



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo: Manejo da Agitação Psicomotora Aguda

Área(s): Diretoria de Serviços de Saúde Mental - DISSAM

Portaria SES-DF Nº 0000 de [data], publicada no DODF Nº 0000 de [data].

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Este Protocolo foi embasado em pesquisas realizadas nas bases de dados Pubmed e Cochrane no mês de outubro de 2022, utilizando-se dos termos "physical restraint" e "psychomotor agitation" para busca, além dos seguintes documentos norteadores: Livros-texto de psiquiatria e de emergências psiquiátricas, protocolos clínicos de outros serviços de saúde e materiais produzidos e utilizados em serviços da SESDF.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Contenção física; agitação psicomotora; physical restraint; psychomotor agitation.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram utilizados 16 textos relevantes, compreendendo o período de 2010 a 2021.

2- Introdução

Segundo Baldaçara¹: “a agitação psicomotora pode ser definida como um estado de atividade psicomotora excessiva sem necessariamente ter um propósito, podendo ser acompanhado por inquietação, aumento da atividade cognitiva, irritabilidade e até agressividade”. Em geral, vem acompanhada por um estado subjetivo de tensão.

A agressividade é o aumento da atividade motora com o intuito de causar dano a algo (objeto ou pessoa).

A agitação psicomotora aguda se apresenta com frequência aos serviços de urgência e emergência estimada em 3 a 5% de todos os atendimentos nestes locais².

São quadros bastante mobilizadores por expor pacientes, familiares e equipe assistencial a riscos à sua integridade. São necessárias, portanto, condutas assertivas e ágeis, tanto na obtenção de informações quanto para realizar o diagnóstico diferencial e instituir as intervenções preconizadas, a fim de se obter o melhor resultado rapidamente. Muitos profissionais de saúde relatam sentir insegurança física em suas atividades laborativas, e podem ser física e emocionalmente fortemente impactados caso sejam vítimas de agressão.

Em serviços de urgência especializados em saúde mental, a prevalência da agitação psicomotora aguda pode chegar a mais de 40% dos pacientes³.

O comportamento agitado ou agressivo pode ser resultado de inúmeros fatores, o que demanda adequada avaliação clínica, psicossocial e complementar, para instituição da conduta mais apropriada, com o menor risco de complicações. A existência de um diagnóstico prévio de transtorno mental não exclui que a pessoa também apresente comorbidades clínicas, intoxicações ou abstinência de substâncias.

Em geral, pacientes agitados ou agressivos apresentam baixo juízo crítico da realidade e do estado mórbido, e têm pouca chance de procurar ajuda espontaneamente. Muitas vezes, são levados aos serviços de urgência após confrontos com familiares ou autoridades.

A abordagem em equipe, bem como o preparo e treinamento prévios e periódicos são ideais. A adequada conduta pode melhorar o prognóstico, reduzir riscos para paciente e equipe, além de diminuir o tempo de internação.

A agitação psicomotora pode ser compreendida em um *continuum* de sintomas, variando de leve inquietação até grave violência. É importante identificar os episódios o mais precocemente possível, para evitar progressão. O manejo ineficaz pode resultar em uso desnecessário de medidas coercitivas e aumento de uso de recursos hospitalares, e mesmo de custos⁴.

A tranquilização rápida visa a acalmar o/a paciente sem necessariamente sedar completamente, a fim de que o atendimento possa prosseguir.

Procedimentos como a contenção física visam à proteção da pessoa em crise, de familiares e dos profissionais, e não devem ser utilizados como forma de punição ou intimidação dos pacientes⁵.

Araújo *et al* identificaram que os registros em prontuários e livros de ocorrência são confiáveis quanto à ocorrência de contenção, porém, as informações são incompletas quanto ao detalhamento de circunstâncias, duração do procedimento e situação de entrada do/a paciente, por exemplo⁶.

O presente documento descreve as medidas de preparo ambiental, identificação de risco, formas de prevenção, manejo não farmacológico e farmacológico de pacientes agitados ou agressivos nos serviços da rede SESDF.

3- Justificativa

O treinamento para o manejo de situações de agitação psicomotora é relevante devido à alta frequência destes quadros nos serviços de saúde. Além disso, são comportamentos que oferecem riscos aos pacientes, familiares e às equipes assistenciais.

A abordagem a estes quadros visa a:

- Proteger a vida e a integridade física e moral dos pacientes, evitando lesões e traumas;
- Permitir a continuidade da investigação diagnóstica;
- Propiciar o início ou ajuste da intervenção clínica específica;
- Reduzir risco de quedas, especialmente se há rebaixamento do nível de consciência;
- Diminuir o risco de contaminação, bem como a manutenção de acessos venosos, curativos, cateteres entre outras;
- Proteger outros pacientes, familiares e a equipe contra possíveis agressões;
- Preservar o patrimônio da instituição⁷.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

R45.1- Agitação e inquietação

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A avaliação inicial engloba anamnese, exame físico e exame do estado mental. Estes dados são fundamentais para a identificação das causas do comportamento agitado, o que possibilita a melhor assistência a partir da conduta específica mais apropriada ao caso. Cabe ressaltar que deve ser realizada também a avaliação de risco imediato e o cumprimento das medidas de segurança preconizadas. Ante o exposto, caso o comportamento do/a paciente impeça a sequência usual desse processo, algumas informações podem ser obtidas posteriormente.

Devem ser utilizadas outras fontes de informação de forma complementar, como a descrição do quadro por parte de familiares e acompanhantes, prontuários, relatos policiais ou da equipe que levou o/a paciente ao serviço ou ainda, de outras testemunhas.

As principais informações que devem ser obtidas são:

- Sinais e sintomas comportamentais atuais, bem como sua cronologia (nível de consciência, delírios, alucinações, comportamento desorganizado, confusão mental, alterações do humor, nível de energia, da linguagem ou psicomotricidade, do sono, apetite, atenção, memória e cognição, autolesão com ou sem ideação suicida);
- Presença de eventos estressores imediatos desencadeantes da crise (perdas, conflitos ou traumas, por exemplo);
- História psiquiátrica progressiva, incluindo diagnósticos, internações e tratamentos anteriores;
 - Medicamentos ou suplementos em uso por quaisquer motivos;
 - Uso de álcool ou outras drogas;
 - Histórico pessoal de comportamento violento;
 - Comorbidades clínicas;
 - Antecedente de alergias ou reações adversas a medicamentos;
 - Possibilidade de gravidez em pessoas em idade fértil;
 - Sinais vitais, lesões de pele, sinais de trauma, estado nutricional e de hidratação.

