER Psiquiatria - Ramal 18773



- Interconsulta Psiquiatria - Enfermarias e Ambulatório

- Enfermaria de Psiquiatria - Ramal 17141 ou 17427

- SAMU 192 - Ambiente Extra Hospitalar



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Botega, Neury José. Crise suicida: Avaliação e manejo. 2ª edição. Artmed Editora, 2023.

[2] Botega, Neury José. Prática psiquiátrica no hospital geral. 3ª edição

[3] Manual de Processos de Trabalho. 2ª edição 2016 - FCM UNICAMP

[4] Wong, Ambrose H et al. Design and implementation of an agitation code response team in the emergency department.

Injury prevention, 2021. <https://doi.org/10.106/j.annemergmed.2021.10.013>

[5] Schmidt, Rodrigo F C. Contenção do paciente agitado no departamento de emergência. Jornal Brasileiro de medicina de emergência, 2021;1(2):e21011. DOI: <https://10.54143/jbmede.v1i2.38>

[6] Baldaçara, Leonardo et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach, 2019;41(2):153-167. DOI: <https://10.1590/1516-4446-2018-0163>

[7] Baldaçara, Leonardo et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach, 2019;41(4):324-335. DOI: <https://10.1590/1516-4446-2018-0177>

[8] Huf, Gisele et al. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. BMJ. 2007 Oct 27;335(7625):869.