

## Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida

*Psychiatric emergencies: psychomotor agitation management and suicide risk assessment*

Cristina Marta Del-Ben<sup>1</sup>, Alcion Sponholz-Junior<sup>2</sup>, Célia Mantovani<sup>3</sup>, Maria Clara de Morais Faleiros<sup>2</sup>, Gabriel Elias Correa de Oliveira<sup>2</sup>, Vinicius Guandalini Guapo<sup>2</sup>, João Mazzoncini de Azevedo Marques<sup>4</sup>

### RESUMO

O objetivo deste artigo é a apresentação de diretrizes e protocolos de avaliação de condições frequentemente observadas em contexto de emergências psiquiátricas, a saber; manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. As peculiaridades da interação entre serviços de emergências psiquiátricas e rede de saúde mental e do diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico também são brevemente discutidas. Com base em evidências científicas associadas à experiência clínica dos autores, são apresentadas as habilidades e competências necessárias para o manejo de emergências em psiquiatria, com ênfase em técnicas de entrevista psiquiátrica, abordagem atitudinal/comportamental e intervenções farmacológicas.

**Palavras-chave:** Medicina de Emergência. Psiquiatria. Unidade Hospitalar de Psiquiatria. Diagnóstico Diferencial. Agitação Psicomotora. Suicídio.

### ABSTRACT

The objective of this article is to present guidelines and assessment protocols of frequently observed conditions in the context of psychiatric emergencies, namely, management of agitation and evaluation of suicide risk. The peculiarities of the interaction between psychiatric emergency and mental health services and the differential diagnosis of first-episode psychosis are briefly presented. Based on scientific evidence associated with our clinical experience, we discuss the skills and competencies needed for the management of emergencies in psychiatry, with emphasis on psychiatric interview techniques, attitudinal/ behavioral approach and pharmacological interventions.

**Keywords:** Emergency Medicine. Psychiatry. Psychiatric Department, Hospital. Diagnosis, Differential. Psychomotor Agitation. Suicide.

1. Docente, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP-USP
2. Médico(a) Assistente do Hospital das Clínicas da FMRP-USP
3. Clinical Assistant Professor, College of Osteopathic Medicine, University of New England, Maine, USA.
4. Docente, Departamento de Medicina Social da FMRP-USP

CORRESPONDÊNCIA  
Cristina Marta Del-Ben  
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP  
Av. Bandeirantes, 3900  
CEP: 14049-900 - Ribeirão Preto/SP

Recebido em 08/02/2016  
Aprovado em 22/08/2016

## Introdução

Emergências psiquiátricas podem ser definidas como alterações agudas do pensamento, do humor, do comportamento ou das relações sociais que requerem uma intervenção médica imediata, devido à possibilidade de evolução rápida para um resultado deletério.<sup>1</sup> Entre os possíveis resultados negativos incluem-se sofrimento psíquico significativo, perda da autonomia, comprometimento do papel social e risco potencial ou evidente à integridade psíquica e física do indivíduo ou de outras pessoas.

Dentro desta conceituação ampla, são várias as condições médicas que podem levar à necessidade de avaliação e intervenção psiquiátrica de emergência. Neste artigo, são discutidas as condições mais frequentemente observadas em emergência psiquiátrica, no contexto de políticas públicas de saúde, particularmente agitação psicomotora e risco de suicídio.<sup>2</sup> As peculiaridades da interação entre serviços de emergências psiquiátricas e rede de saúde mental e do diagnóstico diferencial de primeiro episódio de transtorno mental também serão brevemente discutidas. Para atingir esses objetivos, serão apresentados os protocolos clínicos instituídos no Serviço de Manejo Integrado de Psiquiatria de Emergência, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Trata-se de serviço de emergências psiquiátricas de referência, cobrindo uma população de aproximadamente 1.300.00 habitantes. Embora seja um serviço universitário, está completamente inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), portanto subordinado a sistemas de regulação de encaminhamento para admissões psiquiátricas e em leitos de emergência. Atua como retaguarda para os serviços extra-hospitalares e participa ativamente na tomada de decisões relativas ao encaminhamento para internações psiquiátricas mais prolongadas.<sup>3</sup>

## Organização da assistência em emergências psiquiátricas

Tendo-se em vista que frequentemente serviços de emergência são a porta de entrada do paciente na rede de atenção à saúde, as funções de serviços de emergências psiquiátricas não devem

se limitar apenas ao manejo da situação que motivou o atendimento de emergência. Entre essas funções incluem-se a caracterização de aspectos diagnósticos, etiológicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente, a instituição e/ou adequação do tratamento da condição psiquiátrica de base e a inserção definitiva do paciente na rede pública de serviços de saúde mental.

A avaliação psiquiátrica de emergência tem algumas peculiaridades e, em alguns aspectos, difere das avaliações feitas em consultas eletivas. O tempo para a avaliação de emergência, em geral, é limitado, devido às próprias características clínicas do paciente em situação de emergência, que exige tomada de decisão e intervenções rápidas. Portanto, a entrevista psiquiátrica na situação de emergência acaba sendo uma entrevista dirigida, na qual o médico deve buscar ativamente por informações sobre o motivo de procura de atendimento naquele momento e ao mesmo tempo caracterizar sinais e sintomas que permitam a elaboração do diagnóstico de base.

A objetividade na avaliação visa, fundamentalmente, o controle da situação de risco que trouxe o paciente para atendimento de emergência e o estabelecimento do diagnóstico e a terapêutica adequada com a maior brevidade possível. No entanto, é importante realçar que avaliação com agilidade não significa ausência de observação do paciente. Uma única avaliação, em corte transversal, não permite o estabelecimento de diagnóstico e conduta consistentes. Além disso, algumas horas de permanência do paciente no serviço favorecem a observação da evolução de sintomas, caracterização mínima de suporte social, verificação de resposta terapêutica inicial e a observação da ocorrência de possíveis efeitos adversos. Por outro lado, esse período de observação não deve se estender excessivamente, tendo-se em vista a alta demanda assistencial, inerente a serviços de emergência e a consequente necessidade de alta rotatividade.

Um exemplo da vantagem de um período relativamente curto de observação é o estabelecimento de um diagnóstico mais preciso. Em um estudo realizado em nosso serviço,<sup>4</sup> observamos que os diagnósticos levantados na admissão de pacientes em primeiro surto psicótico apresentavam uma baixa concordância com o diagnóstico considerado como padrão ouro em psiquiatria (observação lon-

gitudinal, com diagnóstico obtido por meio de entrevista padronizada, baseado em avaliações sucessivas e elaborado por profissionais experientes). Já o diagnóstico final obtido após um período de internação de 24 a 48 horas no serviço de emergência apresentou boa estabilidade, com uma boa concordância com o diagnóstico longitudinal.

