



Abordagem da Agitação psicomotora

Alexandre de Araújo Pereira



CASO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

HISTÓRIA

João tem 32 anos, casado, 02 filhos, trabalhador rural, reside em um distrito rural há 05 quilômetros da sede do município. Veio trazido contido (amarrado em uma corda) por um vizinho e 02 irmãos que moram próximos a ele. Contam que o encontraram tentando se enforcar em uma árvore próximo de sua casa, o que pode ser comprovado por uma marca de corda em seu pescoço. Quando abordado por familiares saiu correndo para o mato. Há mais ou menos 01 mês João não estava bem, insone, irritava-se facilmente com as pessoas, não queria mais sair de casa, recusava a dieta, dizia que pessoas estavam querendo matá-lo. Já esteve internado duas vezes em Hospital Psiquiátrico em Fortaleza e esta é sua segunda tentativa de auto-extermínio. Teria abandonado a medicação psiquiátrica que tomava desde sua última internação, há 06 meses.



AO EXAME

João chega ao serviço médico com higiene precária, queimado de sol, descalço, debatendo-se. Tenta livrar-se da contenção física. Grita sem parar, solicita que seja solto, que não é nenhum marginal, que não é justo mantê-lo preso.

O nível de consciência está claro, mostra-se irritado, postura de medo, pensamento desorganizado, delírio de cunho persecutório pouco sistematizado, por vezes apresenta momentos de mussitação e risos imotivados.



CONCEITO

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



Quadros psiquiátricos mais relacionados a situações de violência

- **Transtornos psicóticos:** esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos delirantes, psicose pós-parto
- **Transtornos mentais orgânicos:** delirium, intoxicação/abstinência de drogas
- **Transtornos de personalidade:** anti-social, borderline
- **Transtornos cerebrais:** epilepsia, alterações de lobos frontais e temporais



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
- Intoxicações por solventes, inseticidas e medicamentos
- 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)



Fatores de risco

1. Aspectos demográficos
2. História prévia de atos violentos
3. Aspectos psicológicos
4. Comportamento durante a entrevista
(violência eminente)



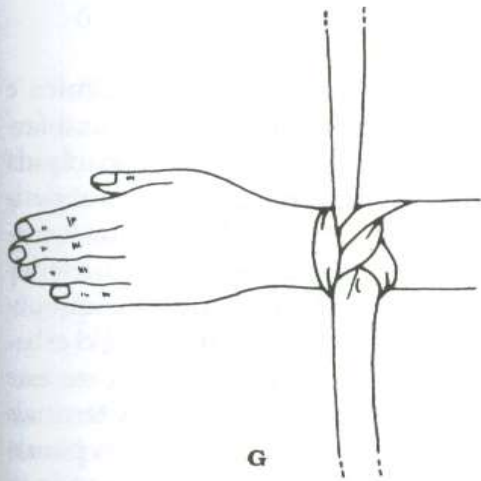
Avaliação do paciente potencialmente agressivo

- Objetivo: proteção dos outros pacientes e da equipe assistencial
- Setting de atendimento
- Posicionamento do entrevistador
- Postura do entrevistador
- Importante esclarecer o ambiente, a motivação e o objetivo do comportamento agressivo
- Obter informação de terceiros

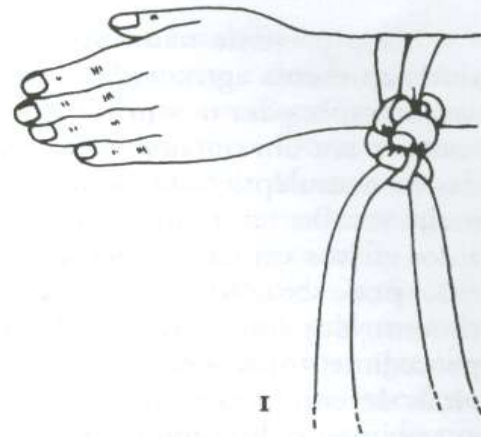


Contenção mecânica

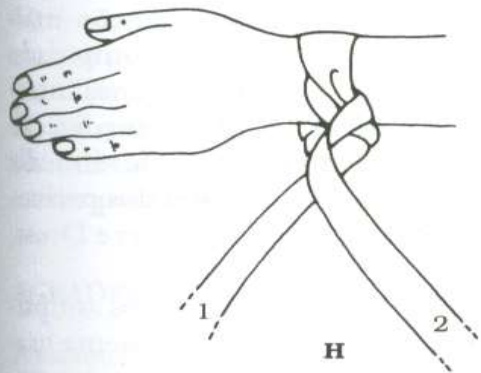
- Deve ser realizada por equipe de 05 pessoas
- O paciente deve ser informado da necessidade do procedimento
- O paciente deve ser revistado
- Monitorização freqüente e registro em prontuário
- Avaliar retirada do procedimento



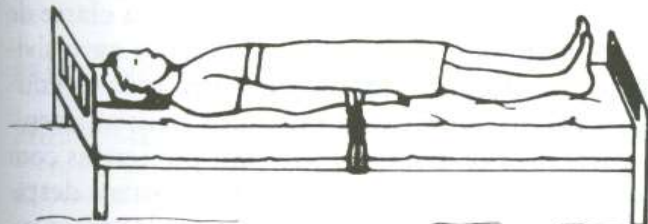
G



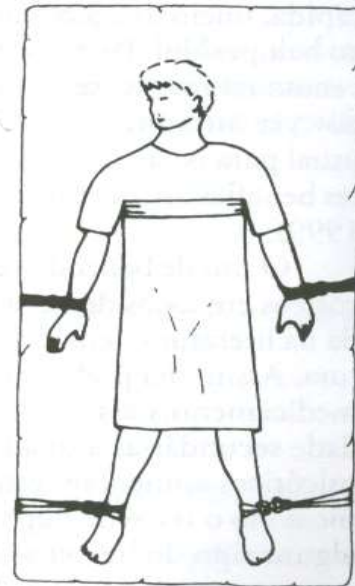
I



H



J



Ja



Tranqüilização medicamentosa

- 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)



Abordagem do paciente psicótico

- Estabeleça uma relação de confiança
- Propicie tempo para escutar o paciente e permita que ele construa, dê significado às suas vivências (mostre-se interessado mas não invada o espaço dele)
- Não conteste o delírio, mas também não o retifique (respeite)
- Se for necessário medicar tente a aceitação da medicação oral antes de da IM



Abordagem do paciente psicótico

- Seja espontâneo e sincero
- Não minta
- Não interprete a fala do paciente
- Trabalhe questões que fazem referência com a realidade, mas não o obrigue a aceitar seu ponto de vista
- Os atendimentos não precisam ser longos mas devem ser regulares