

# Agitação Psicomotora

Guia completo de manejo da agitação psicomotora no pronto-socorro: contenção não farmacológica, química (midazolam, haloperidol, cetamina), investigação etiológica e prescrições práticas para emergência e alta hospitalar.

**Paciente típico:** Paciente de qualquer faixa etária apresentando estado de excitação mental e atividade motora aumentada, podendo ser decorrente de causas clínicas, psiquiátricas, toxicológicas ou traumáticas. Comportamento disruptivo, inquietação, agitação verbal ou física, com ou sem comprometimento do nível de consciência.

## ? Guia rápido

*i Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes*

### História clínica típica

#### # História Clínica

Paciente trazido por familiares/SAMU/PM devido a agitação psicomotora há  horas/dias.

Apresenta comportamento agressivo, inquietação, desorientação têmporo-espacial.

episódios semelhantes prévios.

História de transtorno psiquiátrico:  (sim/não).

Uso de substâncias psicoativas:  (álcool, drogas ilícitas).

Última ingesta de álcool/drogas: há  horas/dias.

Medicações psiquiátricas em uso:  (nome, posologia, adesão).

Antecedente de TCE:  (sim/não).

Eventos estressores recentes: .

Nega febre, cefaleia, vômitos, déficit motor focal.

Sem alergias medicamentosas conhecidas.

#### # Exame físico

REG/BEG, agitado(a), não cooperativo(a), desorientado(a) no tempo e espaço

Glasgow:  (a0 + rV + rM)

Cardiovascular: RCR 2T BNF, sem sopros

Respiratório: MV+ bilateralmente, sem RA

Abdome: plano, RHA+, flácido, indolor à palpação

Neurológico: agitação psicomotora, força preservada em 4 membros, sem sinais de irritação

meníngea, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits focais evidentes

#### # HD

- Agitação psicomotora □ (leve/moderada/grave) a esclarecer

#### # Conduta

- Avaliação dos 4 Hs emergenciais: Hipóxia, Hipoglicemia, Hipertermia, Hipovolemia
- Contenção mecânica se risco iminente de auto/heteroagressão
- Contenção química conforme gravidade
- Investigação etiológica: HGT, sinais vitais, exames laboratoriais se indicados
- Avaliação psiquiátrica após estabilização

## Prescrição para paciente típico

### No pronto-socorro:

# PARA AGITAÇÃO MODERADA (paciente disruptivo, sem risco iminente)

01. Prometazina 50mg/2mL (25mg/mL) – 01 ampola (2mL), IM, dose única

02. Haloperidol 5mg/mL – 01 ampola (5mg), IM, dose única  
(Repetir 01 ampola IM em 15 minutos se necessário)

# EM CASO DE PERSISTÊNCIA DA AGITAÇÃO

03. Clorpromazina 25mg/5mL (5mg/mL) - 01 ampola, IM

# EM CASO DE PERSISTÊNCIA DA AGITAÇÃO

04. Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (10mg), EV, dose única

OU

04. Midazolam 15mg/3mL (5mg/mL) – 01 ampola, Fazer 1,5mL (7,5mg), IM, dose única

(Repetir dose de benzodiazepínico em 15 minutos se necessário)

# CUIDADOS GERAIS

05. Oxigênio suplementar se necessário (manter SatO2 >94%)

06. Monitorização contínua: FC, PA, FR, SatO2, Glasgow

07. Glicemia capilar

08. Acesso venoso calibroso se via EV necessária

## Para casa:

01. Risperidona 1mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, à noite, ao deitar

(Uso contínuo por 30 dias ou conforme orientação psiquiátrica)

02. Clonazepam 2mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, à noite, ao deitar

(Uso contínuo por 30 dias ou conforme orientação psiquiátrica)

03. Diazepam 10mg ————— 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, se agitação/ansiedade (máximo 2x ao dia)

## Para casa (receituário especial):

Receituário de controle especial (Notificação de Receita B ou B2):