Outra vantagem de um período mínimo de observação no serviço de emergência é a possibilidade de evitarmos internações psiquiátricas prolongadas desnecessárias, reservando as internações em hospital psiquiátrico e em enfermarias psiquiátricas em hospital geral para casos que realmente necessitem de períodos mais longos de internação. Nós avaliamos todas as internações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto, num período de sete anos (1998 a 2004) e observamos que 38% das admissões psiquiátricas se resolveram em um período curto, em torno de 24 horas, na própria sala de emergência, mesmo com um número reduzido de leitos, em comparação com o hospital psiquiátrico tradicional e com as enfermarias em hospital geral.<sup>5</sup> Obviamente, isso só é possível se a rede de serviços extra-hospitalares for eficiente no sentido de absorver rapidamente os pacientes egressos do serviço de emergência e oferecer cuidados intensivos e individualizados para pacientes agudos. Mais recentemente, nós demonstramos que internações de curta duração (um a dois dias) não se associam com risco de readmissões precoces,<sup>6</sup> o que reforça a utilidade de internações breves no manejo de quadros psiquiátricos agudos.

## Diagnóstico em contexto de emergências psiquiátricas

Sinais e sintomas psiquiátricos podem ser manifestações de uma ampla gama de condições médicas que não necessariamente um transtorno mental primário. Portanto, durante um atendimento psiquiátrico de emergência o médico deve se manter constantemente atento para essa possibilidade e buscar ativamente informações relevantes para o diagnóstico diferencial. Importante ressaltar aqui que não se espera que o médico memorize as listas infundáveis de possíveis diagnósticos diferenciais disponíveis em livros textos. O importante é estabelecer uma rotina para o desenvolvimento do raciocínio clínico, de maneira a garantir que infor-

mações relevantes para o diagnóstico diferencial sejam sistematicamente obtidas.<sup>7</sup>

A avaliação inicial deve ser encarada como um diagnóstico sindrômico, sendo a sua confirmação dependente da exclusão de outras condições médicas e/ou do uso de substâncias psicoativas.

O diagnóstico diferencial é particularmente relevante à época da ocorrência das primeiras manifestações psiquiátricas, mas não podemos nos esquecer que indivíduos com diagnóstico psiquiátrico estabelecido de longa data também podem apresentar outras condições médicas que se instalam após o estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico primário. Em nosso serviço, para garantir que esse raciocínio clínico seja aplicado rotineiramente, estabelecemos um protocolo de avaliação de diagnóstico diferencial, que se encontra detalhado no quadro 1.

A investigação de outra condição médica deve ser feita rotineiramente, mas existem alguns indícios que reforçam a necessidade de aprofundamento nesta investigação. Entre esses indicadores podem ser citados: a) ocorrência de sinais e sintomas físicos imediatamente antes ou concomitantemente às manifestações psiquiátricas; b) manifestações sintomatológicas atípicas; c) idade de início atípica; d) má resposta ao tratamento medicamentoso inicial.

O uso de substâncias psicoativas é uma comorbidade frequente com os transtornos mentais. As classificações diagnósticas atuais destacam que para que a manifestação psiquiátrica seja considerada como primária é necessário um período de pelo menos um mês entre a interrupção do uso da substância e início dos sintomas psiquiátricos. Nem sempre é possível estabelecer com clareza a relação temporal ente padrão de uso da substância psicoativa e início/evolução/remissão dos sintomas psiquiátricos, especialmente em um corte transversal, como costuma ser a avaliação de emergência. A desorganização de pensamento do paciente em episódio psicótico agudo pode, por exemplo, influenciar na qualidade das informações por ele fornecidas. Além disso, admitir abertamente o uso de substância ilícitas, nos primeiros contatos com o examinador, pode ser constrangedor para o paciente e seus familiares. Em função disso, estabelecemos a rotina de solicitar exames de triagem para a averiguação de uso de maconha e cocaína, sempre com a anuência do paciente

### **Quadro 1: Diretrizes para diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico\***

1. Colher dados da história da moléstia atual, usando todas as fontes de informação possíveis, com ênfase na caracterização detalhada de sinais e sintomas, início, gravidade e evolução.
2. Buscar ativamente informações sobre uso de substâncias psicoativas e medicamentos. Caracterizar padrão de uso, frequência, quantidade.
3. Buscar ativamente informações sobre queixas clínicas e neurológicas. Realizar Interrogatório dos Diversos Aparelhos (IDA).
4. Buscar informações relevantes sobre antecedentes pessoais e familiares.
5. Buscar informações sobre ocorrência de eventos vitais ou estressores e estabelecer possível relação temporal com o início dos sintomas.
6. Realizar exame do estado mental.
7. Realizar exame físico, incluindo exame neurológico sumário.
8. Solicitar exames complementares.
9. Aplicar escalas padronizadas para a avaliação da presença e gravidade dos sintomas.
10. Discutir o caso com o supervisor, levantar a(s) hipótese(s) diagnóstica(s) inicial(is) e instituir terapêutica inicial, se for o caso.
11. Registrar as informações obtidas no prontuário médico e no protocolo clínico de avaliação de primeiro episódio psicótico.
12. Checar resultados de exames complementares. Verificar a necessidade de rever a impressão diagnóstica inicial, solicitar avaliação de outras especialidades, solicitar novos exames, ou reformular a terapêutica instituída. Registrar as informações obtidas no prontuário médico/protocolo de clínico de avaliação de primeiro episódio psicótico.
13. Manter o paciente em observação no serviço, por pelo menos 24 horas, com pelo menos 2 avaliações diárias.
14. Decidir, em conjunto com o supervisor, pelo encaminhamento adequado, tendo em vista a resposta clínica à terapêutica inicial, presença de comorbidades, suporte social e características dos serviços disponíveis na rede. Informar ao paciente e seus familiares sobre a proposta terapêutica e seguimento.
15. Aplicar escalas de avaliação de gravidade de sintomas no momento da alta do serviço.
16. Registrar no prontuário médico/protocolo clínico de avaliação de primeiro episódio psicótico as informações relativas ao momento de alta (diagnóstico definitivo, conduta terapêutica, encaminhamento e gravidade de sintomas).

\*Serviço de Manejo Integrado de Psiquiatria de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

e/ou de seu familiar, e independentemente da história de uso de substâncias psicoativas.

Também temos como rotina a solicitação de exames complementares de triagem. Entre esses exames estão incluídos: hemograma completo, glicemia de jejum, eletrólitos (sódio e potássio), avaliação de funções renal (ureia e creatinina), hepática (transaminases, tempo de atividade da protrombina) e tireoidiana (hormônio estimulante da tireóide), *screening* para doenças imunológicas (fator antinuclear), sorologia para HIV e sífilis e exame de neuroimagem cerebral. Caso sejam detectadas al-

terações nesses exames de triagem, a avaliação é aprofundada, de acordo com hipóteses formuladas e em conjunto com a respectiva especialidade médica.

