

# Manejo de paciente agitado ou agressivo

## *Management of the violent or agitated patient*

Célia Mantovani<sup>1</sup>, Marcelo Nobre Migon<sup>2</sup>, Flávio Valdozende Alheira<sup>3</sup>, Cristina Marta Del-Ben<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Divisão de Psiquiatria, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>2</sup> Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>3</sup> Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** Revisar as medidas preconizadas para o manejo de pacientes agitados ou agressivos. **Método:** Por meio de uma busca em bancos de dados (PubMed e Web of Science) foram identificados artigos empíricos e revisões sobre intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o manejo de agitação e/ou violência. **Resultados:** O manejo não farmacológico de agitação/agressão engloba a organização do espaço físico e a adequação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde. O objetivo principal do manejo farmacológico é a tranquilização rápida, buscando a redução dos sintomas de agitação e agressividade, sem a indução de sedação profunda ou prolongada, mantendo-se o paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo. A polifarmácia deve ser evitada e as doses das medicações devem ser o menor possível, ajustadas de acordo com a necessidade clínica. A administração intramuscular de medicação deve ser considerada como última alternativa e as opções de uso de antipsicóticos e benzodiazepínicos são descritas e comentadas. O manejo físico, por meio de contenção mecânica, pode ser necessário nas situações de violência em que exista risco para o paciente ou equipe, e deve obedecer a critérios rigorosos. **Conclusão:** Os procedimentos devem ser cuidadosamente executados, evitando complicações de ordem física e emocional para pacientes e equipe.

**Descritores:** Agitação psicomotora; Agressão; Violência; Medicina de emergência; Processos farmacológicos

### Abstract

**Objective:** To review current data about the management of agitated or aggressive patients. **Method:** Through a search of databases (PubMed and Web of Science), empirical articles and reviews about pharmacological and non-pharmacological interventions for the management of agitation and/or violence were identified. **Results:** The non-pharmacological management of agitation/aggression encompasses the organization of space and appropriateness of behavior and attitudes of health professionals. The main goal of pharmacological management is rapid tranquilization aimed at reducing symptoms of agitation and aggression, without the induction of deep or prolonged sedation, keeping the patient calm, but completely or partially responsive. Polypharmacy should be avoided, and doses of medications should be as small as possible, adjusted according to clinical need. Intramuscular administration of medication should be considered as a last resort and the options for the use of antipsychotics and benzodiazepines are described and commented. The physical management by means of mechanical restraint may be necessary in violent situations where there is risk to the patient or staff, and must meet strict criteria. **Conclusion:** Procedures must be carefully implemented to avoid physical and emotional complications for patients and staff.

**Descriptors:** Psychomotor agitation; Aggression; Violence; Emergency medicine; Pharmacological processes

### Introdução

Diariamente, os profissionais de saúde que atuam em assistência hospitalar, especialmente em serviços de emergência, se deparam com pacientes agitados ou agressivos. Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 5% dos atendimentos de emergência são decorrentes de alterações de comportamento<sup>1</sup>, sendo uma parcela significativa devido à agitação e/ou agressividade. Em nosso meio, a proporção de atendimentos de emergências devidos a transtornos mentais gira em torno de 3% do total de atendimentos efetuados

em hospital geral de emergências<sup>2</sup>, sendo um quarto destas visitas motivado por comportamento agitado ou violento<sup>3</sup>.

A agitação pode ser definida como uma atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão. Em geral, a admissão de paciente agitado ou agressivo na sala de emergência se dá por meio de terceiros, sejam estes familiares, vizinhos ou pessoas que presenciaram primeiramente este episódio de agitação ou violência, ou ainda por meio de autoridades

### Correspondência

Célia Mantovani  
Divisão de Psiquiatria  
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
Av. Bandeirantes, 3900  
14049-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
Tel.: (+55 16) 3602-2607 Fax: (+55 16) 3602-2544  
E-mail: celimanfer@yahoo.com.br

policiais ou militares do corpo de bombeiros que foram acionadas para controlar a situação fora do ambiente hospitalar. Pacientes agitados e/ou agressivos costumam apresentar baixa capacidade de *insight* com relação à sua morbidade e juízo crítico da realidade prejudicado. Portanto, esses pacientes podem ter dificuldades em reconhecer que estão doentes e, conseqüentemente, podem não reconhecer a necessidade de ajuda externa.

Dependendo do grau de agitação, esses pacientes representam um risco para a integridade física, tanto para os profissionais de saúde, como para si mesmos e outros pacientes. Tão importante quanto a premência em diminuir o grau de agitação ou o risco envolvido na situação situa-se a necessidade de coleta de informações para a formulação de hipóteses diagnósticas e diagnóstico diferencial. Em atendimento de emergência, quer em sala de urgência geral ou em uma unidade de emergência psiquiátrica, as causas de agitação e violência são numerosas e solicitam do médico conhecimento abrangente sobre os possíveis diagnósticos diferenciais, que determinarão o tipo de manejo clínico para cada caso.