Alguns sinais são mais sugestivos de quadros orgânicos como causas da agitação e devem ser considerados durante a avaliação inicial⁸:

- Início súbito do quadro;
- Primeiro episódio após os 45 anos;
- Ausência de transtornos mentais prévios;
- Flutuação do nível de consciência;
- Alterações de sinais vitais;
- Desorientação temporal ou espacial;
- Déficits neurológicos focais;
- Alucinações visuais;
- Período pós-operatório imediato;
- Sudorese, tremor e palidez;
- Cefaleia severa;
- Rigidez muscular ou fraqueza intensa;
- Dispneia;
- Convulsões;
- Doenças metabólicas, endócrinas e vasculares prévias.

Embora não se possa prever com precisão a ocorrência de comportamento violento, existem alguns fatores de risco mais associados, como:

Figura 1. Fatores de risco para comportamento violento	
Sociodemográficos	Sexo masculino, Idade entre 15 e 24 anos Baixo nível social e educacional Pobre rede de apoio social
Antecedentes pessoais	Comportamento violento Internação psiquiátrica prévia Encarceramento Abuso de substâncias História de abuso na infância
Diagnóstico	Síndrome cerebral orgânica Transtorno de personalidade antissocial Esquizofrenia Transtornos por uso de substâncias
Sinais clínicos	Alucinações com vozes de comando Déficits no controle de impulsos Deficiência intelectual Falta de adesão a tratamentos Baixo juízo crítico Baixa tolerância à frustração Impulsividade Disfunção executiva

Figura 1: Fatores de risco para comportamento violento⁸. Fonte: Baldaçara et al, 2021.

O diagnóstico diferencial de possíveis transtornos associados ao comportamento agitado ou agressivo está descrito na figura a seguir:

Figura 2. Diagnóstico diferencial das causas de agitação psicomotora	
Transtornos mentais	Síndromes orgânicas
Transtorno de Personalidade Antissocial	Intoxicação ou abstinência de drogas
Transtornos dissociativos, transtornos do controle de impulsos	Infecções, incluindo meningite e sepse
Transtorno da Personalidade Paranoide	Epilepsia ou estados pós-ictais
Transtornos do humor, como nas fases maníaca ou estados mistos do humor do Transtorno Bipolar, ou na Depressão agitada	Traumatismo cranioencefálico ou Acidente Vascular Encefálico (AVE)
Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	Distúrbios metabólicos (hiponatremia, hipocalcemia, hipoglicemia)
Transtornos psicóticos	Encefalopatia por insuficiência hepática ou renal
Catatonias	Hipóxia
Reação vivencial	Doenças tireoidianas
	Intoxicação medicamentosa

Figura 2: Fatores de risco para comportamento violento^{8,9}. Fontes: Baldaçara et al, 2021 e Baldaçara et al, 2021.

Dentre os quadros psiquiátricos, a agitação psicomotora é comum na esquizofrenia e transtorno bipolar, neste caso principalmente na fase maníaca ou em estados mistos. Quando ocorre em um episódio depressivo maior, a agitação psicomotora pode ser indicativa de depressão bipolar. Este estado misto também pode estar associado a ideação suicida.¹⁰

Alguns sinais durante a avaliação sugerem a evolução para o comportamento francamente agressivo⁸, como por exemplo:

- Manter atitude hostil ou desconfiada;
- Mostrar-se com ansiedade e inquietação intensa;
- Fazer ameaças, gritar, falar palavrões, xingar o entrevistador ou acompanhantes;
- Balançar o corpo (para diante e para trás), balançar a cabeça (para cima e para baixo);
- Tentar pegar as pessoas, perseverar em movimentos;
- Bater em si mesmo, arranhar ou se beliscar;
- Andar de um lado para o outro continuamente;
- Chutar, espalhar ou atirar objetos;
- Bater portas;
- Não conseguir se manter sentado ou acatar instruções simples.

6- Critérios de Inclusão

Pessoas que apresentem comportamento agitado, ameaçador ou agressivo, que possam colocar em risco a sua própria segurança ou a de outras pessoas.

7- Critérios de Exclusão

Pacientes que não estejam agitados, mesmo que apresentem outros sinais de alterações mentais ou comportamentais.

Ressalta-se que a contenção física nunca deve ser realizada como forma de punição, coerção, ou por conveniência da equipe.

8- Conduta

A conduta para o manejo do comportamento agitado ou agressivo deve envolver toda a equipe de saúde e segurança dos serviços, está exposta no Fluxograma (Anexo 1) e pode ser didaticamente dividida em:

- Medidas ambientais;
- Medidas verbais (desescalamento);
- Contenção física;
- Medidas farmacológicas.

8.1 Conduta Preventiva

É importante que cada serviço de urgência e emergência implemente rotinas para lidar com situações de agitação e agressividade. As equipes devem ser treinadas de forma periódica e sistemática, inclusive quanto à comunicação de uma situação de crise.

Idealmente, o local para abordar os pacientes potencialmente agitados ou agressivos deve estar previamente preparado e apresentar redução de estímulos externos visuais e auditivos. Deve-se procurar manter o/a paciente longe de janelas ou outros locais que tenham vidros.

Deve-se verificar e remover do alcance de pacientes os objetos que possam ser usados para ataques, assim como acesso a lâminas, agulhas, objetos pontiagudos ou pesados (pesos de papel, tesouras, enfeites, garrafas, material de curativos, removedor de grampos, furadores de papel ou outros).

A rotina do serviço deve propiciar redução do tempo de espera para os atendimentos de pacientes em que for identificado maior risco de agitação. A equipe pode estabelecer códigos de comunicação para isso, e para indicar a necessidade de contenção física.

