

# AGITAÇÃO PSICOMOTORA



Karoline Senna

Juliana Suzano

Gabriela Vieira

Orientador: Dr. Alexandre Pereira

# CONCEITO

---

- ✘ Estado de excitação mental e de atividade motora aumentada, associada a uma experiência subjetiva de tensão

# PRINCIPAIS CAUSAS

- ✘ Transtornos mentais decorrentes do **uso de drogas** (intoxicação ou abstinência)
- ✘ **Síndromes psicorgânicas:** *delirium* e demência
- ✘ Síndromes maníacas
- ✘ Síndromes fóbico-ansiosas
- ✘ Quadros paranóides
- ✘ Síndromes catatônicas
- ✘ Quadros histéricos
- ✘ Oligofrenia
- ✘ **Transtornos de personalidade**
- ✘ Transtornos mentais na infância
- ✘ Agitação no paciente epilético
- ✘ **Reação a estresse interpessoal** (conflitos no ambiente familiar)
- ✘ **Distúrbios metabólicos** (hipo/hiperglicemia, infecções, hipertireoidismo, uremia e insuficiência hepática)
- ✘ Intoxicações por solventes, inseticidas e medicamentos

# FATORES DE RISCO

---

- ✘ Jovem e sexo masculino
- ✘ Intoxicação por álcool
- ✘ Comportamento violento prévio
- ✘ Quadros psicóticos anteriores
- ✘ História anterior de automutilação
- ✘ História de condutas delinquentes
- ✘ Pertencer a grupos minoritários

# AVALIAÇÃO DO PACIENTE

---

- ✘ Anamnese subjetiva
- ✘ Anamnese objetiva com familiares e/ou responsável
- ✘ Exame físico e psíquico
- ✘ Exames subsidiários (laboratoriais e de imagem cerebral)

# FATORES DETERMINANTES

× *Dividido em 3 grupos:*

1. **Fatores etiológicos de natureza orgânica:**

- + Normalmente inicia de forma súbita, apresentando alterações repentinas do estado de humor.
- + *Outros indicadores são:* confusão mental com rebaixamento do nível de consciência e comprometimento cognitivo.

**Principais fatores:** TCE, epilepsia, intoxicação por substâncias exógenas, medicamentos, distúrbios metabólicos e síndromes de abstinência.

# FATORES DETERMINANTES

---

## 2. Sintomas psicóticas agudos:

- + Ocorre em pacientes com transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia ou outros transtornos delirantes crônicos.

## 3. Transtornos da personalidade:

- + Episódios de reações agudas a situações novas de estresse, conflitos familiares, etc.
- + Mais frequente em pacientes com personalidade do tipo *bordeline*, *histriônica*, *anti-social* e *paranóide*

# MANEJO DO PACIENTE

**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
-



# AVALIAR

---

- × Nível de consciência
- × Orientação alo e auto-psíquica
- × Alterações da atenção (hipotenacidade, hipervigilância, hipovigilância)
  
- × **Atenção especial deve ser dada:**
  - + Paciente com as mãos fechadas
  - + Musculatura tensa
  - + Sentado na ponta da cadeira
  - + Inquieto
  - + Paciente que fala alto, de forma ameaçadora
  - + Paciente paranóide ou com humor irritado, exaltado ou eufórico
  - + Paciente intoxicado por álcool ou outras drogas

# AVALIAR

---

## × Psicose:

- + Alterações do pensamento, senso-percepção, afeto e humor
  - × **Pensamento:** acelerado, descarrilhamento, fuga de idéias, perseveração, concretude
  - × **Senso-percepção:** ilusões, alucinações, pseudo-alucinações, alucinose
  - × **Afeto:** embotado, labilidade afetiva
  - × **Humor:** eufórico, ansioso, irritado

# TRATAMENTO

---

- ✘ Internação involuntária:
  - + Pacientes agitados ou violentos com delírios e alucinações de autoextermínio e homicida.
- ✘ Contenção física e medicamentosa.

# TRATAMENTO



## × Manejo Verbal:

- + Atitude calma, respeitosa e direta, tratando o paciente com honestidade.
- + Estimulado a falar de seus sentimentos
- + Esclarecer que seus atos agressivos não serão aceitos e de que o entrevistador tem meios de contê-los – Forma não desafiadora.