A avaliação e o manejo de um paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento são tarefas complexas que exigem dos profissionais habilidades diversas, que necessitam ser aplicadas em conjunto e com agilidade. Por questões didáticas, os diferentes aspectos envolvidos nesta tarefa serão tratados aqui de maneira separada, mas a situação real exige um esforço no sentido de integrar todos esses componentes para uma intervenção ágil e articulada.

### Diagnóstico diferencial

Agitação psicomotora e agressividade são manifestações psicopatológicas complexas, mas inespecíficas, que podem ser decorrentes de condições clínicas variadas, o que exige o estabelecimento de raciocínio clínico voltado para um diagnóstico diferencial amplo.

Como, em geral, os pacientes atendidos em situação de emergência não são conhecidos pelo psiquiatra que o atende, um aspecto relevante a ser considerado na avaliação de um paciente agitado ou violento é o fato de que essas alterações podem ser manifestações de outras condições que não necessariamente um transtorno mental primário, como condições médicas gerais e neurológicas. Portanto, o psiquiatra de emergência deve estar atento para esta possibilidade e buscar ativamente informações relevantes para o diagnóstico diferencial. Entre as causas médicas gerais mais comumente associadas a estados agudos de agitação psicomotora podem ser citadas: hipoglicemia, hipóxia, traumatismo crânio-encefálico, sangramento, hiper e hipotermia, meningite, sepsis, acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnoide, estados pós-ictais ou status epilepticus, tumores cerebrais, doenças tireoidianas e, mais raramente, hiperparatireoidismo, doença de Wilson e doença de Huntington<sup>4</sup>.

É importante ressaltar que não se espera que o psiquiatra memorize as listas infindáveis de possíveis diagnósticos diferenciais disponíveis em livros-textos, mas sim que estabeleça uma rotina para o seu raciocínio clínico, de maneira a garantir que informações

relevantes para o diagnóstico diferencial sejam obtidas. Entretanto, alguns dados clínicos, como início súbito, idade maior que 40 anos, nenhuma história psiquiátrica anterior, alucinações visuais, olfativas e tácteis, discurso desconexo, confusão mental, desorientação, história e/ou sinais físicos de trauma, podem sugerir a presença de uma condição médica geral ou neurológica.

O mesmo raciocínio clínico deve ser aplicado para a investigação do uso de substâncias psicoativas, quer sejam drogas lícitas, ilícitas ou medicações prescritas para tratamento de condições médicas gerais, mas que podem ter efeito sobre o sistema nervoso central, levando a alterações de comportamento. Problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo episódios de intoxicação e de abstinência, que comumente estão associados a comportamento agitado e/ou violento, estão entre as principais causas de atendimento psiquiátrico em serviços de emergência<sup>1-5</sup>.

Comportamento agitado, potencialmente agressivo ou francamente agressivo também não é particularidade de nenhum transtorno mental específico e implica em uma ampla investigação do diagnóstico diferencial. Pacientes com transtornos psiquiátricos graves, em particular esquizofrenia e episódio maníaco, usam serviços de emergência geral e de emergência psiquiátrica com maior frequência do que aquela observada na população geral<sup>6</sup>. Episódio psicótico ou maníaco caracteriza-se por distúrbios do pensamento e do afeto, que resultam numa percepção alterada da realidade, podendo cursar com períodos de agitação psicomotora ou violência, que justificam a avaliação de emergência. Episódios depressivos com aumento de psicomotricidade também podem cursar com agitação e risco de violência. Ainda dentre os distúrbios psiquiátricos, alguns transtornos de personalidade, particularmente aqueles do agrupamento B, também podem levar a comportamento agitado ou violento devido à baixa tolerância à frustração e ao controle pobre de impulsos.

### Princípios gerais para o manejo de situação de agitação ou violência

Um primeiro aspecto de grande relevância a ser considerado no manejo de um paciente agitado ou violento é o impacto emocional sobre o próprio psiquiatra ao se deparar com uma situação de ameaça à sua integridade física, bem como à 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, obviamente, esperados, mas o psiquiatra deve estar atento aos próprios sentimentos e avaliar o quanto eles de fato refletem a situação real. Isso é importante para que o psiquiatra evite agir de maneira excessivamente permissiva ou mesmo punitiva. No caso de profissionais com experiência em emergência, os próprios sentimentos podem, na verdade, servir como indicativo do potencial de violência do paciente e promover o estabelecimento de medidas preventivas.

