

CENBRAP EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

PSIQUIATRIA

Agitação psicomotora na emergência: prioridades antes da medicação

1. A síndrome antes do fármaco

Agitação é uma síndrome. A equipe precisa reduzir o risco enquanto procura a causa mais provável.

Segurança
Organize ambiente, apoio e rota de saída.

↓

Observação
Consciência, atenção, respiração, trauma e sinais neurológicos.

↓

Engajamento
Há espaço para diálogo e desescalada?

↓

Intervenção
Use a opção menos restritiva capaz de proteger.

Essas etapas acontecem em paralelo, não em fila.[1,2]

2. Segurança da cena em 60 segundos

- retire objetos potencialmente perigosos;
- mantenha acesso à saída;
- reduza ruído, plateia e estímulos;
- defina um profissional para conduzir a fala;
- chame apoio cedo quando houver risco de escalada;
- preserve espaço pessoal e posição não confrontativa.

> **Segurança não é intimidação.** A presença de apoio deve proteger a equipe sem transformar o encontro numa disputa de força.

O objetivo é evitar dano e criar condições para avaliação.[1,2]

3. Avalie enquanto intervém

Comece pelo que pode ser observado sem contato físico.

Domínio	O que observar
Consciência e atenção	flutuação, desatenção, sonolência
Respiração	esforço, frequência, possível hipóxia
Neurológico	marcha, assimetria, convulsão, rigidez
Autonômico	sudorese, tremor, hipertermia
Contexto	trauma, substâncias, abstinência, medicamentos

Quando possível, sinais vitais e glicemia ajudam a detectar causas que não podem esperar.[2]

4. Red flags que mudam a prioridade

- início abrupto ou quadro diferente do padrão anterior;
- alteração do nível de consciência ou atenção flutuante;
- sinais vitais anormais, hipoxemia ou hipertermia;
- trauma, déficit focal, convulsão ou rigidez;
- suspeita de intoxicação, abstinência ou reação adversa;
- imunossupressão, idade avançada ou doença clínica relevante.

> **Sintomas comportamentais não definem a etiologia**
>
> Uma condição sistêmica aguda, alteração neurológica ou exposição toxicológica pode exigir estabilização e investigação dirigida antes de uma entrevista psiquiátrica completa.

2,3

5. Desescalada verbal na prática

Se o paciente consegue estabelecer contato, tente ajudá-lo a recuperar controle suficiente para participar do cuidado.

1. Apresente-se e explique sua função.
2. Use frases curtas e tom estável.
3. Respeite o espaço pessoal.
4. Identifique a necessidade imediata.
5. Ofereça escolhas possíveis, não falsas opções.
6. Defina limites objetivos sem ironia ou ameaça.

> **Um interlocutor por vez.** Muitas vozes podem aumentar confusão e sensação de cerco.

1

6. Quando a medicação se torna necessária

A medicação ganha prioridade quando existe risco relevante, a desescalada falhou ou não é viável, ou o quadro impede cuidado urgente.

> **O objetivo é tranquilizar, não apagar.** Sedação excessiva pode dificultar avaliação, aumentar risco respiratório e atrasar o diagnóstico.

A hipótese de causa orienta a estratégia

Psicose, mania, delirium, intoxicação e abstinência não são cenários equivalentes. Via, escolha, dose, combinação e monitorização dependem do contexto, das comorbidades e do protocolo institucional.[3,4]

7. Contenção não é etapa automática

A contenção física é um último recurso quando medidas menos restritivas não protegem contra dano imediato.

- exige equipe treinada e técnica institucional;
- não pode ser punição ou conveniência;
- requer preservação da dignidade;
- demanda monitorização e reavaliação frequentes;
- deve ser retirada assim que houver segurança.

Se a contenção for indispensável, o tratamento farmacológico e a monitorização precisam reduzir o tempo e as complicações do procedimento.[2,3]

8. Depois da tranquilização, recomece

Reduzir a agitação não encerra o caso. Retome história, exame físico e neurológico, revisão de medicamentos e substâncias e investigação dirigida.

> **Documente:** risco observado, alternativas tentadas, razão da intervenção, resposta, monitorização e reavaliações.

Considere trauma, desidratação, hipertermia, rabdomiólise e comprometimento renal ou respiratório conforme o contexto.

Conheça a Pós-Graduação em Psiquiatria do CENBRAP

9. Referências

1. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient. West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3298202/
2. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, et al. Improving the management of acutely agitated patients through implementation of Project BETA. JACEP Open. 2020;1(5):898-907. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7593430/
3. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, et al. The Psychopharmacology of Agitation. West J Emerg Med. 2012;13(1):26-34. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3298219/
4. Thiessen MEW, Godwin SA, Hatten BW, et al. Clinical Policy: Severe Agitation. Ann Emerg Med. 2024;83:e1-e30. https://acep.org/siteassets/new-pdfs/clinical-policies/severe-agitation-cp.pdf