### **Avaliação de risco suicida**

O suicídio representa um sério problema de saúde pública. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o suicídio está entre as dez causas mais frequentes de óbito e ocupa a terceira posição entre as causas mais frequentes de morte na popu-

lação de 15 a 44 anos de idade. Além disso, os índices de suicídio cresceram significativamente nas últimas cinco décadas, particularmente em população mais jovens. A taxa mundial de suicídio gira em torno de 16 por 100 mil habitantes, o que representaria uma morte por suicídio a cada 40 segundos. A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil é estimada em 4,1 por 100 mil habitantes.<sup>8</sup>

Muitas pessoas que tentam o suicídio requerem atenção médica, e contato com serviços de saúde é uma oportunidade para a detecção de risco de suicídio e um encaminhamento para tratamento especializado. Isto é particularmente relevante em situações de emergência, onde uma parcela significativa das pessoas que tentam suicídio recebem os primeiros cuidados. No entanto, as rotinas relativas à avaliação psiquiátrica de tentativas de suicídio pode variar consideravelmente de um serviço de emergência para outro. Por exemplo, uma pesquisa com 223 departamentos de emergência da Califórnia constatou que menos da metade dos serviços contavam com um profissional de saúde mental para a avaliação de pacientes admitidos por tentativas de suicídio, e só um quarto dos serviços tinha a possibilidade de uma internação psiquiátrica em leitos próprios.<sup>9</sup> Em países de baixa e média renda, a situação pode ser ainda pior. Um estudo realizado em salas de emergência de 8 países de baixa/média renda mostrou que, em metade dos serviços de emergência estudados, menos de um terço dos pacientes admitidos por tentativa de suicídio foi encaminhada para posterior avaliação e acompanhamento em serviços de saúde.<sup>10</sup>

Até recentemente, o suicídio não era encarado como um problema de saúde pública no Brasil, provavelmente obscurecido pelas altas taxas de mortalidade por homicídio e acidentes de trânsito que ainda vigoram no país. No entanto, de 1998 a 2008, houve um aumento de 33,5% no número total de mortes por suicídio no Brasil,<sup>11</sup> o que reforça a necessidade de políticas públicas para a prevenção de mortes por suicídio. Estes números podem ser ainda maiores em função da subnotificação e da má qualidade das informações contidas nas declarações de óbito encontradas em algumas áreas do país.

Apesar dessas possíveis subnotificações, o suicídio é a terceira causa externa de morte no Brasil. Além disso, quase 20% das mortes por causas externas (de um total de 143,256 em 2010, [\[/tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm\]\(http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm\)\) são registrados com base apenas no mecanismo de morte e não na intenção \(ou seja, “quedas e afogamentos”\), tornando ainda mais difícil verificar os números reais de mortes por suicídio no país.](http://</a></p></div><div data-bbox=)

Em estudo concluído recentemente,<sup>12</sup> nós confirmamos a gravidade das tentativas de suicídio em nosso meio. Em um período de dois anos, 4,7% dos pacientes admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP por tentativa de suicídio foram a óbito durante a internação. Entre os sobreviventes, de um total de 258 pacientes, dez (3,9%) foram a óbito, nos dois anos subsequentes à alta hospitalar, sendo três por suicídio confirmado, dois por acidente, um por homicídio e quatro por condições clínicas. Ademais, 24 pacientes (9,3%) fizeram nova tentativa de suicídio grave o suficiente para justificar o atendimento em hospital de emergência de referência.<sup>12</sup>

De acordo com as rotinas da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, todos os pacientes admitidos devido a uma tentativa de suicídio devem ser submetidos à uma avaliação psiquiátrica. Essas orientações também se aplicam para as decisões relativas à regulação e encaminhamento de pacientes com ideiação suicida.<sup>13</sup>

### **Entrevista médica para avaliação de risco suicida**

A abordagem de um paciente para avaliação de risco de suicídio pode representar um grande desafio para o médico, haja vista os estigmas morais e religiosos que o tema, infelizmente, ainda carrega. O médico deve, inicialmente, garantir que seus valores pessoais não interfiram no seu julgamento clínico e manter a neutralidade e acolhimento exigidos pela situação. O examinador deve demonstrar empatia, tranquilidade e seriedade durante a entrevista. Deve ser continente e evitar comentários críticos, reprovações ou julgamentos morais e religiosos.

É importante enfatizar que, ao contrário do que prega o senso comum, falar sobre suicídio não tem a capacidade de induzir comportamento suicida. O que se sabe de fato é que o efeito, em geral, é o contrário; o paciente se sente aliviado em poder tratar de um assunto tão delicado e carregado de preconceitos com um profissional de saúde genuinamente interessado em ajudá-lo.

A avaliação deve ser conduzida com privacidade e em ambiente confortável e acolhedor que permita o exame aprofundado do problema. A abordagem deve ser clara, direta e, ao mesmo tempo, interessada e acolhedora. Alguns exemplos de questões que facilitam a abordagem inicial da possível intenção suicida incluem: "você tem enfrentado tantas dificuldades, que em alguns momentos você imagina que seria melhor morrer?"; "as coisas estão tão ruins para você, que você tem desejado estar morto?"; "você já pensou em fazer alguma coisa contra si mesmo?". No caso de respostas afirmativas para essas questões iniciais, faz-se necessária uma abordagem um pouco mais direta do tema, com perguntas mais objetivas, como: "você pensa em tirar a própria vida?", "você já imaginou maneiras de se matar?", "você faz planos para cometer suicídio?".

A avaliação de risco suicida visa, basicamente: a) identificar a existência de ideiação/planejamento suicida atual; b) caracterizar a gravidade de tentativas anteriores e da ideiação suicida atual; c) identificar fatores de risco e fatores protetores; d) caracterizar o suporte social; e) identificar a existência de diagnóstico psiquiátrico de base; f) instituir terapêutica inicial para as condições de base; e g) garantir a inserção do paciente em serviços de saúde mental.

O roteiro de entrevista para avaliação de risco suicida utilizado em nosso serviço está detalhado no Quadro 2. A entrevista deve se iniciar por questões relacionadas a dados demográficos e ao suporte social. O objetivo dessa estratégia é estabelecer o contato inicial com o paciente por meio de questões menos específicas, que não gerem ansiedade, de maneira a facilitar o estabelecimento de um vínculo de confiança entre o paciente e o médico antes que o tema suicídio propriamente dito seja abordado.

Em seguida, é feita a caracterização de tentativas de suicídio anteriores considerando-se o meio utilizado, a comunicação da intenção suicida, a tomada de precauções para não ser impedido ou encontrado e eventuais pedidos de ajuda. Também são avaliados os fatores de risco e protetores, que nortearão a tomada de decisão relativa ao encaminhamento mais adequado no momento da alta do hospital de emergências.

## Avaliação de fatores de risco

Os extremos de idade (jovens e idosos) constituem grupos de maior risco de morte por suicídio. Risco este que, associado a um suporte social frágil, pode chegar a ser oito vezes maior que em outras faixas etárias.

Embora tentativas de suicídio sejam mais frequentes entre mulheres, morte por suicídio é mais comum em homens, com uma estimativa mundial de 24 suicídios consumados para cada 100 mil homens e de 6,8 para cada 100 mil mulheres. Uma possível explicação para esta diferença entre os gêneros diz respeito ao método utilizado: homens tendem a preferir métodos mais violentos como arma de fogo e enforcamento, enquanto mulheres optam mais frequentemente por intoxicação medicamentosa.