O profissional assistente deve ter acesso à porta de saída, e se necessário, realizar o atendimento acompanhado por outros colegas e/ou equipe de segurança.

Ao mesmo tempo em que se deve prezar pela segurança da equipe, também é necessário preservar a privacidade e evitar exposição desnecessária dos pacientes, tanto de informações e histórico pessoal, quanto de partes do corpo.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

A primeira medida na abordagem a uma situação de agitação ou agressividade é garantir a segurança do profissional. Em seguida, o objetivo é estabelecer um canal de comunicação com o/a paciente e buscar reduzir o risco para ambos. Sempre que possível, deve-se levar a pessoa a um local mais silencioso e tranquilo, embora com acessos fáceis à saída.

Algumas atitudes são recomendadas e podem mesmo reduzir a necessidade de medidas mais invasivas. É a abordagem verbal para desescalamento da agitação psicomotora:^{1,2,7,8,9}

- Mantenha uma atitude calma e confiante, sem demonstrar medo ou ansiedade.
- Chame a pessoa por seu nome e mantenha uma postura respeitosa.
- Demonstre interesse pelo relato da pessoa e em auxiliá-la no que for possível.

Deixe-a falar livremente.

- Respeite o espaço pessoal da pessoa.
- Mantenha o tom de voz baixo, mas firme. Não grite. Fale em ritmo natural, nem de forma rápida nem lenta demais.

- Não emita julgamentos sobre os comportamentos, não faça ameaças, não provoque a pessoa nem a humilhe. O contexto mais amigável reduz a chance de agressividade e aumenta a possibilidade de colaboração.
- Procure identificar sentimentos, necessidades e desejos do/a paciente. Muitas vezes, é possível resolver a questão sem medidas mais invasivas.
- A pessoa pode estar se sentindo desrespeitada ou humilhada. Procure compreendê-la para ajudar.
- É possível que a pessoa esteja com fome, sede ou frio. Pergunte sobre estas necessidades e ofereça água, um cobertor ou um lanche se possível.
- Estabeleça uma comunicação concisa, com afirmações simples, e uma de cada vez. Repita quantas vezes for necessário.
- Mantenha suas mãos à mostra, não nos bolsos ou nas costas, para evitar parecer ameaçador.
- Informe o/a paciente sobre o que está sendo feito ou quando precisar se aproximar para examinar, coletar amostras ou realizar algum outro procedimento, mesmo que ele(a) não pareça estar entendendo o que é dito.
 - Reforce a capacidade da pessoa de se controlar.
 - Confirme se está compreendendo o que é dito pela pessoa.
 - Ofereça escolhas razoáveis (por exemplo, se prefere o medicamento via oral (VO) ou intramuscular (IM), ou se prefere que apague parte das luzes do espaço), que podem aumentar a percepção de controle e autonomia.
 - Estabeleça limites claros e só negocie o que puder ser cumprido.
 - Reforce que você não é uma ameaça. Mantenha uma atitude acolhedora, sem demonstrar hostilidade.
- Evite sarcasmo. O humor pode ser benéfico em contextos específicos de vínculo, mas jamais para humilhar ou confundir pacientes que estejam com alterações mentais ou do comportamento.
 - Não entenda eventuais insultos como pessoais.
 - Atente-se à comunicação não verbal. Evite gestos bruscos ou exagerados.
 - Considere afastar acompanhantes desestabilizadores do local.
 - Mantenha uma distância segura ou, pelo menos, que possa se afastar se for necessário, e com acesso à porta da sala.
 - Não se coloque em posição encurralada, sem acesso à saída, e não fique de costas para o/a paciente.
 - Obtenha informações a partir do próprio/a paciente, de familiares, da equipe que possa ter resgatado a pessoa na rua, ou mesmo de outras testemunhas.

- Interrompa o atendimento e busque ajuda caso o risco esteja muito elevado. Retome-a assim que possível.

Caso as medidas verbais não surtam efeito, deve-se considerar a contenção química, aquela realizada por meio do uso de medicamentos. Esta etapa estará descrita no item 8.3.

Apenas como último recurso, em caso de falha nas medidas anteriores, é que se deve realizar a contenção física, conforme item 8.2.1, a seguir.

8.2.1 Contenção física

A contenção física é um procedimento que deve ser utilizado pelo menor tempo possível, e apenas após as outras medidas de redução da agitação ou agressividade não terem surtido efeito. O objetivo é proteger a vida do/a paciente e das pessoas ao redor. Não deve ser utilizada como punição.

O procedimento deve ser prescrito, e o/a paciente deve ser reavaliado clinicamente pela equipe médica e/ou de enfermagem a cada 30 minutos, com o correspondente registro em prontuário.

A pessoa deve ser mantida em local em que possa ser observada continuamente enquanto estiver contida.

A abordagem verbal e a contenção química devem ser mantidas durante a contenção física. Deve-se explicar claramente ao/à paciente o que está sendo feito, os motivos e objetivos, e preservar sua privacidade.⁷ Após tomada a decisão pela contenção, não retroceder, para que esta atitude não seja interpretada como coação¹.

É importante oferecer assistência e cuidados gerais: verificar hidratação, aquecimento, alimentação, condições de higiene e fornecer informações. Além disso, retirar calçados, anéis, pulseiras, correntes e outros adornos, explicando o motivo. Entregar estes itens para a família, ou guardar em cofre até a alta do/a paciente. Registrar os itens guardados.

A equipe para contenção deve ter pelo menos 05 pessoas, que atuam de forma coordenada. Um dos profissionais, que coordena o grupo, deve se manter visível para o/a paciente durante todo o período. Este/a profissional também busca tranquilizar a pessoa agitada e transmitir segurança. As outras quatro pessoas atuam simultaneamente em cada membro do/a paciente, tendo o cuidado de proteger as articulações contra entorses ou distensões.

Os materiais utilizados nas contenções físicas devem ser de tecido largo, não elástico e devem ser resistentes, preferivelmente as faixas específicas de contenção¹¹.

Devem ser periodicamente verificadas se não estão promovendo garroteamento, edema, ou lesões na pele. Devem ser presas à base da cama, não às grades laterais, para evitar lesões vasculares e nervosas em decorrência de movimentos.