01. Risperidona 1mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, à noite, ao deitar

Uso contínuo por 30 dias

02. Clonazepam 2mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, à noite, ao deitar

Uso contínuo por 30 dias

03. Diazepam 10mg ————— 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, se agitação (máximo 2x ao dia)

Uso por 20 dias

## ? NO PRONTO-SOCORRO

### • ▲ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **Segurança em primeiro lugar:** objetivo inicial é garantir segurança do paciente e da equipe
- **Avaliação dos 4 Hs emergenciais no primeiro minuto:**
  - ✓ **Hipóxia:** verificar SatO<sub>2</sub>, oferecer O<sub>2</sub> se necessário
  - ✓ **Hipoglicemia:** HGT imediato, corrigir se <70mg/dL

- ✓ **Hipertermia:** aferir temperatura, investigar infecção/síndrome neuroléptica
- ✓ **Hipovolemia:** verificar sinais de desidratação/choque
- **Categorização da agitação:**
  - Leve: capaz de conversar, colaborativo
  - Moderada: disruptivo, sem perigo iminente
  - Grave: combativo, risco de auto/heteroagressão
- **Abordagem não farmacológica (mnemônico SAVE):**
  - **Suporte e Atenção:** apresente-se, organize o cuidado
  - **Atenção:** escuta ativa
  - **Validação:** valide os sentimentos do paciente
  - **Emoção:** nomeie e racionalize as emoções
- **Ambiente terapêutico:** sala quieta, sem objetos que possam ser usados como arma, médico próximo à porta, equipe de segurança disponível
- **Contenção mecânica (quando indicada):**
  - Apenas para agitação grave ou após falha do tratamento não farmacológico
  - Equipe mínima de 5 pessoas (4 membros + cabeça)
  - Posição supina, cabeceira 30°, oxigênio suplementar
  - Usar pelo menor tempo possível, apenas como ponte até contenção química
  - Monitorar continuamente: consciência, sinais vitais, circulação distal
- **Investigação etiológica:**
  - Sempre considerar causas clínicas (especialmente em >40 anos, sem histórico psiquiátrico, início súbito)
  - Exames conforme suspeita: glicemia, eletrólitos, hemograma, função renal/hepática, tóxicos, TC crânio
- ☐ **SINAIS DE ALARME para causas clínicas:**
  - Febre, cefaleia, rigidez de nuca (meningite/encefalite)
  - Confusão mental flutuante (delirium)
  - Déficit neurológico focal (AVC, TCE)
  - História de TCE recente
  - Rigidez muscular + febre + alteração consciência (síndrome neuroléptica maligna)

## • BENZODIAZEPÍNICO

- **Prescrição prática:**
  - Midazolam 5mg/mL – 01 ampola (5mg), IM, dose única (repetir 01 ampola IM a cada 5-15 minutos se necessário, máximo 15-20mg)
  - Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) – 02 ampolas (10mg) + 10mL SF0,9%, EV lento em 2-3 minutos (se via EV disponível e equipe treinada)
- **Alternativas:**
  - Lorazepam 2mg – 01-02 comprimidos, VO (para agitação leve, via oral)
  - Diazepam 10mg – 01 comprimido, VO (para agitação leve, via oral)
- **Indicações:**
  - Primeira escolha para agitação moderada a grave de causa desconhecida
  - Primeira escolha para síndrome de abstinência alcoólica

- Agitação leve (via oral)
- **Apresentações:**
  - Midazolam: ampolas 5mg/mL (1mL, 3mL, 5mL, 10mL)
  - Diazepam: ampolas 10mg/2mL; comprimidos 5mg, 10mg
  - Lorazepam: comprimidos 1mg, 2mg
- **Via(s):**  IM |  EV |  Oral
- **Cuidados:**
  - **Via EV:** usar apenas em locais com equipe treinada para RCP (risco de depressão respiratória)
  - **Intoxicação alcoólica aguda:** ponderar risco de depressão respiratória se não houver monitorização adequada
  - **Idosos e crianças:** evitar benzodiazepínicos, preferir antipsicóticos atípicos em baixas doses
  - Pode haver necessidade de doses adicionais em até 50% dos pacientes
  - Monitorar nível de consciência, FR e SatO2 continuamente
  - Ter flumazenil disponível para reversão se necessário (0,2-0,5mg EV)