Outros fatores de risco incluem extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residência em áreas urbanas, ausência de vínculos afetivos, incluindo-se conjugais e familiares, insatisfação ou fracasso profissional e ausência de religião.

Alguns mitos como "*quem quer se matar mesmo, não fica só tentando*" ou "*quem fica ameaçando, geralmente não se mata*" são fortemente arraigados na população geral, mas dados epidemiológicos contrariam a crença de que tentativas "frustradas" representariam um baixo risco de suicídio. Na verdade, estudos provenientes de diferentes partes do globo mostram que indivíduos com uma tentativa de suicídio anterior, têm um aumento significativo do risco de morrer por suicídio, quando comparados à população geral. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam pelo menos 20 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados e tentativas de suicídio são considerados como o melhor preditor da ocorrência de novas tentativas de suicídio ou de morte por suicídio. Aproximadamente 2% das pessoas que tentam suicídio morrerem por suicídio no ano seguinte à tentativa, sendo que este risco aumenta progressivamente com o decorrer dos anos que se seguem à tentativa.<sup>8</sup>

Mais de 90% das pessoas que cometem suicídio apresentam um transtorno psiquiátrico no momento da morte. Entre os mais comuns estariam os transtornos do humor, transtornos relacionados ao uso de substâncias, esquizofrenia e transtornos da personalidade. Portanto, a investigação

## **Quadro 2: Roteiro de entrevista para avaliação de risco suicida\***

---

1. Dados demográficos
  - Idade, sexo, cor referida, estado civil, procedência, escolaridade
2. Suporte social
  - Com quem mora? (Família, amigos, sozinho, instituição)
  - Tem filhos? Se sim, quantos? Quais idades? Características do relacionamento.
  - Tem renda pessoal. Se sim, descrever. Se não, como se sustenta?
  - É profissionalmente ativo? Se sim, qual a profissão/ocupação? Se não, há quanto tempo está inativo, por que razões, qual e quando foi o último emprego?
  - Tem religião? Se sim, descrever (tipo de religião e características da prática religiosa, hábito de frequentar cultos/ missas).
  - Tem atividades sociais/ de lazer? Se sim, descrever.
3. Caracterização da tentativa de suicídio
  - Método utilizado (medicações, venenos, arma de fogo, arma branca, enforcamento, precipitação de local elevado, etc).
  - Comunicou a intenção suicida antes da tentativa? (Não comunicou, comunicação duvidosa, comunicação clara). Descrever.
  - Tomou precauções para evitar que alguém o impedisse? (Nenhuma precaução, precauções duvidosas, precauções claras). Descrever.
  - Tomou precauções para que alguém o encontrasse após a tentativa? (Nenhuma precaução, precauções duvidosas, precauções claras). Descrever.
  - Buscou ativamente ajuda após a tentativa? Se sim, descrever.
  - Tem tentativas anteriores? Se sim, número. Data da tentativa anterior, método utilizado.
4. Tratamento psiquiátrico atual
  - Se sim, serviço e tempo de seguimento, Tipo de tratamento/medicações em uso, diagnóstico referido.
5. Presença de condição de saúde dolorosa ou incapacitante
  - Se sim, descrever.
6. Uso atual de substâncias psicoativas
  - Se sim, descrever.
7. Estressores psicossociais atuais (problemas de vida)
  - Se sim, descrever.
8. História de suicídio na família?
  - Se sim, descrever.
9. Avaliação do quadro psiquiátrico atual
  - Diagnóstico psiquiátrico inicial e conduta inicial.
10. Risco suicida atual
  - Se sim, discriminar se ideias recorrentes de morte, ideação suicida e planejamento suicida. Descrever.
  - Tem suporte social? Descrever.
  - Tem acesso a meios letais? (Medicações, venenos, arma de fogo, mora em local elevado, mora em local isolado, etc). Se sim, descrever.
  - Tem risco profissional (profissionais de saúde, policiais, outros). Se sim, descrever.
  - É receptivo a tratamento em Saúde mental? Descrever.
  - Há disponibilidade do tratamento indicado? Descrever.

---

\*Serviço de Manejo Integrado de Psiquiatria de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

sistemática sobre a presença de um diagnóstico psiquiátrico de base é fundamental na avaliação de pacientes com ideação/tentativas de suicídio.

Também devem ser investigados o estado de saúde geral do paciente e a presença de condições médicas, principalmente as incapacitantes ou de mau prognóstico, que podem estar presentes em uma parcela significativa dos pacientes que cometem suicídio.

Uma história familiar de suicídio consumado representa um fator de risco duas vezes maior que na população geral. Incidem sobre este fator de risco aspectos genéticos e também de modelagem comportamental.

A acessibilidade a meios potencialmente letais também é um fator de risco a ser avaliado. A presença de arma em casa ou no local de trabalho, receber prescrição de medicações com potencial tóxico em quantidades elevadas, acesso facilitado a venenos ou residir em apartamentos sem tela de proteção constituem risco de suicídio elevado.

### **Determinação do risco suicida**

Embora os estudos epidemiológicos apontem para algumas associações significativas, nenhum fator de risco isoladamente ou em associação a outros fatores apresenta sensibilidade ou especificidade suficientes para discriminar com precisão aqueles que vão ou não tentar suicídio. Portanto, o julgamento clínico da gravidade do quadro como um todo, baseado na história clínica completa, é fundamental para a determinação do risco suicida.

Este julgamento clínico, deve basear-se em três componentes: a) identificação de fatores de risco; b) caracterização da urgência, baseada na gravidade da ideação/planejamento e intencionalidade suicida; c) caracterização da periculosidade de uma possível tentativa, baseada na acessibilidade e letalidade dos meios.<sup>14</sup>

A classificação da urgência se divide em: a) baixa, caracterizada pela ocorrência de ideação suicida, mas sem planejamento específico e com baixa intencionalidade, onde o paciente ainda consegue encontrar outras alternativas para lidar com seu sofrimento; b) média, caracterizada pela ocorrência de planos suicidas factíveis, mas o paciente projeta a ação no futuro, caso a situação de crise não se modifique favoravelmente; c) alta, caracterizada por planejamento claro e intencionalidade de levar a cabo o suicídio nas próximas horas ou dias.

O nível de periculosidade a si próprio considera o grau de letalidade dos meios à disposição do paciente (p. ex: medicações, venenos, armas de fogo) e o grau de acessibilidade do paciente a estes meios (p. ex: em casa ou no local de trabalho). Desta forma, o nível de periculosidade também pode ser considerado baixo, médio ou alto. Aqui vale destacar que intrinsecamente algumas profissões permitem maior acesso à meios letais, e, portanto, aumentam a periculosidade da possível tentativa. Estão neste grupo – por exemplo – policiais, bombeiros e profissionais de saúde.

