



A agitação psicomotora corresponde a cerca de 2,6% dos atendimentos em unidades de pronto atendimento e apresenta causas distintas conforme a faixa etária. Enquanto em adultos 60–70% dos casos têm origem psiquiátrica, em idosos essa etiologia representa apenas cerca de 30%, com predomínio de causas orgânicas. **A escolha da contenção química, quando necessária, deve considerar a faixa etária do paciente, o grau de agitação apresentado e a possível causa da agitação.**

I. ASSISTENCIAL

SEQUÊNCIA DO ATENDIMENTO

1. CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE AGITAÇÃO

- **Leve:** aumento da atividade motora ou verbal. Paciente agitado, porém cooperativo, permite diálogo e é redirecionável.
- **Moderado:** paciente agitado ou perturbado, com ameaça de oferecer risco físico ou verbal, apresentando dificuldade para redirecionamento.
- **Grave:** delírio de excitação e/ou comportamento perigoso para si e/ou para a equipe, com risco aos demais presentes no ambiente, não responsivo às estratégias de desescalada verbal.

Importância da classificação: a estratificação adequada do grau de agitação orienta a escolha da intervenção mais apropriada, permitindo uso racional da contenção química, redução da polifarmácia e menor risco de interações medicamentosas.

2. MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO (DEESCALADA VERBAL – “SAVE”)

S – Support (Apoio): “Vamos trabalhar juntos para resolver o seu caso.”

A – Acknowledge (Compreensão): “Eu entendo que isso deve estar sendo difícil para você.”

V – Validate (Empatia): “Se eu estivesse no seu lugar, provavelmente me sentiria da mesma forma.”

E – Emotion naming (Nomeação da emoção / proximidade): “Você parece estar chateado.”

3. CONTENÇÃO MECÂNICA

- Indicada na agitação psicomotora grave e obrigatoriamente associada à contenção química
- Risco imediato de agressão física ao profissional e/ou à equipe
- Mínimo 5 profissionais treinados/ Utilizar faixas restritoras de 4 membros e tórax
- Manter paciente monitorizado e reavaliar a cada 15 minutos.
- Retirada de contenção mecânica após controle da agitação psicomotora
- Consultar documento institucional de Contenção Mecânica para contenção adequada assim como manejo após a contenção

4. CONTENÇÃO QUÍMICA – PÁGINAS 2, 3 E 4.

Em pacientes com agitação psicomotora moderada ou grave, a realização do exame físico, a coleta de exames laboratoriais e a execução de exames de imagem para formulação da hipótese diagnóstica geralmente só são possíveis após a contenção química inicial.

Em pacientes idosos com suspeita diagnóstica de delirium, após o controle inicial da agitação psicomotora, o manejo subsequente do quadro deve seguir as diretrizes estabelecidas no Pathway de Delirium.

5. LESÕES AMEAÇADORAS À VIDA

O atendimento de pacientes com agitação psicomotora moderada ou grave deve ser realizado na sala de emergência com monitorização contínua de sinais vitais. Providenciar acesso venoso após sedação adequada do paciente.

Investigar e tratar causas potencialmente reversíveis da agitação:

- **Hipoxemia:** ofertar oxigênio suplementar.
- **Hipertermia:** instituir medidas de resfriamento.
- **Hipoglicemia:** administrar glicose hipertônica a 50%.
- **Hipovolemia:** iniciar hidratação venosa.

6. DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO – PRÓXIMA 1 HORA

Considerar concluir o diagnóstico primário com base em uma abordagem sindrômica, incluindo as seguintes possibilidades:

- Intoxicações ou efeitos colaterais medicamentosos
- Síndrome de abstinência
- Alterações infecto-metabólicas
- Alterações estruturais do sistema nervoso central (TCE, sangramento do SNC, tumores)
- Causas físicas ou ambientais
- Etiologias psiquiátricas

IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS

Em quadros de agitação psicomotora aguda, todo paciente — e, especialmente, o idoso — deve ser submetido a investigação rigorosa de causas orgânicas, incluindo distúrbios infecto-metabólicos, alterações estruturais do sistema nervoso central (como tumores ou sangramentos) e possíveis intoxicações exógenas. Nesses contextos, o diagnóstico psiquiátrico não deve ser presumido inicialmente, devendo ser considerado estritamente como diagnóstico de exclusão.