## • ANTIPSICÓTICO TÍPICO

- **Prescrição prática:**
  - Haloperidol 5mg/mL – 01-02 ampolas (5-10mg), IM, dose única (repetir 01 ampola IM a cada 15-30 minutos se necessário, máximo 30mg/dia)
  - Haloperidol 5mg – 01 comprimido, VO (para agitação leve, se via oral possível)
- **Alternativas:**
  - Haloperidol 5mg/mL + Prometazina 25mg/mL – Haloperidol 1 ampola (5mg) + Prometazina 2mL (50mg), IM (combinação superior ao haloperidol isolado, menor risco de distonia)
- **Indicações:**
  - Segunda linha para agitação moderada (se falha ou contraindicação a benzodiazepínicos)
  - Preferencial em pacientes com histórico de esquizofrenia ou transtorno bipolar
  - Preferencial em intoxicação alcoólica aguda quando monitorização não é possível
  - Agitação leve de etiologia psiquiátrica
- **Apresentações:**
  - Ampolas 5mg/mL (1mL)
  - Comprimidos 1mg, 5mg
  - Solução oral 2mg/mL
- **Via(s):**  IM |  EV |  Oral
- **Cuidados:**
  - ⚠ **Prolongamento do intervalo QT:** evitar em cardiopatias, hipocalcemia, uso concomitante de outras drogas que prolongam QT
  - ⚠ **Reduz limiar convulsivo:** evitar em epilepsia ou história de convulsões
  - ⚠ **Contraindicado em:** abstinência alcoólica, gestantes, doença de Parkinson

- **Efeitos extrapiramidais:** distonia aguda (tratar com biperideno 5mg IM), acatisia, discinesia tardia
- **Síndrome neuroléptica maligna:** febre, rigidez muscular, alteração consciência, instabilidade autonômica (suspender imediatamente)
- QT prolongado se  $\geq 450$ ms (homens) ou  $\geq 460$ ms (mulheres)
- Via EV apenas em ambiente monitorizado
- Combinação haloperidol + prometazina reduz efeitos extrapiramidais
- **Evitar combinação haloperidol + midazolam**

## • ANTIPSICÓTICO ATÍPICO

### ○ Prescrição prática:

- Risperidona 1mg – 01-02 comprimidos, VO, dose única (para agitação leve a moderada)
- Olanzapina 10mg – 01 comprimido sublingual, dose única (para agitação leve a moderada)

### ○ Alternativas:

- Quetiapina 25-50mg – 01-02 comprimidos, VO (alternativa para agitação leve)

### ○ Indicações:

- Agitação leve a moderada com via oral viável
- Preferencial em idosos e crianças (evitar benzodiazepínicos)
- Pacientes com histórico de transtornos psicóticos
- Melhor perfil de efeitos colaterais que antipsicóticos típicos

### ○ Apresentações:

- Risperidona: comprimidos 1mg, 2mg, 3mg; solução oral 1mg/mL
- Olanzapina: comprimidos 5mg, 10mg; comprimidos sublinguais 5mg, 10mg
- Quetiapina: comprimidos 25mg, 100mg, 200mg, 300mg

### ○ Via(s): Oral

### ○ Cuidados:

- Eficazes em 15 minutos (comparável ao haloperidol)
- Menor incidência de efeitos extrapiramidais vs. haloperidol
- Mantém risco de prolongamento QT e morte súbita
- Risperidona: pode causar hiperprolactinemia
- Olanzapina: risco de ganho de peso, síndrome metabólica
- Quetiapina: sedação importante, hipotensão ortostática
- Preferir em pacientes idosos e pediátricos ao invés de BDZ

## • ANESTÉSICO DISSOCIATIVO

### ○ Prescrição prática:

- Cetamina 50mg/mL – 5mg/kg, IM, dose única (exemplo: paciente 70kg = 350mg = 7mL)
- Cetamina 50mg/mL – 4mg/kg, IM, dose única (dose alternativa mais conservadora)