A avaliação simultânea destes três diferentes componentes pode ajudar o médico a ter uma estimativa rápida, e com base em elementos simples, do risco suicida. Essa estimativa norteará a decisão quanto à conduta imediata a ser estabelecida.

Pacientes com ideação/planejamento suicida devem sempre ser encaminhados para reavaliação e seguimento em serviços de saúde mental. Pacientes com risco suicida considerado baixo podem ser encaminhados para seguimento em serviços extra-hospitalares, mas é fundamental que seja garantida a admissão rápida no serviço, com possibilidade de consultas frequentes e disponibilidade para atendimentos não agendados.

Pacientes com risco considerado médio também podem ser encaminhados para seguimento extra-hospitalar, desde que sejam atendidas algumas condições, tais como: a) disponibilidade de suporte familiar capaz de manter acompanhamento constante nas 24 horas; b) comprometimento em iniciar tratamento psiquiátrico disponível; e c) estabelecimento de um “contrato de vida”, que se caracteriza pelo compromisso sincero e empático por parte do paciente de não tentar suicídio e de procurar atendimento de emergência ou ajuda caso perceba agravamento da ideação suicida.

Todas as outras situações que não preenchem os critérios acima são consideradas situações de alta gravidade e devem ser encaminhadas para acompanhamento em ambiente protegido (internação hospitalar).

### **Agitação psicomotora**

Agitação psicomotora pode ser definida como uma atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão, observada por meio de manifestações clínicas caracterizadas por fala



provocativa e ameaçadora, tensão muscular, hiperatividade, impaciência, desconfiança, entre outras.

Comportamento agitado ou agressivo não é uma particularidade de nenhuma condição médica específica e, portanto, implica em uma ampla investigação do diagnóstico diferencial. Alguns transtornos mentais como esquizofrenia e episódio maníaco, nos quais os distúrbios do pensamento e do humor resultam numa percepção alterada da realidade, podem cursar com períodos de agitação psicomotora ou violência. Nos transtornos de personalidade, a baixa tolerância à frustração e o controle pobre de impulsos também podem levar a comportamento violento. Intoxicação por substâncias psicoativas (mais frequentemente álcool, maconha, cocaína e anfetaminas), bem como pacientes em síndrome de abstinência alcoólica podem apresentar agitação ou comportamento violento. Condições neurológicas e outras condições médicas também podem se associar a comportamento agitado ou violento, como, por exemplo: intoxicações medicamentosas, tireotoxicoses, infecções do sistema nervoso central, traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, demências, quadros infecciosos em idosos, hipoglicemia, hiponatremia, hipóxia, entre outros.

Portanto, um raciocínio clínico voltado para a identificação da causa subjacente é fundamental para guiar de maneira apropriada tanto a investigação diagnóstica, como as possíveis intervenções terapêuticas.

Diante de um paciente potencialmente agressivo, pode haver uma expectativa dos demais profissionais da equipe, e também de outros pacientes ou acompanhantes, de que o médico intervenha prontamente, de maneira a controlar a situação de imediato. O médico deve tomar suas decisões para a condução do caso com a maior brevidade possível, desde que tenha sido capaz de obter as informações essenciais para o adequado estabelecimento do diagnóstico e plano terapêutico.

Por se tratar de condição que pode envolver agressão física e danos materiais, o relato em prontuário médico, elaborado, obviamente, quando a situação estiver totalmente controlada, deve ser bastante detalhado e criterioso.

A avaliação e manejo de um paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento

é complexa e exige dos profissionais habilidades e competências diversas, que necessitam ser aplicadas em conjunto e com agilidade. Por questões didáticas, cada uma destas habilidades e competências serão tratadas separadamente, conforme descrito anteriormente.<sup>15</sup> O Quadro 3 apresenta as diretrizes usadas em nosso serviço para o manejo de paciente agitado ou potencialmente violento. A versão traduzida para o português da "Agitation-Calmness Evaluation Scale" (ACES), escala desenvolvida especificamente para a avaliação de agitação e de tranquilização, está detalhada no quadro 4.

### Manejo Ambiental

Intervenções ambientais visam aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos agressivos e evitar a progressão do comportamento violento.

A primeira medida que deve ser considerada que antecede o atendimento de emergência propriamente dito é a organização do espaço físico, que inclui, por exemplo, a retirada de objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas. O acesso à porta deve ser o mesmo tanto para o médico como para o paciente, já que alguns pacientes persecutórios podem se sentir acuados, o que aumentaria o risco de agressão física.

Por uma questão de segurança de ambos, um paciente potencialmente violento não deve ser atendido por um único membro da equipe. Além disso, a presença de outros profissionais de saúde ou mesmo de seguranças no local de atendimento ajuda a coibir comportamentos violentos de maneira significativa.

Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado, mesmo que isso implique em interrupção de outra atividade clínica, ou desconsideração quanto à ordem de chegada para atendimento. Quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de evolução para comportamento violento.

A exposição a estímulos ambientais deve ser reduzida ao máximo e pessoas desestabilizadoras para o paciente – como, por exemplo, um familiar com quem o paciente tem uma relação conflituosa, ou um membro da equipe que o paciente envolveu em seus delírios – devem ser afastadas do paciente naquele momento de agitação.