Categoria	Principais Etiologias
Infecçiosa	Infecção urinária (ITU), pneumonia, sepse, infecções de pele/tecidos moles
Metabólica	Desidratação, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos, lesão renal
Estrutural	AVC (isquêmico ou hemorrágico), hematoma subdural, tumores de SNC
Efeito colateral	Polifarmácia, uso de benzodiazepínicos, corticoides ou anticolinérgicos
Ambiental	Mudança brusca de ambiente, privação de sono, excesso de estímulos na unidade de pronto atendimento
Física / Doença de Base	Demência (sintomas neuropsiquiátricos), dor, fecaloma, retenção urinária

Tabela 1. Causas de Agitação no Idoso (> 65 anos). Abordagem: Foco exaustivo em causas orgânicas (70-80% dos casos).

CONTENÇÃO QUÍMICA - IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS

Grau de Agitação	Medicações	
Leve	Quetiapina 12,5 -25 mg VO Olanzapina 2,5- 5 mg VO	Risperidona 0,25-1 mg VO
Moderada	Haloperidol 0,5-2mg IM • Sedação em 50 minutos • Dose máxima em 24 horas: 3 a 5 mg	Droperidol 2,5-5mg IM • Sedação em 27 minutos
Grave	Midazolam 2,5-5 mg IM • Início de ação: 5 a 10 minutos • Pico de efeito: 10 a 20 minutos • Duração do efeito: 1 a 2 horas	Cetamina 2,5 mg/Kg IM (máx. 250mg por grupo muscular) • Início de ação: 3 a 5 minutos • Pico de efeito: 5 a 10 minutos • Duração do efeito: 15 a 30 minutos

Atenção: A sedação para manejo da agitação psicomotora grave deve ser empregada com **CAUTELA, DE FORMA CRITERIOSA E INDIVIDUALIZADA**, não devendo ser utilizada de maneira indiscriminada. Sua indicação deve restringir-se a situações de risco iminente à integridade do paciente ou da equipe, ou quando necessária para viabilizar avaliação diagnóstica, transferência segura ou tratamento do quadro agudo. Recomenda-se sempre utilizar a **menor dose eficaz, com titulação progressiva, monitorização contínua de sinais vitais e reavaliações frequentes, ponderando cuidadosamente os riscos de depressão respiratória, instabilidade hemodinâmica e eventos adversos associados.**

Em pacientes idosos com **hipótese diagnóstica de delirium**, após o controle inicial da agitação psicomotora, o manejo subsequente do quadro deve seguir as diretrizes estabelecidas no [Pathway de Delirium](#).

AGITAÇÃO PSICOMOTORA GRAVE NO IDOSO

1. Cetamina
- Vantagem:** início de ação mais rápido e perfil de segurança respiratória superior ao Midazolam isolado.
 - Alerta:** devido à redução fisiológica dos receptores NMDA no idoso, a literatura recomenda redução da dose, geralmente entre **50% e 80%** em relação à dose utilizada em adultos.
 - Indicação:** sedação de emergência quando a rapidez de ação é fator determinante para a segurança do paciente e da equipe.
2. Midazolam
- Alerta:** elevado risco de depressão respiratória, sedação excessiva e reações paradoxais, incluindo piora da agitação. Exige monitorização contínua; sempre que o cenário clínico permitir, devem ser priorizadas alternativas mais seguras, como antipsicóticos.

O QUE SEMPRE EVITAR EM IDOSOS:

- Doses elevadas de haloperidol (≥ 5 mg em dose única).
- Evitar haloperidol em pacientes com histórico de convulsões, Parkinsonismo importante, demência por corpos de Lewy, QT longo, uso de outros fármacos que prolongam intervalo QT.
- Evitar droperidol se Parkinsonismo importante, demência por corpos de Lewy, QT longo, uso de outros fármacos que prolongam intervalo QT.
- Prometazina e outros fármacos com efeito anticolinérgico em quadros de delirium, devido ao risco de piora do rebaixamento do nível de consciência, retenção urinária, constipação e aumento do risco de quedas.