Também é esperado que, diante de um paciente potencialmente agressivo, haja uma expectativa (tanto por parte dos demais profissionais da equipe, como de outros pacientes ou acompanhantes que por ventura se encontrem no local) de que o psiquiatra

intervenha prontamente, de maneira a controlar a situação com rapidez. O psiquiatra deve tomar suas decisões para a condução do caso com a maior brevidade possível, mas não pode abrir mão de um tempo mínimo necessário para obter as informações que considerar como essenciais para essa tomada de decisão.

Além disso, 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.

Do ponto de vista organizacional, o manejo de um paciente agitado ou violento deve ser planejado e executado em três níveis distintos de complexidade: 1) controle de fatores ambientais e operacionais do próprio serviço que podem aumentar o risco de agitação ou violência; 2) antecipação e diagnóstico precoce de risco de agitação e violência, com intervenção rápida que impeça a escalada do comportamento violento; e 3) intervenção adequada, no caso de comportamento agitado ou violento já instituído<sup>4</sup>. Didaticamente, este plano de ações pode ser dividido em quatro tópicos: manejo ambiental ou organizacional, manejo comportamental ou atitudinal, manejo farmacológico e manejo físico.

### 1. Manejo ambiental e organizacional

A Tabela 1 apresenta um resumo de algumas medidas ambientais e/ou organizacionais que podem ser úteis para minimizar o risco de violência. A instituição de protocolos gerais de segurança pode reduzir agressões contra profissionais de saúde e garantir a segurança do próprio paciente. A prevenção de violência deve começar fora de sala de urgência, nas imediações da entrada para o serviço, sendo recomendado o uso de portas de segurança e detectores de metais. Isto é de grande importância para prevenir a entrada no serviço de saúde de armas trazidas por pacientes e visitantes. Uma limitação desta medida é que muitos pacientes dão entrada no hospital trazidos por ambulância e não passam, assim, pelos detectores de metais. Outra ação que pode minimizar o risco de violência é o uso de um sistema de comunicação rápido e eficiente que alerte a equipe sobre a admissão de um paciente com história de comportamento violento.

**Tabela 1 – Diretrizes para o manejo ambiental de paciente agitado ou violento**

1	Instituição de protocolos e rotinas para manejo de paciente agitado ou violento
2	Treinamento e reciclagem periódica da equipe responsável pelo atendimento
3	Disponibilidade de equipe de segurança
4	Organização do espaço físico destinado ao atendimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retirada de objetos que possam ser usados como armas</li> <li>- Fácil acesso à porta</li> <li>- Sistema de alarme</li> </ul>
5	Atendimento precoce e com privacidade
6	Observação contínua de outros membros da equipe
7	Redução de estímulos externos
8	Afastamento de pessoas que possam ser desestabilizadoras para o paciente

O espaço físico destinado ao atendimento também deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos violentos e evitar a progressão do comportamento violento. Deve-se atentar, por exemplo, para as características de móveis, objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas. Idealmente, o acesso à porta deve ter a mesma distância tanto para o médico como para o paciente, porque alguns pacientes persecutórios podem sentir-se acuados se não tiverem acesso à saída, o que aumentaria o risco de agressão física.

Um paciente potencialmente violento não deve ser atendido por um único membro da equipe, por uma questão de segurança de ambos, caso o paciente entre em agitação ou violência francas, mas a simples presença de outros profissionais de saúde ou mesmo de seguranças no local de atendimento também ajuda a coibir comportamentos violentos.

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 concretização do comportamento violento. Sempre que possível, um paciente agitado ou potencialmente agressivo deve ser rapidamente acomodado em uma sala mais reservada, evitando-se, assim, a exposição de outros pacientes e acompanhantes à situação de risco.

Embora essa medida possa ser questionada por violar direitos individuais dos pacientes, sugerir que, uma vez em atendimento na sala de urgência, o paciente troque suas roupas por vestes hospitalares tem algumas vantagens para a proteção do próprio paciente. Esta ação permite procurar e remover armas que o paciente possa estar portando, diminui a possibilidade de fuga pela fácil identificação pelos profissionais de outras áreas que não conhecem o paciente, e já possibilita um exame físico que possa revelar focos de infecção, trauma ou outros sinais que possam indicar a etiologia da alteração de comportamento.

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 naquele momento de agitação.

### 2. Manejo comportamental e atitudinal

Os aspectos relevantes para um adequado manejo atitudinal de paciente agitado ou violento encontram-se sumarizados na Tabela 2.

Tendo-se em vista que, na grande maioria das vezes, num serviço médico, o comportamento violento é decorrente de alguma condição médica subjacente, 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 coação 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

**Tabela 2 – Diretrizes para o manejo atitudinal de paciente agitado ou violento**

1	Evitar movimentos bruscos
2	Olhar diretamente para o paciente
3	Manter alguma distância física
4	Evitar fazer anotações
5	Apresentar-se e apresentar outros membros da equipe
6	Falar pausadamente, mas firme
7	Perguntas claras e diretas
8	Alguma flexibilidade na condução da entrevista, mas sem barganhas
9	Colocar limites de maneira objetiva, mas acolhedora
10	Não fazer ameaças ou humilhações
11	Não confrontar
12	Estimular o paciente a expressar os seus sentimentos em palavras
13	Assegurar ao paciente que você pretende ajudá-lo a controlar seus impulsos

o conseqüente controle da violência. O objetivo é estabelecer uma relação médico-paciente o mais próxima possível de um vínculo de confiança e respeito no qual o paciente se sinta acolhido e o seu sofrimento reconhecido, levando ao estabelecimento de um esforço mútuo no sentido de controlar a agressividade.