### **Quadro 3: Diretrizes para manejo de agitação psicomotora\***

1. Tomar medidas para garantir a segurança do próprio paciente, dos demais pacientes e acompanhantes presentes no setor e da equipe de atendimento.
  - Atendimento precoce e com privacidade. Redução de estímulos externos.
2. Envolver as equipes de enfermagem e de segurança no manejo da situação.
3. Avaliar clinicamente a gravidade da agitação psicomotora e quantificá-la por meio da pontuação de escala de avaliação da gravidade de agitação-tranquilização (ACES) (Quadro 4).
4. Iniciar o manejo da situação de agitação psicomotora por meio de intervenções verbais, atitudinais e comportamentais sempre que possível.
  - Manter certa distância física do paciente, evitar movimentos bruscos, olhar diretamente para o paciente, evitar fazer anotações.
  - Apresentar-se e apresentar outros membros da equipe. Fala pausada, mas firme. Perguntas clara e diretas.
  - Não fazer ameaças ou humilhações. Não confrontar. Colocar limites de maneira acolhedora. Não barganhar.
  - Estimular o Paciente a expressar seus sentimentos em palavras. Assegurar que pretende ajuda-lo a controlar os impulsos.
5. No caso de tentativas de manejo verbal fracassadas, indicar tratamento farmacológico. Sempre que possível, iniciar com medicação via oral. Na escolha da medicação a ser utilizada, considerar, quando disponíveis, as seguintes informações: idade, sexo, índice de massa corporal, medicações prescritas anteriormente e possível uso de substância psicoativas. Registrar em prontuário as justificativas clínicas para a escolha da(s) droga(s).
6. Se paciente cooperativo, mas com risco de agitação, usar medicação por via oral. Escolher entre uma das opções listadas:
  - Haloperidol (2,5 a 5 mg)
  - Diazepam (10 mg)
  - Haloperidol (2,5 a 5 mg) associado a Diazepam (10 mg)
  - Risperidona (2 mg)
  - Risperidona (2 mg) associada a Lorazepam (2 mg)
  - Obs: Se condição médica geral presente – evitar benzodiazepínicos
7. Se paciente não cooperativo, agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga, usar medicação por via intramuscular (exceto diazepam, que deve ser por via endovenosa). Escolher entre uma das opções listadas.
  - Se outra condição médica presente: Haloperidol (2,5 a 5 mg); Olanzapina (10 mg); Ziprazidona (10 mg)
  - Intoxicação por estimulantes: Midazolam (5 a 7,5 mg), Diazepam (5 a 10 mg)
  - Intoxicação por álcool ou outras substâncias psicoativas: Haloperidol (2,5 a 5 mg)
  - Transtornos psiquiátricos primários: Haloperidol (2,5 a 5 mg); Haloperidol (2,5 a 5 mg) associado a Midazolam (5 a 7,5 mg); Olanzapina (10 mg); Ziprazidona (10 mg)
  - Gestantes: Haloperidol (2,5 a 5 mg)
8. Se necessário, realizar contenção física, a ser prescrita pelo médico responsável pelo atendimento, que deverá estar presente durante todo o procedimento. Ao prescrever a contenção física, o médico deverá também prescrever a verificação imediata de sinais vitais (pressão arterial, pulso, temperatura), e registrar os dados obtidos pela enfermagem no prontuário do paciente.
9. O paciente deve ser reavaliado após 30 minutos da abordagem inicial. Novamente, a quantificação das condições de agitação/tranquilização deverá ser feito por meio da pontuação da escala ACES. Em caso de necessidade de medicação adicional para manejo da agitação psicomotora, a droga (ou combinação de drogas) usada inicialmente e a sua posologia devem ser repetidas.
10. Os procedimentos de reavaliação da agitação psicomotora descritos no item anterior devem ser repetidos 60 e 90 minutos após a medicação inicial. Havendo necessidade de medicação adicional, deve ser mantida a mesma droga (ou combinação de drogas), na mesma dose usada inicialmente.
11. Em todas as reavaliações, devem ser avaliados e registrados em prontuário os sinais vitais e as condições e/ou necessidade de manutenção da contenção física
12. Nas 24 horas subsequentes ao uso de medicação injetável para o manejo de agitação psicomotora deve ser observada e registrada em prontuário a ocorrência de efeitos colaterais e medidas terapêuticas adotadas no manejo destes. Os efeitos colaterais devem ser avaliados por meio da Escala UKU.
13. As informações relativas à avaliação e condutas tomadas durante o manejo de agitação psicomotora devem ser registradas no prontuário médico/protocolo de manejo de agitação psicomotora.

\*Serviço de Manejo Integrado de Psiquiatria de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

#### Quadro 4: Escala de Avaliação Agitação-Tranquilização (ACES)\*

1. **Agitação acentuada:** nível elevado de atividade motora; pode demonstrar níveis acentuados de expressão verbal, pode estar fisicamente violento, não consegue controlar os sinais de agitação se solicitado, pode requerer cuidado de enfermagem contínuo/supervisão e/ou contenção física.
2. **Agitação moderada:** aumento moderado dos níveis de atividade motora; demonstra aumento nos níveis de expressão verbal e pode estar verbalmente ameaçador, não é violento fisicamente, pode controlar parcialmente os sinais de agitação se solicitado, necessita de cuidado de enfermagem/supervisão de rotina.
3. **Agitação branda:** discreto aumento dos níveis de atividade física; pode demonstrar discreto aumento dos níveis de expressão verbal (por ex.: pode aumentar o tom da voz), não é ameaçador ou violento, pode controlar os sinais de agitação se solicitado, necessita de cuidado de enfermagem/supervisão de rotina.
4. **Normal:** níveis normais de atividade física; níveis normais de expressão verbal, acordado com os olhos continuamente abertos.
5. **Tranquilização branda:** moderada redução dos níveis de atividade verbal e física, olhos continuamente abertos, permanece alerta e responsivo ao ambiente.
6. **Tranquilização moderada:** níveis moderadamente reduzidos de atividade verbal e física, olhos podem estar abertos intermitentemente, facilmente despertado ou responsivo a estímulos leves verbais (p.ex.: chamando o seu nome) ou físicos (p.ex.: um toque suave), permanece acordado quando o estímulo cessa.
7. **Tranquilização acentuada:** redução importante da atividade verbal ou física, dormindo superficialmente, acordado por estímulos leves a moderados verbais (p.ex.: chamando o seu nome) ou físicos (p.ex.: um toque).
8. **Sono profundo:** sem atividade verbal ou física, dormindo profundamente, acordado somente com grande dificuldade por estímulos vigorosos verbais (p.ex.: o chamado alto e repetido do seu nome) e/ou físicos (p.ex.: sacudir repetidamente e vigorosamente os ombros do paciente), volta a dormir imediatamente quando o estímulo cessa.
9. **Torpor:** dormindo profundamente, não pode ser acordado por meio de estímulo verbal ou físico (p.ex.: sacudir repetidamente e vigorosamente os ombros do paciente).

\* Traduzida e adaptada para o português (Mantovani et al, 2013) com permissão de Elli Lilly

### Manejo atitudinal/comportamental

Pacientes em agitação psicomotora podem impactar emocionalmente o próprio médico que se depara com uma situação de ameaça à sua integridade física, de outros pacientes sob sua responsabilidade e dos demais membros da equipe. Sentimentos de medo ou raiva frente a uma situação de ameaça são esperados. No entanto, o médico deve estar atento aos próprios sentimentos, avaliar o quanto que esses sentimentos de fato refletem a situação real e, principalmente, reconhecer que os comportamentos ameaçadores e hostis são manifestação clínicas de um transtorno mental. Isso é fundamental para que o médico mantenha a neutralidade e evite agir de maneira excessivamente permissiva ou punitiva.

Encarar a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado no quadro clínico e como sinal de sofrimento psíquico, evita que o médico entenda a situação como ameaça ou coa-

ção contra a sua própria pessoa. Isso permite que o profissional de saúde adote uma atitude empática e acolhedora, o que, na verdade, facilita o contato com o paciente e o consequente controle da violência. O objetivo é estabelecer uma relação médico-paciente a mais próxima possível de um vínculo de confiança e respeito, em que o paciente se sinta acolhido e com seu sofrimento reconhecido, de maneira a facilitar o estabelecimento de um esforço mútuo no sentido de controlar a agressividade.

Algumas atitudes e comportamentos relativamente simples podem ajudar de maneira significativa no manejo de pacientes agitados. O médico deve dirigir-se ao paciente de maneira que seja visto pelo paciente, ao mesmo tempo em que se mantém atento aos movimentos e à fala do paciente. De modo algum, o médico deve dar as costas para um paciente agitado. Os movimentos devem ser suaves, mantendo-se certa distância física do paciente. Isso evita que o paciente agrida o médico, mas também serve para tranquilizar o paciente, que

a depender da sua sintomatologia psicótica, pode se sentir ainda mais ameaçado pelo contato físico. Deve-se tentar manter o contato visual e evitar fazer anotações neste momento.