CONTENÇÃO QUÍMICA PARA AGITAÇÃO LEVE OU MODERADA EM IDOSOS, CONFORME HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Cenário	1ª Linha medicamentosa	Considerações
Psicose, mania e agitação indiferenciada (delirium, demência, clínica)	- Quetiapina 12,5 – 25 mg VO - Alternativas: - Olanzapina 2,5 – 5 mg VO - Risperidona 0,5 – 1 mg VO	A Quetiapina VO apresentou menor taxa de eventos adversos. Iniciar com dose baixa e reavaliar em 30–60 minutos.
Mesma situação descrita acima, porém sem aceitação de via oral.	- Haloperidol 0,5 – 1 mg IM - Droperidol 2,5-5mg IM	Utilizar a menor dose eficaz e monitorizar PA, FC, SpO ₂ e intervalo QTc.
Abstinência alcoólica Abstinência benzodiazepínica	Lorazepam 0,25 – 0,5 mg VO ± antipsicótico VO (quetiapina ou haloperidol baixa dose)	Evitar o uso de diazepam e midazolam em bolus, devido ao alto risco de sedação prolongada e depressão respiratória; monitorizar de forma rigorosa.
Intoxicação por estimulante (cocaína, anfetamina)	Lorazepam 0,5 – 1 mg IV/VO ± Quetiapina ou Olanzapina VO se componente psicótico	Vigilância respiratória rigorosa se uso de benzodiazepínicos IV/IM. Preferir doses menores e repetidas.
Crise de ansiedade grave sem psicose	1ª opção: Quetiapina 12,5 – 25 mg VO ou Olanzapina 2,5 – 5 mg VO. - Uso de benzodiazepínico inevitável: Lorazepam 0,25 – 0,5 mg VO, dose única.	O paciente idoso é altamente sensível aos benzodiazepínicos, com maior risco de quedas, delirium e depressão respiratória. Quando seu uso for inevitável, deve-se empregar a menor dose possível, preferencialmente VO ou SL.

Em idosos com agitação aguda no pronto-socorro, **droperidol e haloperidol têm perfil de segurança semelhante**, sem superioridade estatisticamente significativa entre eles. No estudo de Casey et al. 2025, o **droperidol** teve **menos eventos adversos totais** (10% vs 16%) e **tempo mediano para sedação** menor (27 vs 50 min), mas sem diferença confirmada na análise combinada; por isso, ambos são opções aceitáveis, devendo-se usar a **menor dose efetiva** (haloperidol 0,5–2 mg; droperidol 2,5–5 mg) e manter monitorização.

ADULTOS 18 A 64 ANOS

Categoria	Principais Etiologias
Psiquiátrica	Episódio psicótico (Esquizofrenia), episódio de mania (Transtorno Bipolar), crise de pânico
Infecciosa	Meningite, Encefalite, complicações sistêmicas agudas
Metabólica	Hipoglicemia, Cetoacidose Diabética, Tempestade Tireoidiana
Estrutural	TCE, Sangramento em sistema nervoso central, epilepsia (estado pós-ictal)
Efeito colateral	Reação extrapiramidal (acatisia), retirada súbita de psicotrópicos
Ambiental	Estresse agudo, privação sensorial extrema ou contenção prolongada.
Toxicológica	Intoxicação por estimulantes (Cocaína/Anfetaminas) ou álcool.

Tabela 2. Possíveis causas de Agitação no Adulto

CONTENÇÃO QUÍMICA – ADULTOS 18 A 64 ANOS

Grau de Agitação	Medicações
Leve	Lorazepam 1-2 mg VO • Início de ação: 30 a 60 minutos • Pico de efeito: 1 a 2 horas • Duração do efeito: 6 a 8 horas Olanzapina 5-10 mg VO Risperidona 1-2 mg VO
Moderada	Midazolam 5 mg IM • Início de ação: 5 a 10 minutos • Pico de efeito: 10 a 20 minutos Droperidol 5-10mg IM • Início de ação: 15 a 20 minutos Haloperidol 5mg + Prometazina 25 mg IM • Início de ação: 15 a 30 minutos
Grave	Cetamina 5 mg/Kg IM (máx. 250mg por grupo muscular) • Início de ação: 3 a 5 minutos • Pico de efeito: 5 a 10 minutos • Duração do efeito: 15 a 30 minutos Midazolam 5mg + Droperidol 5mg IM • Início de ação: 3 a 10 minutos Midazolam 5mg + Haloperidol 5mg IM • Início de ação: 5 a 10 minutos • Pico de efeito: 15 e 30 minutos • Duração do efeito: 2 a 4 horas