A maneira como o médico e os demais profissionais da equipe falam e se comportam pode ter um papel fundamental no controle de comportamento potencialmente agressivo e pode minimizar drasticamente o risco de violência. O médico deve dirigir-se ao paciente de maneira que seja visto por ele, ao mesmo tempo em que se mantém atento aos seus movimentos e fala. Da mesma maneira, não se deve dar as costas para um paciente agitado. Os movimentos devem ser suaves, evitando atitudes corporais de confrontação, tais como elevar a voz ou cruzar os braços, mantendo-se certa distância física do paciente. Isso evita que o paciente agrida o médico, mas também serve para tranquilizá-lo, uma vez que, dependendo da sua sintomatologia psicótica, pode se sentir ainda mais ameaçado pelo contato físico. Deve-se tentar manter o contato visual e evitar fazer anotações.

Antes de qualquer intervenção, o psiquiatra 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 e 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 claros e objetivamente colocados, sem ameaças ou humilhações. Importante ter em mente que esse não é o momento mais apropriado para confrontações. O paciente deve ser estimulado a expressar seus sentimentos em palavras e o médico deve reforçar a capacidade do paciente de autocontrole.

### 3. Manejo farmacológico

Uma sedação plena já foi considerada como o objetivo principal no manejo de pacientes agitados. Atualmente, considera-se a sedação excessiva como um efeito colateral indesejável, que interfere na avaliação médica inicial, no estabelecimento de aliança terapêutica, na formulação do diagnóstico primário e na observação da evolução do quadro clínico<sup>7</sup>. Portanto, o objetivo do uso de medicações é tranquilizar o paciente o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de auto e heteroagressividade e de ocorrência de efeitos colaterais, mas de maneira a permitir a continuidade da investigação diagnóstica e da abordagem terapêutica<sup>8</sup>. Entende-se por tranquilização rápida a obtenção de redução significativa dos sintomas de agitação e agressividade sem a indução de sedação mais profunda ou prolongada, mantendo-se o paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo<sup>9</sup>. A Tabela 3 apresenta os procedimentos envolvidos no manejo de pacientes agitados ou violentos

Entre as medicações mais utilizadas com a finalidade de controle da agitação psicomotora, estão os antipsicóticos convencionais, como haloperidol e clorpromazina; benzodiazepínicos, como diazepam, lorazepam e midazolam; e, mais recentemente, antipsicóticos de nova geração, como olanzapina, aripiprazol e ziprasidona<sup>10</sup>.

Os antipsicóticos de baixa potência (ex: clorpromazina) são medicações pouco seguras para serem usadas no manejo de quadros agudos, pois podem provocar sedação excessiva, hipotensão, arritmias cardíacas e diminuição do limiar convulsivo. Já os antipsicóticos de alta potência (ex: haloperidol) apresentam menor incidência de sedação excessiva ou hipotensão, baixa propensão ao efeito quinidina-like-QT (ou seja, menor probabilidade de arritmias cardíacas) e menor efeito na redução do limiar convulsivo. Por outro lado, antipsicóticos de alta potência têm maior chance de provocar sintomas extrapiramidais, como distonia aguda – que causa sofrimento significativo ao paciente, podendo diminuir a adesão ao tratamento de longo prazo –, e acatisia – que pode ser erroneamente interpretada como piora da agitação psicomotora<sup>11</sup>.

Os antipsicóticos de nova geração apresentam um melhor perfil de efeitos colaterais, com boa eficácia em reduzir a agitação, sem causar sedação excessiva e com menor risco de ocorrência de sintomas extrapiramidais<sup>12</sup>. Por outro lado, os custos com antipsicóticos de segunda geração são bem maiores, para um perfil de eficácia semelhante, particularmente para o manejo de uma situação aguda<sup>13</sup>. Atualmente, encontram-se disponíveis para uso parenteral, no Brasil: a olanzapina, sendo preconizada dose inicial de 10mg por via intramuscular e dose máxima diária de 30mg, e a ziprasidona, na dose inicial de 10mg e máxima de 30mg ao dia. O uso de olanzapina injetável concomitantemente com benzodiazepínicos deve ser evitado, pelo risco de eventos adversos graves<sup>14</sup>. Antipsicóticos em geral, e ziprasidona em particular, têm sido associados a um risco de aumento do intervalo QT, mas o evento parecer ser raro e associado a doses elevadas (maior que 80mg) de ziprasidona intramuscular<sup>15</sup>.