Antes de qualquer intervenção, o médico deve se apresentar ao paciente, dizendo seu nome e seu papel profissional naquela situação. A fala deve ser pausada, mas firme, tomando-se o cuidado para evitar entonações ou frases hostis ou demasiadamente autoritárias.

As intervenções verbais devem ser objetivas, claras. Não se deve barganhar com o paciente, mas é muito importante manter alguma flexibilidade na condução da entrevista e estar atento ao que o paciente tem a dizer ou reivindicar.

Os limites quanto aos riscos de agressão física e as regras para atendimento no serviço devem ser colocados de maneira clara e objetiva, sem ameaças ou humilhações. Além disso, esse não é o momento para qualquer confrontação. O paciente deve ser estimulado a expressar seus sentimentos em palavras e o médico deve reforçar a capacidade do paciente de autocontrole.

### **Manejo farmacológico**

Até recentemente, sedação era tida como o objetivo principal no manejo de pacientes agitados. No entanto, atualmente, a sedação excessiva é considerada como um efeito colateral indesejável, que interfere na avaliação médica inicial e na observação da evolução do quadro clínico, além de expor o paciente ao risco de complicações clínicas. Portanto, o objetivo do uso de medicações é tranquilizar o paciente o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de auto e heteroagressividade e da ocorrência de efeitos colaterais, mas de maneira a permitir a continuidade da investigação diagnóstica e da abordagem terapêutica.<sup>16</sup>

As medicações disponíveis para o uso em casos de agitação psicomotora são os antipsicóticos, os benzodiazepínicos e as associações dessas medicações.

Dentre os antipsicóticos convencionais contamos com os de alta e baixa potência. Os antipsicóticos de baixa potência (ex.: clorpromazina) são medicações pouco seguras para o uso nesses casos pois podem provocar sedação excessiva, hipotensão, arritmias cardíacas e diminuição do limiar convulsivo. Os antipsicóticos de alta potência (ex.: haloperidol)

apresentam um perfil de efeitos colaterais mais adequado para o manejo de casos agudos, com baixa incidência de sedação excessiva ou hipotensão, baixa propensão ao efeito quinidina-like (menor probabilidade de arritmias cardíacas) e menor efeito na redução do limiar convulsivo. Podem ser administrados por via oral, intramuscular ou endovenosa. Os principais efeitos colaterais observados com os antipsicóticos de alta potência incluem efeitos extrapiramidais, como acatisia e distonia aguda e um maior risco de síndrome neuroléptica maligna.

Os antipsicóticos de nova geração apresentam um melhor perfil de efeitos colaterais, com uma alta efetividade em reduzir a agitação sem sedação. No entanto, são medicações com custo elevado e pouco disponíveis nos serviços de saúde.

Os benzodiazepínicos têm ação sedativa e ansiolítica, que levam a uma tranquilização do paciente. Podem causar depressão respiratória, sedação excessiva, ataxia e desinibição paradoxal. Devido ao efeito depressor do sistema nervoso central, devem ser evitados em pacientes intoxicados por outros depressores como álcool, barbitúricos ou opióides. Também devem ser evitados em pacientes com função respiratória prejudicada ou com suspeita de traumatismo crânio-encefálico. Os benzodiazepínicos mais utilizados são o diazepam, o lorazepam e o midazolam.

O diazepam pode ser administrado por via oral ou endovenosa. Nós evitamos o uso intramuscular do diazepam por esta via levar a uma absorção errática da droga. Seu rápido início de ação, mesmo por via oral, faz com que seja uma medicação bastante utilizada em emergências.

O lorazepam é muito utilizado para manejo de agitação psicomotora em países que dispõem das apresentações intramuscular e intravenosa, porém, no Brasil só está disponível na apresentação oral.

O midazolam é uma medicação muito utilizada em nosso serviço, por via intramuscular. Pode ser também administrado por via oral e endovenosa. Possui rápido início de ação, porém tem meia vida curta, o que faz com que esta medicação seja em geral utilizada em associação com outras drogas de meia vida mais longa.

A associação de diferentes classes de medicamentos traz a vantagem do sinergismo de ação, que leva à utilização de doses menores de ambas

as drogas e menores efeitos colaterais. A associação de um antipsicótico de alta potência com um benzodiazepínico é a prescrição mais frequentemente utilizada em nosso serviço para o manejo de agitação psicomotora.

Se o paciente ainda está cooperativo, mas com risco de agitação, administração por via oral pode ser tentada. Geralmente, associamos haloperidol, em doses de 2,5 a 5 mg com diazepam, na dose de 10 mg. Se há história de sintomas parkinsonianos, recomenda-se que sejam evitados antipsicóticos de alta potência. Por outro lado, se o paciente apresenta comorbidade clínica desfavorável, com risco de rebaixamento do nível de consciência ou risco de depressão respiratória recomenda-se evitar benzodiazepínicos

Se o paciente não se mostra cooperativo, está agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga, recomenda-se a contenção física, conforme descrito abaixo e o uso de medicação parenteral.

Em situações em que a agitação psicomotora é decorrente de outra condição médica, recomenda-se o uso de haloperidol em doses baixas, por via intramuscular. Outras alternativas seriam olanzapina e ziprasidona, também por via intramuscular. No caso de intoxicações por estimulantes, sugere-se evitar antipsicóticos, pelos riscos de complicações cardíacas. Por outro lado, os benzodiazepínicos deveriam ser evitados em intoxicação pelo álcool ou por outras substâncias, para se evitar a potencialização dos seus efeitos.

No caso de um transtorno psiquiátrico primário as opções seriam a associação de haloperidol e midazolam ou os antipsicóticos de nova geração, como a olanzapina e a ziprasidona. Em estudo realizado em nosso serviço,<sup>17</sup> observamos eficácia semelhante no controle da agitação psicomotora da olanzapina, ziprasidona, haloperidol associado a midazolam e haloperidol associado a prometazina. No entanto, a combinação haloperidol – prometazina apresentou maior risco de sintomas extrapiramidais nas 24 horas subsequentes e por isso, nossa recomendação é a de que essa opção seja considerada como de segunda escolha.