As figuras 3, 4 e 5 ilustram a abordagem para contenção física.



Figura 3 – Equipe para contenção física. Adaptado de Marcel AAS, Souza MWP, Marques ME, Braga MC, 2015.

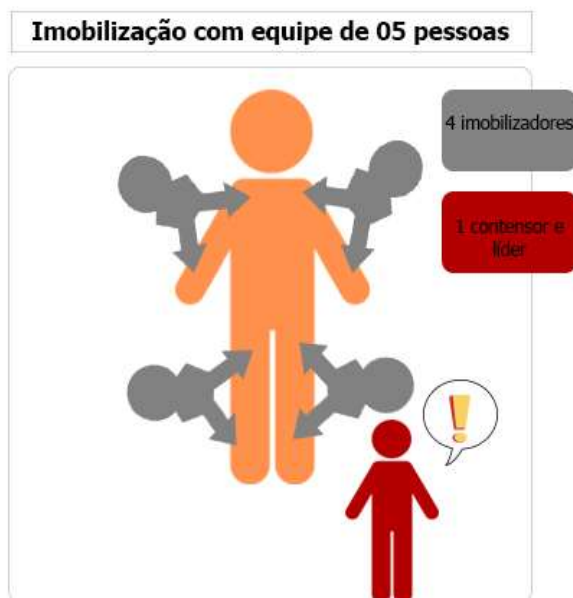


Figura 4 – Imobilização com equipe de 5 pessoas. Adaptado de Marcel AAS, Souza MWP, Marques ME, Braga MC, 2015.

Contenção: posição das faixas contensoras

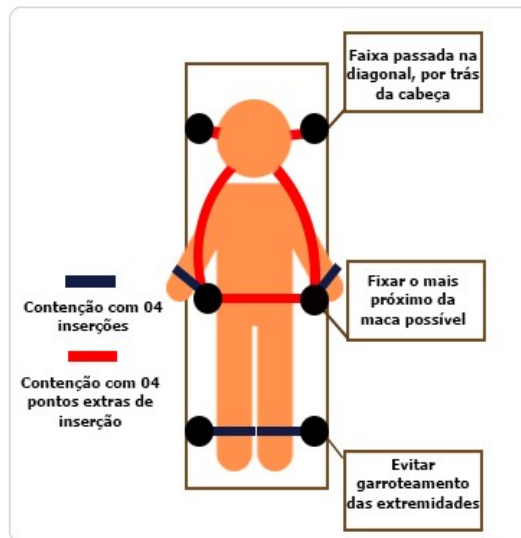


Figura 5 – Posição das faixas de contenção. Adaptado de Marcel AAS, Souza MWP, Marques ME, Braga MC, 2015.

Membros superiores e inferiores podem ser contidos com enfaixamento em espiral, separadamente. As pontas das faixas devem ser ancoradas com mínima folga possível em local de amarração. Caso necessário, faixas diagonais podem ser apoiadas sobre a superfície anterior dos ombros.

Quando o/a paciente contido/a é colocado/a em macas de urgência, estas devem ser abaixadas ao nível do chão, pois há risco de quedas. Atentar que as macas de urgência não são o local adequado para contenção, devido ao risco maior de lesões vasculares e nervosas. Portanto, deve-se monitorar a condição da pele nos locais de contenção com maior frequência.

O/a paciente estar em decúbito dorsal, com membros levemente abertos. A cabeça deve ficar ligeiramente elevada para reduzir sentimentos de vulnerabilidade e diminuir a possibilidade de broncoaspiração. Em geral, realiza-se a imobilização em 04 inserções. Ocasionalmente pode ser necessário utilizar 08 inserções, sendo duas em cada membro, ou ainda realizar a contenção torácica.

Não se deve obstruir nariz ou boca, nem torcer membros, empurrar, negociar a retirada da contenção sem medicar adequadamente, e principalmente manter o/a paciente sem supervisão.¹

Para a retirada da contenção, cada uma deve ser retirada por vez, a cada 5 minutos, até que fiquem apenas duas. Estas devem ser retiradas simultaneamente.

Todas as interações devem ser registradas no prontuário. Existe uma ficha específica no Trakcare (Anexo 2), a ser usada pelos serviços que utilizam este sistema. Mesmo nos locais que utilizam outros formatos de prontuário, minimamente, os dados a

serem documentados são: o quadro clínico que ensejou a indicação da contenção; as medidas de desescalamento verbal e contenção química utilizados, a equipe que realizou o procedimento, horário de início, sinais vitais, possíveis intercorrências, avaliação do local da contenção quanto à perfusão sanguínea e sinais inflamatórios, existência de sinais prévios de lesões corporais, cuidados prestados, horários e estado do/a paciente em cada avaliação e hora da retirada da contenção.^{8,10,13}

8.3 Tratamento Farmacológico

8.3.1 Fármaco(s)

CÓDIGO REME-DF	MEDICAMENTO (nome, apresentação)	LOCAL DE DISPENSAÇÃO (nível de atenção)
90123	Haloperidol comprimido 1 mg	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90124	Haloperidol comprimido 5 mg	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90125	Haloperidol solução oral gotas 2 mg/ml frasco 20 ml	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90126	Haloperidol solução injetável 5 mg/ml ampola 1 ml	Uso Hospitalar
90121	Clorpromazina (cloridrato) comprimido 100 mg	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90122	Clorpromazina (cloridrato) solução injetável 5 mg/ml ampola 5 ml	Uso Hospitalar
90120	Clorpromazina (cloridrato) solução oral gotas 40 mg/ml frasco 20 ml	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90326	Diazepam comprimido 5 mg	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90074	Diazepam solução injetável 5 mg/ml ampola 2 ml	Uso Hospitalar
90007	Clonazepam comprimido 2 mg	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
8829	Clonazepam solução oral 2,5 mg/ml frasco 20 ml	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
37773	Midazolam solução injetável 1 mg/ml ampola 5 ml	Uso Hospitalar
90039	Midazolam solução injetável 5 mg/ml ampola 10 ml	Uso Hospitalar
90111	Midazolam solução injetável 15 mg ampola 3 ml	Uso Hospitalar
90112	Midazolam comprimido 15 mg	Uso Hospitalar
3243	Midazolam solução oral 2 mg/ml frasco 10 ml	Uso Hospitalar
7031	Risperidona comprimido 1 mg	Uso Hospitalar
7032	Risperidona comprimido 2 mg	Uso Hospitalar
8784	Olanzapina comprimido 10mg	Uso Hospitalar
90761	Prometazina (cloridrato) comprimido 25 mg	UBS e uso Hospitalar
90762	Prometazina (cloridrato) solução injetável 25 mg/ml ampola 2 ml	UBS e uso Hospitalar