**Tabela 3 – Diretrizes para o manejo farmacológico de paciente agitado ou violento**

1	Avaliar clinicamente a gravidade da agitação psicomotora e preferencialmente quantificá-la por meio da pontuação de escalas de gravidade
2	Iniciar o manejo da situação de agitação psicomotora por meio de intervenções verbais, atitudinais e comportamentais, sempre que possível
3	Estabelecer um plano específico para o manejo da situação. Envolver as equipes de enfermagem e de segurança no manejo da situação
4	Na escolha da medicação a ser utilizada, considerar: idade, sexo, provável índice de massa corporal, presença de condição médica geral ou outras complicações clínicas, medicações prescritas anteriormente, ocorrência de efeitos colaterais com tratamentos anteriores e uso de substâncias psicoativas
5	Registrar em prontuário as justificativas clínicas para a escolha da(s) droga(s)
6	Sempre que possível, oferecer medicação por via oral
7	<i>Se paciente cooperativo, mas com risco de agitação:</i> Haloperidol 2,5 a 5mg por via oral OU Diazepam 10mg por via oral OU Haloperidol 2,5 a 5mg associado a Diazepam 10mg por via oral OU Risperidona 2mg, por via oral OU Risperidona 2mg associada a Lorazepam 2mg, por via oral Obs: Se condição médica geral presente, evitar benzodiazepínicos
8	<i>Se paciente não cooperativo, agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga:</i> Condição médica geral Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular OU Olanzapina (5 a 10mg) por via intramuscular OU Ziprasidona (5 a 10mg) por via intramuscular Intoxicação por estimulantes Midazolam (5 a 15mg) por via intramuscular OU Diazepam (5 a 10mg) por via endovenosa Intoxicação por álcool ou outras substâncias psicoativas Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular Transtornos psiquiátricos primários Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular OU Haloperidol (2,5 a 5mg) associado a Midazolam (5 a 7,5mg) por via intramuscular OU Olanzapina (5 a 10mg) por via intramuscular OU Ziprasidona (5 a 10mg) por via intramuscular Gestantes Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular
9	Reavaliar o paciente a cada 30 minutos e, preferencialmente, quantificar os níveis de tranquilização/agitação por meio da pontuação de escalas de gravidade, bem como aferição de sinais vitais
10	Em caso de necessidade de medicação adicional, repetir a droga (ou a combinação de drogas) usada inicialmente, na mesma dose
11	Realizar ECG em caso de administração de Ziprasidona, ou sempre que houver achados clínicos indicativos de alteração cardiovascular
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 benzodiazepínicos têm ação sedativa e ansiolítica, que levam à rápida tranquilização do paciente. Podem causar depressão respiratória, sedação excessiva, ataxia e desinibição paradoxal<sup>16</sup>. Devido ao efeito depressor do sistema nervoso central, devem ser evitados em pacientes intoxicados por outros depressores como álcool, barbitúricos ou opioides. Essa classe de psicofármacos também deve ser evitada 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<sup>11</sup>. Evita-se 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 midazolam é uma medicação que pode ser utilizada por via intramuscular, o que reduz seu potencial de causar depressão respiratória, se comparada à administração endovenosa. Possui rápido início de ação, porém tem meia-vida curta (entre 90 e 150 minutos), o que faz com que esta medicação seja, em geral, utilizada em associação com outras drogas de meia-vida mais longa. O lorazepam pode ser administrado por via oral ou parenteral, mas apenas a formulação oral encontra-se comercialmente disponível no Brasil.

Em nosso meio e em outros países em desenvolvimento, o uso do anti-histamínico prometazina, geralmente associado a um antipsicótico de alta potência, é prática clínica comum, embora diretrizes internacionais para manejo de agitação psicomotora não

incluam a prometazina como uma das opções farmacológicas<sup>11,16,17</sup>. A prometazina é um análogo químico da clorpromazina pertencente à classe das fenotiazinas, cuja indicação clínica principal é o controle de condições alérgicas. Em voluntários saudáveis, seus efeitos colaterais de sedação excessiva e prejuízo de funções cognitivas e motoras são bem demonstrados<sup>18,19</sup>. Por apresentar antagonismo dopaminérgico e noradrenérgico, a combinação de prometazina com haloperidol pode, na verdade, aumentar o risco de hipotensão e síndrome neuroléptica maligna<sup>20</sup>. Uma possível explicação para a disseminação do uso de prometazina, no Brasil, como droga de escolha para manejo de agitação psicomotora pode ser a indisponibilidade da apresentação para aplicação intramuscular do lorazepam. Outra possibilidade seria o fato de que os antipsicóticos de nova geração não são facilmente acessíveis em todos os serviços de saúde, em função dos custos ainda elevados em comparação com outras drogas.