CONTENÇÃO QUÍMICA PARA AGITAÇÃO LEVE OU MODERADA EM ADULTOS, CONFORME HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Cenário	1ª Linha Medicamentosa	Considerações
Psicose / mania (sem causa clínica evidente)	• Olanzapina 5 mg VO* • Haloperidol 5 – 10 mg IM ± benzodiazepínico • Droperidol 5-10mgIM	Haloperidol + benzodiazepínicos ainda muito usado, mas monitorizar QTc, PA, SatO ₂ .
Delirium hiperativo (séptico, clínico, pós-operatório)	• Haloperidol 2–5 mg IM • Droperidol 5-10mg IM • Olanzapina 5 mg VO* • Quetiapina 25 mg VO	Objetivo é “tranquilizar” o paciente e não sedar. Benzodiazepínico não é droga de escolha para delirium (piora confusão, risco de queda).
Abstinência alcoólica Abstinência benzodiazepínica	• Diazepam 10 mg IV/VO • Lorazepam 1 – 2 mg IV/VO (repetir conforme necessidade)	Vigilância respiratória, monitorar PA e nível de consciência. Evitar associar múltiplos depressores de SNC.
Intoxicação por estimulante (cocaína, anfetamina)	• Midazolam 2,5 – 5 mg IM/IV (repetir conforme necessidade) • Lorazepam 2 mg IV/VO ± antipsicótico se psicose intensa	Vigilância respiratória e hemodinâmica.
Crise de ansiedade grave, sem psicose	• Lorazepam 1 – 2 mg VO • Alprazolam 0,25 – 0,5 mg VO	Usar como medida aguda, não como tratamento crônico. Orientar seguimento com psiquiatra/APS.

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR DO PACIENTE COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA MODERADA OU GRAVE.

Tipo de recurso: ambulância avançada obrigatoriamente, com equipe capacitada e monitorização contínua de sinais vitais durante todo o transporte.

Medicações: levar medicações de resgate para contenção química, se necessário.

Agitação grave: transferência com contenção mecânica, associada à contenção química, visando a segurança do paciente e da equipe.

Alocação hospitalar do paciente com risco ou com agitação psicomotora moderada ou grave: considerar internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade Semi-Intensiva, de acordo com o diagnóstico etiológico, a gravidade clínica, a necessidade de monitorização e suporte terapêutico, em conformidade com os protocolos institucionais de alocação.

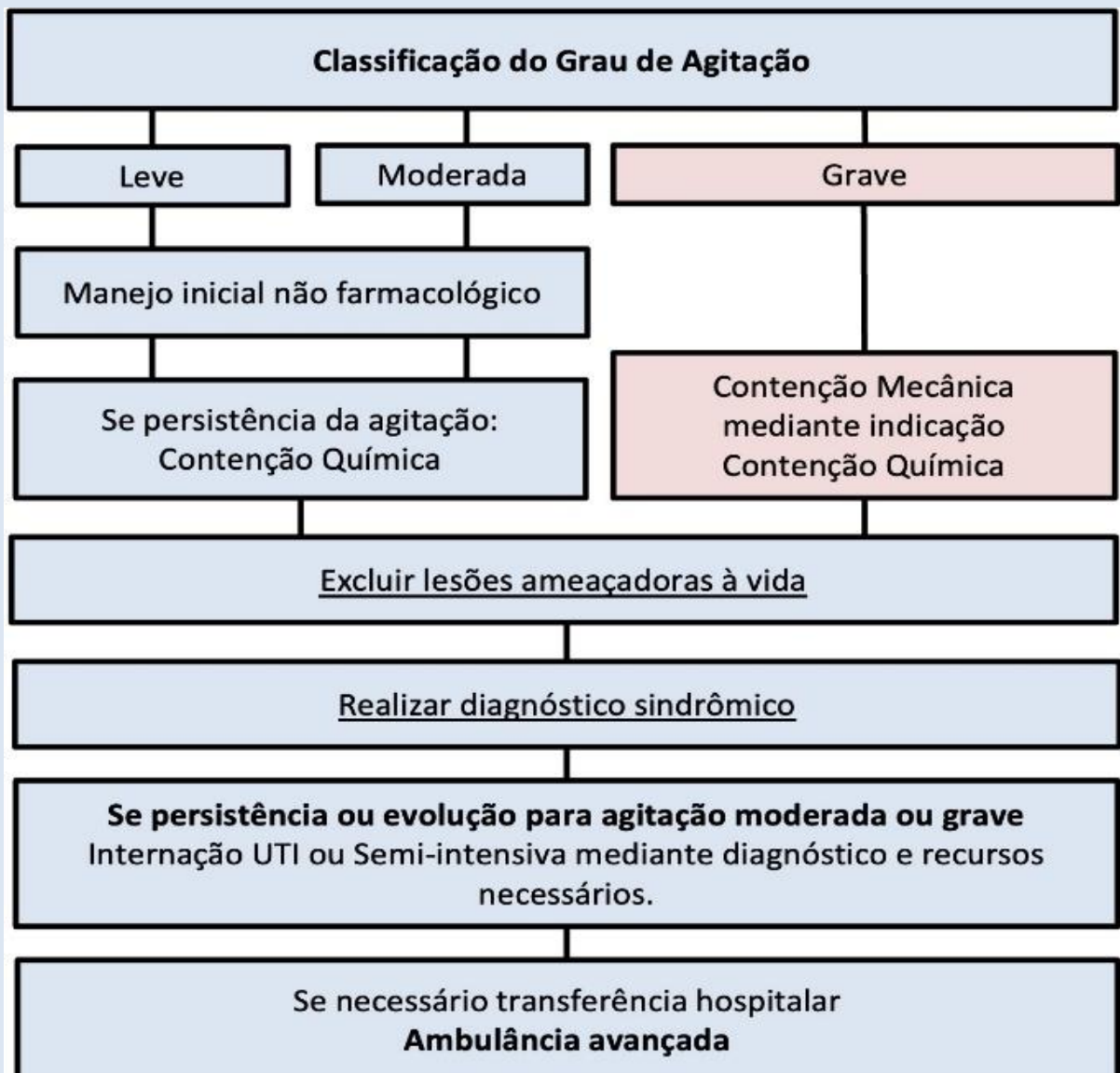
RISCO PSIQUIÁTRICO:

- Acionar na agitação psicomotora moderada e grave ou se houver necessidade de auxílio na condução do caso
- Apenas para Unidades do cuidado privado de São Paulo
- Contato: (11) 99917-0848. Horário funcionamento: 06:00 às 22:00 horas

RETAGUARDA PSIQUIATRIA:

- Acionar se necessidade de avaliação presencial ou internação psiquiátrica.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



II. GLOSSÁRIO

AVC: Acidente Vascular Cerebral

SNC: Sistema Nervoso Central

TCE: Traumatismo Crânio Encefálico

III. Referências

[1] Casey MF, Elder NM, Fenn A, Niznik J, Khoujah D, Cole JB, Cardon Z, Ding M, Goukasian N, Moreton E, Koehl JL, Magidson PD, Skains RM, Tyler K, Liu SW; Geriatric Emergency Department Guidelines Medication Safety Group. Comparative Safety of Medications for Severe Agitation: A Geriatric Emergency Department Guidelines 2.0 Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2025 Sep;73(9):2893-2904. doi: 10.1111/jgs.19485. Epub 2025 Apr 24. PMID: 40275439; PMCID: PMC12460960.

[2] Barbic D, Andolfatto G, Grunau B, Scheuermeyer FX, Macewan B, Qian H, Wong H, Barbic SP, Honer WG. Rapid Agitation Control With Ketamine in the Emergency Department: A Blinded, Randomized Controlled Trial. Ann Emerg Med. 2021 Dec;78(6):788-795. doi: 10.1016/j.annemergmed.2021.05.023. Epub 2021 Aug 2. PMID: 34353650.

[3] Amore M, D'Andrea M, Fagiolini A. Treatment of Agitation With Lorazepam in Clinical Practice: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2021 Feb 22;12:628965. doi: 10.3389/fpsyt.2021.628965. PMID: 33692709; PMCID: PMC7937895.

[4] Lin J, Figuerado Y, Montgomery A, Lee J, Cannis M, Norton VC, Calvo R, Sikand H. Efficacy of ketamine for initial control of acute agitation in the emergency department: A randomized study. Am J Emerg Med. 2021 Jun;44:306-311. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.013. Epub 2020 Apr 11. PMID: 32340820.

[5] Droperidol Use in the Emergency Department: A Clinical Review Siegel, Rebecca B. et al. Journal of Emergency Medicine, Volume 64, Issue 3, 289 - 294

Código Documento: CPTW513.1	Elaborador: Alfredo Maluf Neto Luiz Gustavo Vala Zoldan Juliana Hegedus Baroni Luca Silveira Bernardo Luciana Pires de Lima Vladmir Gomes Alves Junior	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 30/01/2026	Data de Aprovação: 24/03/2026
---------------------------------------	---	---	--	--	---