90090	Biperideno (cloridrato) comprimido 2 mg	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90339	Biperideno solução injetável 5 mg/ml ampola 1 ml	Uso Hospitalar
90291	Propranolol (cloridrato) comprimido 40 mg	UBS e uso Hospitalar
90863	Flumazenil solução injetável 0,5 mg/ 5mL ampola 5 mL	Uso Hospitalar

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Crianças: para este público, as medidas não farmacológicas são preferíveis. Caso seja necessário, optar por medicamentos via oral e ajustar as doses pelo peso ou idade. Atentar à possibilidade de efeitos adversos, especialmente agitação paradoxal.

- Gestantes: optar por haloperidol em monoterapia.

- Idosos: reduzir a dose inicial em relação à dos adultos, e atentar para o aumento da meia-vida devido ao metabolismo mais lento, com risco de acúmulo de doses. Haloperidol é uma opção segura. Evitar anticolinérgicos e benzodiazepínicos, pelo risco de *delirium*, sedação excessiva e quedas.

- Antipsicóticos podem reduzir o limiar convulsivo. Para pessoas com epilepsia, optar pelos benzodiazepínicos. Anticonvulsivantes apenas devem ser prescritos se a causa da agitação for epilepsia.

- Para intoxicações por drogas depressoras, optar pelo haloperidol. Em caso de drogas estimulantes, considerar benzodiazepínicos.

- Síndrome de abstinência alcoólica: se possível, optar pelos benzodiazepínicos e atentar para maior risco de convulsões com o uso de antipsicóticos.^{1,13}

Existem outras apresentações e fármacos que podem ser preconizados, porém, os apresentados neste documento estão padronizados para a rede hospitalar da SES DF.

8.3.2 Esquema de Administração

Entre os antipsicóticos típicos, estão incluídos o haloperidol e a clorpromazina, sendo que o principal mecanismo de ação destes é o bloqueio dos receptores D2 da dopamina. Outros efeitos podem estar associados à ação em receptores como M1 (muscarínicos), α 1 adrenérgicos e H1 (histaminérgicos).

Haloperidol

É um antipsicótico de alta potência, bastante seguro e a primeira escolha para utilização em grande variedade de quadros de agitação psicomotora, e perfis de pacientes, inclusive gestantes, idosos e pessoas com comorbidades clínicas.

É um medicamento que apresenta menor risco de sedação, hipotensão ou arritmias do que a clorpromazina, porém apresenta considerável risco de desenvolvimento de efeitos colaterais extrapiramidais, que são: acatisia, distonia aguda, parkinsonismo, tremores, discinesia tardia, e síndrome neuroléptica maligna.

Pode ser administrado por via oral e intramuscular. A via endovenosa aumenta o risco de cardiotoxicidade e morte súbita, e deve ser evitada¹⁵.

As doses podem ser repetidas após 30 minutos. Para o controle da esquizofrenia em longo prazo, raramente são necessárias doses maiores do que 15mg/dia.¹⁶

Clorpromazina

É uma fenotiazina com antagonismo de receptores de dopamina, além de potentes efeitos muscarínicos, histamínicos, noradrenérgicos e serotoninérgicos. Por este motivo, apresenta importante capacidade sedativa, além de riscos de hipotensão ortostática, taquicardia reflexa, arritmias e morte súbita. Também reduz o limiar convulsígeno, e pode levar a *delirium*, piora do glaucoma e íleo paralítico. Não é a primeira escolha para tratamento da agitação psicomotora, especialmente em intoxicações, quadros de comorbidades clínicas ou quando não se sabe o histórico do indivíduo. Devido à possibilidade de efeitos adversos, sugere-se não utilizar este fármaco caso haja outras opções disponíveis. As doses terapêuticas podem variar de 50 a 1.200 mg/dia, embora raramente seja necessário mais do que 600 mg/dia.

Antipsicóticos atípicos: incluem risperidona e olanzapina

Este grupo de fármacos apresenta, além da capacidade de bloquear receptores dopaminérgicos, efeitos nos receptores 5HT_{2A} da serotonina. Apresentam menor risco de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais do que com os antipsicóticos típicos. Entretanto, podem aumentar o intervalo QT e, com o uso contínuo, piorar o perfil metabólico. Na rede SES DF, não estão disponíveis apresentações injetáveis.

Olanzapina

É um antipsicótico da classe dos tienobenzodiazepínicos. É seguro para pacientes idosos. Está formalmente indicado para tratamento da esquizofrenia, transtorno bipolar do humor e transtorno esquizoafetivo. As doses usuais podem variar de 10 a 20mg/dia, em única dose diária. Eventualmente, pode-se prescrever até 30 mg/dia. Em idosos, pode-se iniciar com 2,5mg a 5mg. Há importante efeito de ganho de peso e piora do perfil metabólico quando utilizada por longo prazo.

Risperidona

É um antipsicótico da classe dos benzisoxazólicos. É uma boa opção para tranquilização rápida por via oral. As doses usuais podem variar de 1 a 2 mg/dia para idosos com demência, a até 6 mg/dia em pacientes com esquizofrenia.

Benzodiazepínicos (Incluem o Diazepam, Clonazepam, Midazolam)

O mecanismo de ação é pela facilitação da transmissão do GABA, o que leva a seus efeitos sedativo, hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante e miorelaxante. São mais sedativos que os antipsicóticos típicos, sem provocarem efeitos extrapiramidais.