As evidências disponíveis atualmente sugerem que o efeito sedativo da associação da prometazina com haloperidol seria mais pronunciado do que aquele obtido com o uso de olanzapina<sup>21</sup> ou de haloperidol administrado isoladamente<sup>22</sup>. Com relação aos efeitos colaterais, não foram observadas diferenças significativas entre a associação haloperidol-prometazina e olanzapina<sup>21</sup>, mas a ocorrência de distonia foi mais freqüente entre pacientes medicadas exclusivamente com haloperidol<sup>22</sup>. De qualquer maneira, os dados disponíveis apontam para um efeito primordialmente sedativo da prometazina.

Sempre que possível, é recomendável a tentativa de administração de medicação para controle de agitação por via oral antes de se tentar a via intramuscular<sup>23</sup>. Antipsicóticos de alta potência (ex: haloperidol), benzodiazepínicos de rápido início de ação (ex: diazepam), ou a associação de ambos, são boas opções de medicação por via oral em pacientes apresentando quadro de agitação inicial. Uma alternativa de terapêutica por via oral que demonstrou efetividade, com poucos efeitos colaterais é a associação de risperidona, um antipsicótico de segunda geração, com o benzodiazepínico lorazepam<sup>24</sup>.

Quando a medicação por via oral não é viável, quer seja por necessidade de rápido início de ação ou falta de colaboração do paciente, deve-se utilizar a via intramuscular. De acordo com diretrizes propostas pelo *National Institute for Mental Health and Clinical Excellence* (NICE), a intervenção farmacológica via parenteral deve ser considerada como última opção terapêutica, mantendo-se sempre o objetivo de induzir tranquilização e não sedação ou sono profundo<sup>25</sup>.

Embora as medicações das classes de drogas descritas anteriormente sejam utilizadas isoladamente, a associação do haloperidol com um benzodiazepínico (no caso do Brasil, midazolam), administrada por via intramuscular, tem sido proposta como a opção de melhor eficácia e de menor dose para obtenção de resposta e menor incidência de efeitos colaterais<sup>25-27</sup>.

Tendo-se em vista o objetivo de tranquilização e não sedação profunda, recomenda-se que o manejo de agitação/agressividade seja feito com as menores doses possíveis, ajustadas de acordo

com a necessidade clínica. No caso de prescrições adicionais, é recomendado que seja mantida a mesma droga (ou combinação de drogas), tendo-se em vista o aumento do risco de complicações com uso de polifarmácia<sup>14</sup>.

#### 4. Manejo físico

O emprego de isolamento e restrições físicas ou mecânicas são práticas ainda comuns, mas extremamente controversas em psiquiatria, tendo-se em vista o uso maciço e desenfreado destas técnicas em caráter coercitivo/punitivo, fato que acompanha a história da especialidade. Além do respeito à dignidade e aos direitos civis do paciente, a prática não encontra clara sustentação em evidências científicas e está associada à ocorrência de efeitos colaterais graves e mesmo óbito<sup>28,29</sup>. Os resultados dos poucos estudos sobre frequência, duração, tipo e indicadores de contenção são heterogêneos e essa variabilidade parece ser decorrente muito mais de diferenças culturais e legislativas do que de critérios clínicos propriamente ditos<sup>30</sup>. De qualquer maneira, nota-se um esforço mundial no sentido da instituição de diretrizes para normatização de métodos de isolamento e de contenção física ou mecânica, visando à restrição da prática para aquelas situações nas quais a restrição se faz realmente necessária para a proteção do paciente<sup>28</sup>.

Dependendo do grau de agitação e agressividade, alguns pacientes podem representar um risco para a própria integridade física, bem como para os demais pacientes, seus acompanhantes e os profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados. Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas descritas anteriormente não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento, contenção física ou contenção mecânica. Entende-se por isolamento a manutenção do paciente em um quarto fechado, onde ele pode se movimentar livremente, mas sem a possibilidade de deixar o ambiente, devido à porta trancada. A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito<sup>30</sup>.

Em alguns países europeus, como Reino Unido e Holanda, a prática de contenção mecânica não é permitida por lei<sup>30</sup>. Já nos Estados Unidos, o uso de contenção mecânica, associada à intervenção farmacológica, é prática corrente em serviços de emergências psiquiátricas para o manejo de pacientes agitados ou violentos<sup>31</sup>, mas de maneira criteriosa. Embora a admissão involuntária seja relativamente freqüente em serviços americanos de emergências psiquiátricas, menos de 10% destes pacientes são contidos fisicamente em algum momento de suas permanências nas emergências, sendo a contenção mecânica mantida por período relativamente curto de tempo<sup>32</sup>.