### ○ Alternativas:

- Cetamina 50mg/mL – 1-2mg/kg EV lento (se via EV disponível, apenas em ambiente com suporte avançado)
- **Indicações:**
  - Primeira linha para agitação grave (paciente combativo)
  - Falha de múltiplas tentativas com outras medicações
  - Necessidade de sedação rápida e profunda
  - Quando benzodiazepínicos e antipsicóticos falharam
- **Apresentações:**
  - Ampolas 50mg/mL (10mL)
  - Frascos 50mg/mL (10mL, 20mL)
- **Via(s):**  IM |  EV
- **Cuidados:**
  - **⚠ Uso em ambiente controlado:** equipe treinada, materiais de via aérea disponíveis
  - **Início de ação:** 3-5 minutos (IM), 1-2 minutos (EV)
  - **Duração:** 15-30 minutos
  - **Monitorização obrigatória:** FC, PA, SatO<sub>2</sub>, FR, nível de consciência
  - **Reação paradoxal:** alguns pacientes podem ter piora da agitação (complementar com BDZ)
  - **Efeitos adversos:** hipertensão, taquicardia, sialorreia, nistagmo, alucinações de emergência
  - **Contraindicações relativas:** cardiopatia grave, hipertensão não controlada, glaucoma, TCE com hipertensão intracraniana
  - Considerar associação de BDZ se reação paradoxal
  - Ter atropina disponível para sialorreia excessiva
  - Via EV: diluir em SF0,9%, administrar em 1-2 minutos

## • ANTI-HISTAMÍNICO SEDATIVO

- **Prescrição prática:**
  - Prometazina 25mg/mL – 01-02 ampolas (25-50mg), IM, dose única (preferencialmente associado ao haloperidol)
- **Indicações:**
  - Associação com haloperidol (reduz efeitos extrapiramidais)
  - Potencializa efeito sedativo de antipsicóticos
  - Efeito antiemético adicional
- **Apresentações:**
  - Ampolas 25mg/mL (2mL)
  - Comprimidos 25mg
- **Via(s):**  IM |  EV |  Oral
- **Cuidados:**
  - Evitar via EV rápida (risco de hipotensão)
  - Não usar via EV se acesso periférico (risco de necrose tecidual se extravasamento)
  - Sedação importante

- Efeitos anticolinérgicos: boca seca, retenção urinária, constipação
- Dose máxima: 100mg/dia

## • CORREÇÃO DE HIPOGLICEMIA (se HGT <70mg/dL)

### ○ Prescrição prática:

- Glicose 50% – 01 ampola (25g/50mL), EV em bolus
- Glicose 25% – 02 ampolas (50g/100mL), EV em bolus (alternativa se glicose 50% indisponível)

### ○ Indicações:

- HGT <70mg/dL
- Sempre verificar HGT em paciente agitado

### ○ Via(s): EV

### ○ Cuidados:

- Reavaliar HGT após 15 minutos
- Investigar causa da hipoglicemia
- Considerar infusão de SG5% ou SG10% se hipoglicemia recorrente

## ? PARA CASA

### • ANTIPSICÓTICO ATÍPICO

- **Prescrição:** Risperidona 1mg – Tomar 01 comprimido, VO, à noite, ao deitar (uso contínuo)
- **Indicações:** Manutenção ambulatorial em pacientes com transtornos psicóticos, agitação recorrente, necessidade de controle sintomático
- **Apresentações:** Comprimidos 1mg, 2mg, 3mg; solução oral 1mg/mL
- **Posologia:**
  - Inicial: 1mg à noite
  - Manutenção: 1-6mg/dia (ajustar conforme resposta)
  - Idosos: iniciar com 0,5mg 2x/dia
- **Cuidados:**
  - Necessita prescrição em receituário de controle especial (B2 - azul)
  - Acompanhamento psiquiátrico obrigatório
  - Monitorar sintomas extrapiramidais, ganho de peso, prolactina
  - Evitar suspensão abrupta
  - Pode causar sonolência, hipotensão ortostática
  - Orientar não dirigir no início do tratamento
- **Alternativa(s):**
  - Olanzapina 5-10mg – Tomar 01 comprimido, VO, à noite
  - Quetiapina 25-100mg – Tomar 01 comprimido, VO, à noite