Entretanto, podem levar a ataxia, sedação excessiva, depressão respiratória ou mesmo agitação paradoxal, especialmente em pessoas com lesões cerebrais orgânicas, deficiência intelectual ou demência. Apresentam também risco de abuso e dependência com o uso em longo prazo.

Devem ser evitados em idosos, pelo maior risco de queda e em pessoas com reserva pulmonar reduzida, pelo risco de depressão respiratória. Além disso, estão contraindicados nos casos de intoxicação por álcool, opioides, barbitúricos ou outros sedativos.

Por outro lado, estão indicados para tratamento da abstinência alcoólica.

Diazepam

Tem apresentações em comprimidos ou injetáveis. Quando aplicado via intramuscular, a absorção é errática. Por via oral, o pico de concentração plasmática é de 30 a 90 minutos e a meia-vida varia de 20 a 90 horas. A dose usual pode variar de 5 a 40mg ao dia. Pacientes com dependência de álcool ou de benzodiazepínicos podem necessitar de doses ainda maiores durante o período de abstinência para obter efeito terapêutico.

Caso seja optado pela aplicação por via endovenosa, administrar sem diluir, a fim de evitar cristalização. Não administrar em soluções aquosas junto a outros medicamentos.

Clonazepam

Tem alta potência e meia-vida longa - 20 a 40 horas. Tem apresentações em comprimidos ou solução oral, que pode ser útil em algumas situações. As doses podem variar de 0,25 a 8mg/dia ou mais, especialmente em pessoas que utilizam este fármaco por longo prazo e desenvolvem tolerância.

Midazolam

Benzodiazepínico com efeito hipnótico acentuado, início de ação rápida e curta duração, devido à meia-vida por via oral ou intramuscular de 90 a 150 minutos. Nos casos de agitação severa, pode ser utilizado em monoterapia ou associado a antipsicóticos. Pode induzir amnésia anterógrada. As doses usuais vão de 5 a 15 mg.

Como tem potencial para levar à depressão respiratória, a repetição de dose deve ser realizada com cuidadosa monitorização de sinais vitais, e em contexto em que eventual reversão possa ser realizada.

Anticolinérgicos e Antihistamínicos

Não são recomendados anticolinérgicos de rotina em todos os casos de agitação, pois podem desencadeá-la e causar confusão mental. Entretanto, estes medicamentos podem ser necessários especialmente para pacientes com efeitos extrapiramidais pelo uso de antipsicóticos.

Prometazina

A prometazina é uma fenotiazina com ação antihistamínica e anticolinérgica. Apesar de não ser universalmente indicada para uso associado aos antipsicóticos, aumenta o efeito sedativo e reduz os efeitos extrapiramidais. Está disponível nas apresentações de comprimidos de 25 mg e para uso intramuscular em ampolas de 50 mg/2 mL. Pode induzir efeitos como boca seca, retenção urinária, sedação, tonturas, visão borrada, confusão mental, excitação, hipotensão postural, taquicardia, tremores e vômitos.

A associação ao haloperidol já se mostrou segura e eficaz no manejo da agitação psicomotora aguda¹⁶.

As figuras 6 e 7 apresentam opções de medicamentos disponíveis na SES DF para tranquilização rápida.

Figura 6: Opções de medicamentos recomendados por via oral

Medicamento	Apresentações	Início da ação	Dose	Repetição após	Dose máx em 24h
Clonazepam	CP / GT	1-3h	0,5 - 2 mg	1 h	8 mg
Diazepam	CP	30-90 min	10 mg	1 h	60 mg
Haloperidol	CP / GT	1 h	5 - 15 mg	8 h	15 mg
Olanzapina	CP	1-2 h	5-10 mg	2 - 4 h	30 mg
Risperidona	CP	1 h	2-3mg	1 h	8 mg
Risperidona + Clonazepam	CP	1 h	2 mg/2 mg	1 h	6 mg/6 mg
Clorpromazina	CP ou GT	1 h	25-100mg	4 h	800 mg

Fontes^{1,2,13}: Baldaçara, 2018; Quevedo, 2020, 2016 e Chanmugam A, Triplett P, Kelen G, 2013.

*Legenda: CP, comprimido; GT, gotas.

Figura 7: Opções de medicamentos recomendados por via intramuscular

Medicamento	Início da ação	Doses	Repetição após	Dose máx em 24h
Haloperidol	30 min	2,5 - 10mg	30 min	30 mg
Haloperidol + Midazolam*	20 min	2,5-5 mg + 7,5-15 mg	30 min	30 mg de haloperidol
Haloperidol + Prometazina	20 a 30 min	2,5-10 mg + 25-50 mg	30 min	30 mg/ 100 mg
Clorpromazina	20 a 30 min	25 mg	1h	100mg
Midazolam	15 a 20 min	5-15 mg	30 min	*
Diazepam	15 a 45 minutos	10mg	1h	40mg

Fontes^{1,2,15}: Baldaçara, 2018, Quevedo, 2020 e Cordioli, 2015.

*A meia vida do midazolam é curta, de 90 a 150 minutos. Portanto, a dose máxima diária dependerá do intervalo da dose administrada.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O medicamento para manejo da agitação deverá ser utilizado até que o comportamento não seja mais ameaçador. Não é necessária a sedação completa.

A contenção deverá ser mantida pelo mínimo de tempo possível, até que o/a paciente se tranquilize o suficiente para que outras medidas tenham efeito. Além das reavaliações frequentes do estado da pessoa no momento, deve-se buscar identificar as causas da agitação psicomotora, a fim de instituir as medidas específicas efetivas.

Para tratamento de sintomas extrapiramidais desencadeados pelo uso de antipsicóticos (por exemplo, Parkinsonismo secundário, com tremores, rigidez, bradicinesia), está indicado o biperideno 2 mg por via oral. A apresentação intramuscular de 5 mg/ml pode ser usada para distonia aguda (contratura muscular involuntária, lenta e prolongada). A prometazina 25 mg VO ou 50 mg IM também são alternativas terapêuticas. Nos casos de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais, deve-se optar por antipsicóticos atípicos para prosseguir o tratamento, pois estes oferecem menor risco de desenvolvimento destes sintomas¹.