A nossa preferência é iniciar com doses baixas da medicação - ou da associação de medicações - considerada mais apropriada para o caso e repetir a mesma droga, na mesma dose, numa segunda e numa terceira prescrição, em intervalos de 30 mi-

nutos, caso o paciente se mantenha agitado. Essa medida visa usar a menor dose possível e evitar efeitos colaterais decorrente da combinação de várias drogas. O uso de outras medicações é considerado apenas após o fracasso de 3 tentativas de controle da agitação com o mesmo fármaco ou combinação de fármacos. Nossa observação é a de que a maioria dos pacientes responde com apenas uma dose e a necessidade do uso de outra medicação é rara.<sup>17</sup>

### Manejo físico

A contenção física é o último recurso utilizado no manejo da agitação psicomotora. Seu uso restringe-se às situações onde os demais recursos falharam e há risco iminente de auto e heteroagressividade. Deve ser realizada por vários membros da equipe (preferencialmente um mínimo de cinco pessoas), já que um maior número de pessoas pode, por si só, levar à cooperação do paciente. Deve haver um plano específico de ação, em que cada membro da equipe tenha clareza sobre sua função. O paciente deve ser constantemente orientado sobre os passos envolvidos no procedimento e sua justificativa. O médico deve estar presente durante todo o procedimento. A medicação parenteral deve estar disponível e ser administrada assim que possível para tranquilizar o paciente e diminuir o tempo necessário de contenção física.

Quando contido, o paciente deve ser mantido em uma posição confortável e em observação contínua das condições da contenção em si, evitando, por exemplo, o garroteamento de membros. Devem ser observadas as condições de hidratação, necessidade de reposição calórica e de eletrólitos e das condições de higiene e necessidades fisiológicas. Pacientes intoxicados devem ser contidos em decúbito lateral ou com a cabeceira elevada. A remoção da contenção física deve ser feita na presença de outros membros da equipe.

A contenção física não é um procedimento inócuo e pode apresentar riscos de morte ou alta morbidade como asfixia, aspiração, liberação maciça de catecolaminas, lesão de pele, rabdomiólise, desidratação, insuficiência renal aguda, trombose venosa, tromboembolismo, efeitos psicológicos traumáticos e risco de agressão por outros pacientes. Portanto, a contenção física deve ser mantida pelo menor tempo possível e sempre com monitoração mantida por parte da equipe de saúde.

## Considerações finais

Quanto maior for a experiência da equipe no manejo de situações de emergências psiquiátricas, menor a chance de concretização de atos de auto e heteroagressividade. A adequação do comportamento da equipe de profissionais de saúde é um aspecto fundamental para a prevenção de comportamentos violentos.

Nas situações em que o controle do comportamento auto e heteroagressivo não transcorreu como o esperado, é fundamental que a todos os membros da equipe envolvidos no manejo da situação avaliem conjuntamente cada decisão tomada, cada abordagem, cada procedimento instituído. A primeira finalidade desta avaliação da situação é

permitir que os profissionais envolvidos na situação expressem e compartilhem seus sentimentos com relação ao ocorrido, compreendam que o ocorrido é decorrente da sintomatologia do paciente e evitem que essa experiência influencie de maneira negativa situações semelhantes.

Além disso, a compreensão de eventuais falhas no manejo de um paciente em específico é fundamental para o aprimoramento da equipe para a abordagem e manejo de um próximo paciente. No entanto, para que o efeito de aprendizagem com a experiência de fato ocorra, essa reflexão crítica por parte da equipe deve ser feita de maneira cuidadosa e acolhedora e não pode, em hipótese alguma, ter caráter punitivo.

### Mensagens-chave

- Frequentemente, atendimento psiquiátrico de emergência representa a porta de entrada do paciente no sistema de saúde. A avaliação psiquiátrica de emergência deve ir além da intervenção transversal (manejo da situação que motivou o atendimento de emergência), com o estabelecimento de um diagnóstico preciso, instituição do tratamento mais apropriado para cada caso e inserção efetiva do paciente em serviços para seguimento longitudinal.
- Emergências psiquiátricas se caracterizam por condições inespecíficas, que exigem do médico atenção redobrada com relação ao diagnóstico diferencial da condição médica de base.
- O sucesso no manejo de situações de emergências psiquiátricas depende, fundamentalmente, da adequação atitudinal/comportamental por parte do médico, o que pode ser atingido a partir da experiência clínica, associada à reflexão crítica baseada em evidências científicas.
- Suicídio é um problema de saúde pública prevalente. Profissionais de saúde têm um papel relevante na detecção de fatores de risco de suicídio e na prevenção de mortes por suicídio.
- O manejo farmacológico de agitação psicomotora visa tranquilização do paciente. Sedação excessiva e contenção física são associadas com complicações clínicas, que podem colocar o paciente em risco.

### Questões para debate

- 1) Como conduzir o raciocínio clínico para o diagnóstico diferencial de pacientes em primeiro episódio psicótico?
- 2) Como conduzir a entrevista de um paciente para a avaliação de risco suicida?
- 3) Como definir o risco suicida?
- 4) Como realizar o manejo verbal de um paciente agitado?
- 5) Como instituir a terapêutica medicamentosa de um paciente agitado?

## Referências

1. Allen MH, Forster P, Zealberg J, Currier G. Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services. A review and model program descriptions: American Psychiatric Association; 2002.
2. Santos ME, do Amor JA, Del-Ben CM, Zuardi AW. Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:468-74.
3. Del-Ben CM, Marques JM, Sponholz A, Zuardi AW. [Mental health policies and changes in emergency service demand]. *Rev Saude Publica*. 1999;33:470-6.
4. Rufino A, Uchida R, Vilela J, Marques J, Zuardi A, Del-Ben C. Stability of the diagnosis of first-episode psychosis made in an emergency setting. *Gen Hosp Psychiatr*. 2005;27:189-93.
5. Maia Barros RE, de Azevedo 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. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:145-51.
6. Barros RE, Marques JM, Santos JL, Zuardi AW, Del-Ben CM. Impact of length of stay for first psychiatric admissions on the ratio of readmissions in subsequent years in a large Brazilian catchment area. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol*. 2016;51:575-87.
7. Del-Ben CM, Rufino A, de Azevedo-Marques JM, Menezes PR. Differential diagnosis of first episode psychosis: importance of optimal approach in psychiatric emergencies. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:S78-S86.
8. WHO. The World Health Report 2003: Shaping the future Geneva: World Health Organization; 2003.
9. Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care. *Ann Emerg Med*. 2006;48:452-8, 8.e1-2.
10. Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med*. 2005;35:1467-74.
11. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil. São Paulo, SP. Brasília, DF: Instituto Sangari. Ministério da Justiça; 2011.
12. Ferreira AD, Sponholz A, Mantovani C, Pazin-Filho A, Passos AD, Botega NJ, et al. Clinical Features, Psychiatric Assessment, and Longitudinal Outcome of Suicide Attempters Admitted to a Tertiary Emergency Hospital. *Arch Suicide Res*. 2016;20:191-204.
13. Sponholz-Jr A, Marques JMda, Mantovani C, Labate CM, Guapo VG, Santos MEBd, et al. Protocolo clínico e de regulação para ideação suicida. In: Santos JSd, editor. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 1059-64.
14. Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. When should a patient in suicidal crisis be referred to the emergency ward? *Rev Med Suisse*. 2010;6:1555-7.
15. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Management of the violent or agitated patient. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:S96-S103.
16. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;11 Suppl 1:5-108; quiz 10-2.
17. 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-Blind Trial of 4 Intramuscular Interventions. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33:306-12.