No Brasil, não temos conhecimento de resoluções de conselhos médicos, ou normatizações legais sobre práticas de isolamento e contenção física ou mecânica, inclusive sobre a determinação se tal procedimento se constitui ou não em ato médico. A contenção mecânica parece ser o meio mais comumente utilizado para

manejo de pacientes agitados e/ou violentos em nosso meio. Dados de um estudo desenvolvido no Rio de Janeiro mostram que a indicação de contenção mecânica a pacientes agitados e/ou violentos baseia-se fundamentalmente no julgamento clínico sobre a gravidade da agitação, não havendo influência do sexo do paciente ou do tipo de intervenção farmacológica utilizada para tal decisão. Por outro lado, pacientes mais jovens e com diagnóstico de transtornos mentais devido ao uso de substância psicoativa têm maior probabilidade de serem submetidos à contenção mecânica<sup>33</sup>.

A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações que vão muito além da discussão do trauma psicológico envolvido em uma abordagem agressiva e sem consentimento. São complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita. Em 1994, a Comissão do Estado de Nova Iorque para Qualidade de Cuidados reportou 111 óbitos relacionados à contenção mecânica durante os dez anos anteriores, o que levou a uma ampla revisão das práticas de contenção física ou mecânica e de isolamento<sup>32</sup>. Esses e outros distúrbios são passíveis de serem evitados se houver observação contínua do paciente contido fisicamente.

Em nosso meio, o uso da contenção mecânica de pacientes psiquiátricos é uma prática muito contestada, mas nem por isso pouco utilizada. Diferente de outras práticas que ainda são alvo de questionamentos, como a eletroconvulsoterapia, o uso da contenção mecânica nem sempre dispõe de um protocolo específico e estudos voltados para a avaliação da eficácia deste procedimento são escassos. Alguns aspectos que podem contribuir

para a avaliação e adequação do uso de contenção mecânica estão explicitados na Tabela 4.

### Considerações finais

Quanto maior for a experiência da equipe, menor a chance de concretização de atos violentos. A adequação do comportamento da equipe de profissionais no manejo da situação é um aspecto fundamental para a prevenção de agressão física ou danos materiais.

Nas situações em que o controle do comportamento agressivo não transcorreu como o esperado, é fundamental que 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 a situação é decorrente da sintomatologia do paciente e evitem que essa experiência influencie de maneira negativa situações semelhantes. Além disso, a identificação de eventuais falhas no manejo de um paciente em específico é fundamental para o aprimoramento da equipe para o manejo de uma situação semelhante no futuro. No entanto, para que o efeito de aprendizagem com a experiência de fato ocorra, essa abordagem da equipe deve ser feita de maneira cuidadosa e acolhedora e não pode, em hipótese alguma, ter caráter punitivo.

**Tabela 4 - Diretrizes para indicação e manutenção de contenção mecânica**

1	Entende-se por contenção mecânica a fixação do paciente ao leito por meio de faixas de couro ou tecido, geralmente aplicadas nos membros superiores e inferiores
2	A contenção mecânica deve ser usada como último recurso, quando todas as outras possibilidades de intervenção forem fracassadas
3	A contenção mecânica deve ser usada apenas quando há risco iminente de agitação psicomotora intensa, de auto e heteroagressão e de queda ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência
4	Deve-se estabelecer um plano específico para a realização do procedimento
5	A contenção mecânica deve ser realizada por vários membros da equipe (de preferência, cinco pessoas)
6	O médico deve estar presente durante todo o procedimento
7	O paciente deve ser continuamente orientado sobre o procedimento que está sendo realizado e os motivos que levaram a ele
8	A contenção mecânica deve ser mantida pelo menor tempo possível
9	O conforto e a segurança do paciente devem ser rigorosamente checados, verificando-se a qualidade da perfusão e a eventual ocorrência de garroteamento e hiperextensão de membros, compressão de tórax e de plexo braquial (no caso de uso de contenção em tórax)
10	O paciente deve ser mantido sob observação contínua pela equipe de enfermagem durante o período que for mantido sob contenção mecânica
11	Sinais vitais devem ser rigorosamente monitorados
12	O paciente deve ser reavaliado pelo médico assistente a cada 30 minutos, para a averiguação da necessidade de manutenção da contenção mecânica
13	A retirada da contenção mecânica deve ser realizada na presença de vários membros da equipe
14	As informações relativas à indicação de contenção mecânica, sinais vitais, condições de conforto e segurança e eventuais intercorrências durante o procedimento devem ser detalhadamente registradas em prontuário

## Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa <sup>1</sup>	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada <sup>2</sup>	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro <sup>3</sup>
Célia Mantovani	FMRP-USP	-	-	-	-	-	Lundbeck*
Marcelo Nobre Migon	UFRJ	-	-	-	-	-	-
Flávio Valdozende Alheira	UFRJ	-	-	-	-	-	-
Cristina Marta Del-Ben	FMRP-USP	FAPESP CAPES	-	-	-	-	-

\* Modesto

\*\* Significativa

\*\*\* Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: FMRP-USP = Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; UFRJ = Universidade Federal do Rio de Janeiro; FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; CAPES = Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Mais informações consultar as Instruções aos Autores.