A acatisia é outro efeito adverso relacionado principalmente ao uso de antipsicóticos típicos. Trata-se de uma inquietação motora, associada a intenso desconforto subjetivo, manifestado especialmente em membros inferiores. Seu diagnóstico é importante, pois pode ser confundida por aumento da agitação psicomotora e consequente prescrição de maiores doses de antipsicóticos, o que piora o quadro. O tratamento da acatisia engloba a substituição do antipsicótico por um atípico, além de propranolol e benzodiazepínicos¹. Sugere-se a prescrição de propranolol de 20 a 160mg/dia, em duas ou três tomadas diárias, e clonazepam de 0,5 a 4,5mg/dia em uma a três tomadas, com a titulação gradual e de acordo com a resposta do/a paciente.

Em caso de depressão respiratória por benzodiazepínicos, manter as vias respiratórias desobstruídas e monitorar função cardíaca. Utilizar o antagonista específico dos benzodiazepínicos, flumazenil, na dose inicial de 0,3 mg EV, com incrementos de 0,3 mg a cada 60 segundos até a reversão do coma¹⁵.

9- Benefícios Esperados

Espera-se que as medidas preconizadas permitam a tranquilização rápida dos pacientes, a fim de evitar episódios de agressividade, com lesões a eles mesmos, à equipe assistencial, bem como danos ao patrimônio. Desta forma, a avaliação diagnóstica específica e a instituição de medidas terapêuticas serão mais apropriadas às necessidades apresentadas, com menor desgaste da equipe.

10- Monitorização

Durante o período em que o/a paciente apresenta quadro de agitação psicomotora, a observação deve ser contínua. A pessoa deve ser mantida em ambiente mais calmo e isolado, porém, visível para a equipe.

O registro da contenção física em prontuário deve se dar a cada 30 minutos e apresentar no mínimo as seguintes informações: horário de início da contenção, estado geral, nível de consciência, sinais vitais, perfusão de extremidades, existência de possíveis lesões de pele ou sinais de garroteamento e informações sobre a contenção química concomitante. Existe um formulário específico para tal finalidade no Trakcare (Anexo 2).

Avaliar risco e possibilidade de Síndrome Neuroléptica Maligna, que pode ocorrer com o uso de antipsicóticos típicos em pacientes sensíveis. O uso de anticolinérgicos pode aumentar o risco de *delirium*.

Alguns riscos da contenção física também devem ser avaliados e prevenidos, como rabdomiólise, aspiração broncopulmonar, trombose venosa profunda, isquemia de extremidades ou escaras.

A retirada da contenção deve se dar após avaliação e orientações pela equipe, de que o/a paciente não oferece mais risco imediato de agressividade.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

No seguimento de pacientes agitados, solicitar avaliação especializada psiquiátrica, via interconsulta ou teleconsultoria. Caso esteja indicada a internação, inserir a solicitação no SISLEITOS para regulação.

Deve-se iniciar o tratamento para causas específicas identificadas, como alterações metabólicas, neurológicas, intoxicações ou para o diagnóstico psiquiátrico realizado (por exemplo, transtorno bipolar ou esquizofrenia).

Na alta hospitalar, encaminhar o/a paciente para prosseguir o acompanhamento no serviço ambulatorial, com orientações, contrarreferência, receitas, relatórios e demais documentos necessários.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Cada serviço deve treinar suas equipes de forma sistemática e periódica para o manejo de situações de agitação ou agressividade, e para que a atuação seja mais rápida e adequada quando necessária. Este treinamento deve incluir as equipes de segurança.

Sugere-se acompanhar indicadores como: diagnósticos mais frequentes que levam à agitação psicomotora e tempo médio de contenção.

14- Referências Bibliográficas

1. Baldaçara, L. Emergências Psiquiátricas. Grupo GEN, 2018. E-book. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595153165/>>. Acesso em: 25 out. 2022.
2. Quevedo J. Emergências Psiquiátricas-4. Artmed Editora; 2020.
3. Kevin Mackway-Jones Acute Psychiatric Emergencies A Practical Approach Advanced Life Support Group. Wiley and Sons, 2020.
4. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, Catalán R, Vázquez M, Soler V, Ortuño N, Martínez-Arán A. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC psychiatry. 2017 Dec;17(1):1-1.
5. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Comissão Central de Protocolos Clínicos. Manejo do/a paciente adulto com agitação e agressividade. 3ª edição - 2022. Disponível em: <www.fhemig.mg.gov.br>. Acesso em: 26 out. 2022.
6. Araújo EM, Martins ES, Adams CE, Coutinho ES, Huf G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010;59:94-8.

7. Hospital São Vicente de Paulo. Núcleo de Qualidade e Segurança do/a paciente e Comissão de Investigação e Gerenciamento de Risco e Eventos Adversos. Protocolo de contenção física/química HSVP/SES/DF. 2017.
8. Baldaçara L, Ismael F, Leite VS, Figueiredo RN, Pereira LA, Vasques DA, de Barros Calfat EL, Rizkalla A, Périco CA, Porto DM, Zacharias CE. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: cuidados gerais e avaliação. *Debates em Psiquiatria*. 2021 Mar 31;11(1):8-20.
9. Baldaçara L, Ismael F, Leite VS, Figueiredo RN, Pereira LA, Vasques DA, de Barros Calfat EL, Rizkalla A, Périco CA, Porto DM, Zacharias CE. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: técnicas de comunicação e contenção física. *Debates em Psiquiatria*. 2021 Mar 31;11(1):22-7.
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora; 2016 Nov 1.
11. Marcel AAS, Souza MWP, Marques ME, Braga MC. Protocolo de manejo das urgências psiquiátricas. Diretoria de Política de Urgência e Emergência SAS/SESA. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/notas_tecnicas/2018/NotaTecnica3_anexos/Anexo_C-Protocolo_de_Manejo_das_Urgencias_Psiquiatricas.pdf. Acesso em 19/01/2023.
12. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, Baldaçara L, San L, McAllister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *The world journal of biological psychiatry*. 2016 Feb 17;17(2):86-128.
13. Chanmugam A, Triplett P, Kelen G. *Emergency psychiatry*. Cambridge University Press; 2013 May 9.
14. Baldaçara L, Pinto FI, da Silveira Leite V, Figueiredo RN, Pereira LA, Vasques DA, de Barros Calfat EL, Rizkalla A, Périco CA, Porto DM, Zacharias CE. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: abordagem farmacológica 1–tranquilização rápida. *Debates em Psiquiatria*. 2021 Mar 31;11(1):28-35.
15. Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. *Psicofármacos-: Consulta Rápida*. Artmed Editora; 2015 Oct 1.
16. Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(11).