### • BENZODIAZEPÍNICO

- **Prescrição:** Clonazepam 2mg – Tomar 01 comprimido, VO, à noite, ao deitar (uso contínuo) ou Diazepam 10mg – Tomar 01 comprimido, VO, se agitação/ansiedade (máximo 2x ao dia, uso por tempo limitado)
- **Indicações:**
  - Controle de ansiedade associada
  - Distúrbios do sono
  - Uso de resgate para episódios de agitação leve
  - Transtorno de ansiedade generalizada
- **Apresentações:**
  - Clonazepam: comprimidos 0,5mg, 2mg; gotas 2,5mg/mL
  - Diazepam: comprimidos 5mg, 10mg
  - Lorazepam: comprimidos 1mg, 2mg
- **Posologia:**
  - Clonazepam: 0,5-2mg à noite ou 2-3x/dia (máximo 8mg/dia)
  - Diazepam: 5-10mg 2-3x/dia (máximo 30mg/dia)
  - Lorazepam: 1-2mg 2-3x/dia (máximo 10mg/dia)
- **Cuidados:**
  - Necessita receituário de controle especial (B1 - azul)
  - Evitar uso prolongado (>4 semanas) - risco de dependência
  - Não suspender abruptamente (risco de síndrome de abstinência)
  - Causa sonolência, redução de reflexos - orientar não dirigir
  - Interação com álcool (potencializa depressão do SNC)
  - Tolerância com uso crônico
  - Idosos: iniciar com doses menores (risco de quedas, confusão)

## • ESTABILIZADOR DO HUMOR (se indicado)

- **Prescrição:** Ácido Valproico 500mg – Tomar 01 comprimido, VO, 2x ao dia (manhã e noite)
- **Indicações:**
  - Transtorno afetivo bipolar
  - Agitação recorrente associada a mania
  - Adjuvante no controle de impulsividade
- **Apresentações:**
  - Comprimidos 250mg, 500mg
  - Solução oral 50mg/mL
- **Posologia:**
  - Inicial: 250-500mg 2x/dia
  - Manutenção: 500-1000mg 2x/dia (ajustar conforme níveis séricos)
  - Dose terapêutica: 50-100mcg/mL
- **Cuidados:**
  - Necessita receituário de controle especial (C1 - branco/2 vias)
  - Monitorar função hepática, hemograma (hepatotoxicidade, trombocitopenia)
  - Teratogênico (contraindicado em gestantes - alto risco de malformações)
  - Tomar com alimentos (reduz intolerância gástrica)

- Interações medicamentosas importantes (ajuste de dose pode ser necessário)
  - Acompanhamento psiquiátrico obrigatório
  - Pode causar ganho de peso, tremor, queda de cabelo
  - **Alternativa(s):**
    - Carbonato de Lítio 300mg – Tomar 01-02 comprimidos, VO, 2-3x ao dia (ajustar conforme litemia)
- **☐☐☐☐ Orientações ao paciente**
    - **Retornar imediatamente se apresentar:**
      - Piora da agitação ou comportamento agressivo
      - Pensamentos de autoagressão ou heteroagressão
      - Febre, cefaleia intensa, rigidez de nuca
      - Movimentos involuntários, rigidez muscular
      - Impossibilidade de urinar ou movimentar os olhos (efeitos adversos de antipsicóticos)
      - Confusão mental progressiva
    - **Recuperação esperada:**
      - Melhora progressiva da agitação em 24-72 horas com medicação adequada
      - Estabilização completa pode levar 7-14 dias
      - Necessidade de acompanhamento psiquiátrico regular
    - **Restrições de atividade:**
      - Evitar dirigir veículos ou operar máquinas enquanto em uso de medicações sedativas
      - Evitar atividades que exijam atenção plena até estabilização completa
      - Repouso relativo nas primeiras 24-48 horas
    - **Hábitos de vida:**
      - **FUNDAMENTAL:** Evitar completamente uso de álcool e drogas ilícitas
      - Manter padrão regular de sono (dormir e acordar em horários fixos)
      - Alimentação regular em horários definidos
      - Prática de atividade física leve (caminhadas)
      - Evitar cafeína em excesso
      - Identificar e evitar gatilhos de estresse
    - **Seguimento:**
      - **Consulta com psiquiatra em até 7 dias (OBRIGATÓRIO)**
      - Não suspender medicações sem orientação médica
      - Trazer acompanhante às consultas inicialmente
      - Informar familiares sobre sinais de alerta
      - Manter suporte familiar e rede de apoio
      - Considerar psicoterapia associada

## ? CID-10:

- **F43.0:** Reação aguda ao estresse

- **F29:** Transtorno psicótico não orgânico não especificado
  - **R45.1:** Inquietação e agitação
  - **F10.0:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda
  - **F19.0:** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas - intoxicação aguda
- 

Revision #1

Created 17 October 2025 13:54:15 by Heric

Updated 17 October 2025 14:07:28 by Heric