## Referências

- Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):671-7.
- Del-Ben CM, Marques JM, Sponholz A, Jr., Zuairi AW. Mental health policies and changes in emergency service demand. *Rev Saude Publica.* 1999;33(5):470-6.
- Santos ME, do Amor JA, Del-Ben CM, Zuairi AW. Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study. *Rev Saude Publica.* 2000;34(5):468-74.
- Rossi J, Swan MC, Isaacs ED. The violent or agitated patient. *Emerg Med Clin North Am.* 2010;28(1):21.
- Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuairi 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(2):145-51.
- Merrick EL, Perloff J, Tompkins CP. Emergency department utilization patterns for Medicare beneficiaries with serious mental disorders. *Psychiatr Serv.* 2010;61(6):4.
- Miller DD. Atypical antipsychotics: sleep, sedation, and efficacy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2004;6(Suppl 2):3-7.
- Canas F. Management of agitation in the acute psychotic patient—efficacy without excessive sedation. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007;17 Suppl 2:S108-14.
- McAllister-Williams RH, Ferrier IN. Rapid tranquillisation: time for a reappraisal of options for parenteral therapy. *Br J Psychiatry.* 2002;180:485-9.
- Zimbroff DL. Pharmacological control of acute agitation: focus on intramuscular preparations. *CNS Drugs.* 2008;22(3):199-212.
- Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract.* 2005;11 Suppl 1:5-112.
- Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs.* 2005;65(9):1207-22.
- Freeman DJ, DiPaula BA, Love RC. Intramuscular haloperidol versus intramuscular olanzapine for treatment of acute agitation: a cost-minimization study. *Pharmacotherapy.* 2009;29(8):930-6.
- Marder SR, Sorsaburu S, Dunayevich E, Karagianis JL, Dawe IC, Falk DM, Dellva MA, Carlson JL, Cavazzoni PA, Baker RW. Case reports of postmarketing adverse event experiences with olanzapine intramuscular treatment in patients with agitation. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(4):433-41.
- Miceli JJ, Wilner KD, Swan SK, Tensfeldt TG. Pharmacokinetics, safety, and tolerability of intramuscular ziprasidone in healthy volunteers. *J Clin Pharmacol.* 2005;45(6):620-30.
- Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med.* 2001;(Spec No):1-90.
- Feifel D. Rationale and guidelines for the inpatient treatment of acute psychosis. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 14:27-32.
- Hindmarch I, Johnson S, Meadows R, Kirkpatrick T, Shamsi Z. The acute and sub-chronic effects of levocetirizine, cetirizine, loratadine, promethazine and placebo on cognitive function, psychomotor performance, and weal and flare. *Curr Med Res Opin.* 2001;17(4):241-55.
- Parrott AC, Wesnes K. Promethazine, scopolamine and cinnarizine: comparative time course of psychological performance effects. *Psychopharmacology (Berl).* 1987;92(4):513-9.
- Ranjan S, Chandra PS. Drug combinations for rapid tranquillisation. *Br J Psychiatry.* 2005;187:192-3.
- Raveendran NS, Tharyan P, Alexander J, Adams CE. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in India: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ.* 2007;335(7625):865.
- Huf G, Coutinho ES, Adams CE. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ.* 2007;335(7625):869.
- Vass A. NICE guidance “a real victory” for people with schizophrenia. National Institute for Clinical Excellence. *BMJ.* 2002;324(7351):1413.
- Currier GW, Chou JC, Feifel D, Bossie CA, Turkoz I, Mahmoud RA, Gharabawi GM. 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(3):386-94.
- Garza-Trevino ES, Hollister LE, Overall JE, Alexander WF. Efficacy of combinations of intramuscular antipsychotics and sedative-hypnotics for control of psychotic agitation. *Am J Psychiatry.* 1989;146(12):1598-601.
- 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(1):57-62.
- Battaglia J, Moss S, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, Dubin W, McGlynn C, Goodman L. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med.* 1997;15(4):335-40.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(9):889-97.
- Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry.* 1994;151(11):1584-91.
- Steinert T, Lepping P. Legal provisions and practice in the management of violent patients. a case vignette study in 16 European countries. *Eur Psychiatry.* 2009;24(2):135-41.
- Binder RL, McNiel DE. Emergency psychiatry: contemporary practices in managing acutely violent patients in 20 psychiatric emergency rooms. *Psychiatr Serv.* 1999;50(12):1553-4.
- D’Orio BM, Purselle D, Stevens D, Garlow SJ. Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* 2004;55(5):581-3.
- 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(3):263-8.