Elaboração: Fernanda Benquerer Costa - Referência Técnica Distrital em Psiquiatria.

Colaboração:

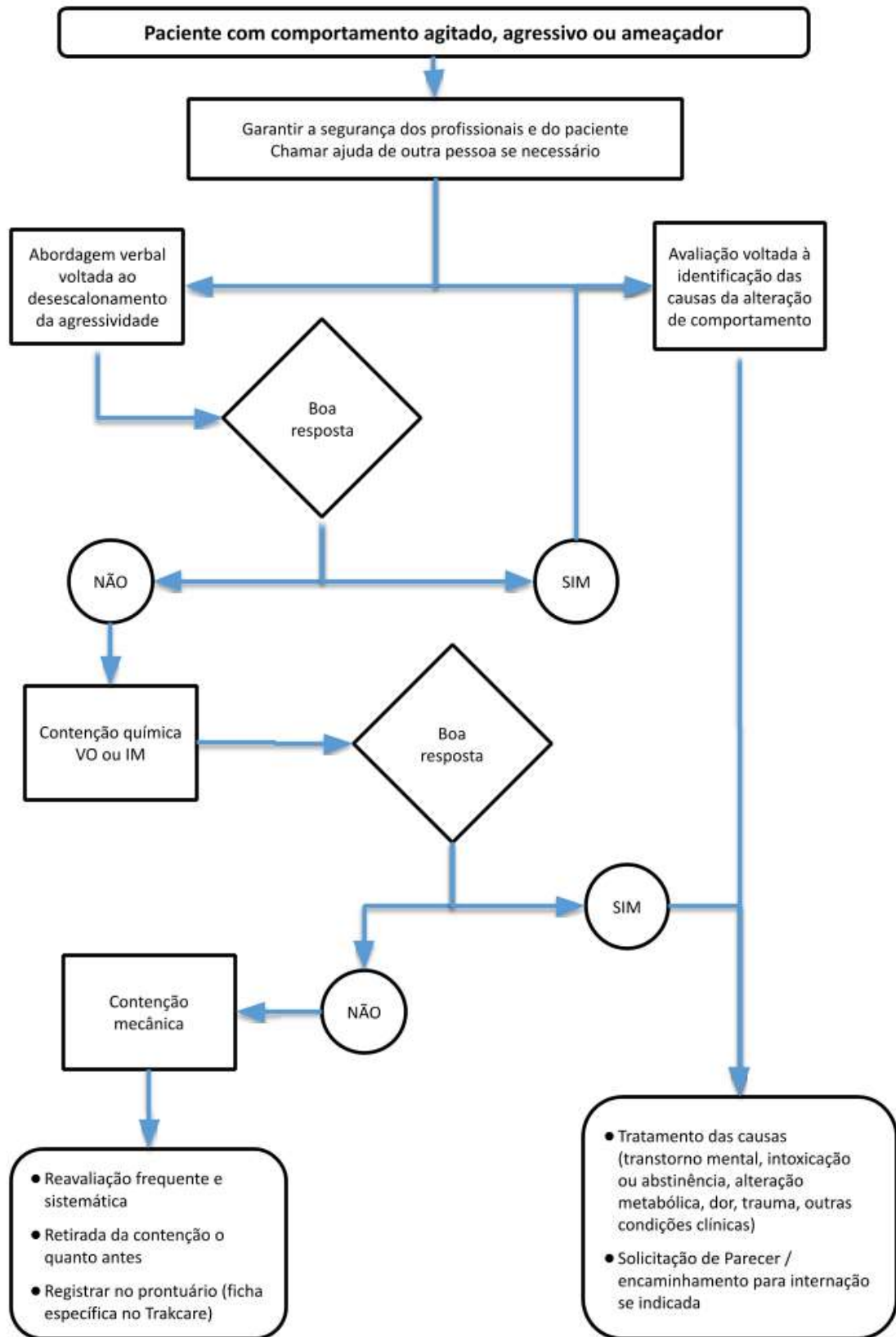
Markus Vinícius Reis Barbosa Menezes - Referência Técnica Distrital em Medicina de Emergência.

Thaís da Silva Braga - Gerente de Apoio aos Serviços de Urgências e Emergências.

Laura Briceno de Farías - Estagiária da Gerência de Apoio aos Serviços de Urgências e Emergências.

Vanessa Patrício Soares de Oliveira - Enfermeira da Gerência de Apoio aos Serviços de Urgências e Emergências.

ANEXO 1 – Fluxograma de manejo da agitação psicomotora aguda



ANEXO 2 – Formulário de Contenção Física do Trakcare

Aberto

REGISTRO DE CONTENÇÃO FÍSICA

Motivo(s) da Contenção

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Risco de autoagressão | <input type="checkbox"/> Risco de queda |
| <input type="checkbox"/> Risco de agressão a terceiros | <input type="checkbox"/> Abstinência com agitação |
| <input type="checkbox"/> Risco de evasão | <input type="checkbox"/> Outros: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Fissura por drogas | |

Atuação para Prevenir a Contenção Física

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Contenção Verbal |
| <input type="checkbox"/> Contenção Química |
| <input type="checkbox"/> Oral <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="text"/> |

Notas Médicas

Tipo de Contenção

Horário do Início da Contenção

Tipo de Contenção Horário da Contenção Controle de Melhora

Tipo de Contenção	Horário da Contenção	Controle de Melhora	Contenção(s) Selecionada(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"><div style="border-bottom: 1px solid #ccc; height: 20px;"></div><div style="text-align: right; padding-top: 5px;">Remove</div></div>

Adicionar Contenção

Avaliação de Enfermagem