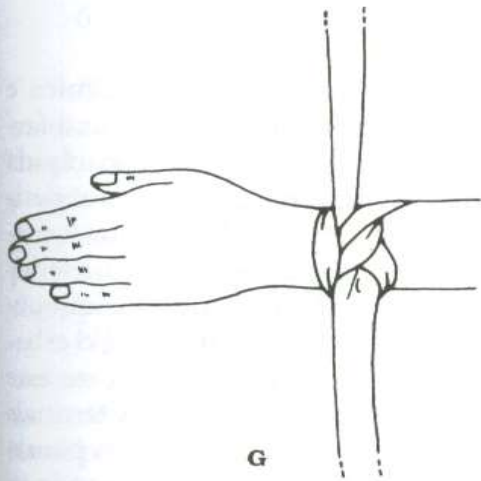
# TRATAMENTO



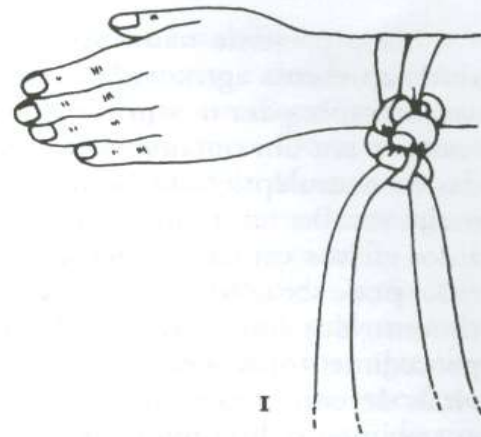
## × **Contenção Mecânica:**

- + Não deve ser encarada como um procedimento isolado.
- + Propiciar segurança à equipe médica e ao próprio paciente
- + Durante o procedimento, o paciente sempre deve ser esclarecido sobre o que está sendo feito - caráter não-punitivo (mesmo que esteja psicótico)
- + Manter por menor tempo possível

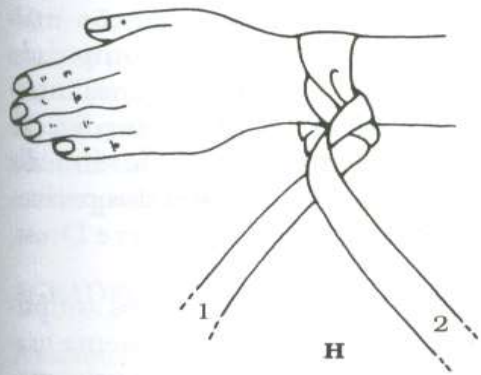
- Realizado por 5 pessoas - ideal
- Faixas de contenção – FORTES
- Posição de decúbito lateral, com a cabeça levemente elevada
- Paciente deve ser observado



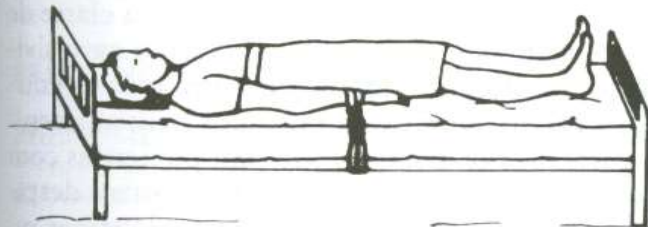
G



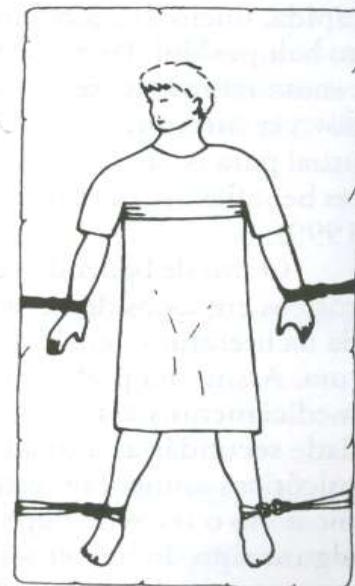
I



H



J



Ja

# TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- ✘ Haloperidol 5mg + Prometazina 50mg IM em intervalos de 30 minutos
- ✘ Haloperidol 5mg + Midazolam 15mg IM
- ✘ Midazolam 15 mg + Prometazina 50mg IM
- ✘ Clorpromazina 25 mg IM (risco de hipotensão)
- ✘ Olanzapina 10 - 20mg IM
- ✘ Ziprazidona 10 - 20mg IM
- ✘ Haloperidol 5mg IM de 30 em 30 minutos até 45mg/dia (neuroleptização rápida)

# REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

---

- ✘ BOTEGA, Neury José – **Prática psiquiátrica no hospital geral.** Agitação psicomotora, cap. 14 p. 211-223
- ✘ MANTOVANIL, Célia; MIGONLL, Marcelo; ALHEIRALLL, Flávio; DEL-NENL, Cristina Marta - **Manejo de paciente agitado ou agressivo.** Rev. Bras. Psiquiatria. vol.32 supl.2 São Paulo Oct. 2010
- ✘ DIMETRIO, Frederico Novas – **Psicofarmacologia Aplicada.** Manejo prático dos transtornos mentais
- ✘ HUMBERTO, Corrêa; NEVES, Fernando Silva – **O manejo do paciente em crise.** Rev. Bras. Psiquiatria. São Paulo Nov/Dez 2011.