
	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> <b>PC-DDM-009-</b> <b>V.03</b>	<b>Término Vigência</b> <b>26/01/2025</b>	<b>Início Vigência</b> <b>26/01/2023</b>	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				

1. **CID – 10:** R45, R45.0 a R45.7, F05, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F10.2, F19, F19.0 a F19.9

### Revisão das Alterações

DATA	Nº REVISÃO	ALTERAÇÃO
16/08/2021	01	Protocolo Original
17/08/2021	02	Retirada opção medicamentosa: Ziprasidona
26/01/2023	03	Alteração no item Opções terapêuticas e tratamento. Inclusão do item diagnósticos. Inclusão de 3 fluxogramas de manejo clínico.

### 2. Público Alvo

Equipe médica e de enfermagem

### 3. Introdução



#### Justificativa

A taxa de quedas nos hospitais de cuidados agudos varia de aproximadamente 1 a 9 por 1000 leitos-dia. Evidências de alta qualidade mostram que as intervenções multicomponentes podem reduzir o risco de quedas em ambiente hospitalar em até 30%. O pacote ideal de medidas anti queda não está estabelecido, mas os componentes comuns incluem avaliações de risco para pacientes, educação de pacientes e funcionários, sinais de cabeceira e pulseira, alertas, conselhos sobre calçados, banhos programados e supervisionados, e uma revisão de medicação<sup>1</sup>.

#### Objetivo

O objetivo principal do manejo farmacológico é a tranquilização rápida, buscando a redução dos sintomas de agitação e agressividade, sem a indução de sedação profunda ou prolongada, mantendo-se o paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo. A polifarmácia deve

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> <b>PC-DDM-009-</b> <b>V.03</b>	<b>Término Vigência</b> <b>26/01/2025</b>	<b>Início Vigência</b> <b>26/01/2023</b>	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				

ser evitada e as doses das medicações devem ser o menor possível, ajustadas de acordo com a necessidade clínica. A administração intramuscular de medicação deve ser considerada como última alternativa. No caso de prescrições adicionais, é recomendado que seja mantida a mesma droga (ou combinação de drogas), tendo-se em vista o aumento do risco de complicações com uso de polifarmácia<sup>2</sup>.

#### 4. Opções terapêuticas

Entre as medicações mais utilizadas com a finalidade de controle da agitação psicomotora, estão os antipsicóticos convencionais, como haloperidol e clorpromazina; benzodiazepínicos, como diazepam, lorazepam; e, mais recentemente, antipsicóticos de nova geração, como a risperidona.

##### 4.1 Precauções

Antipsicóticos de baixa potência (ex: clorpromazina): podem provocar sedação excessiva, hipotensão, arritmias cardíacas e diminuição do limiar convulsivo.



Antipsicóticos de alta potência (ex: haloperidol): podem provocar sintomas extrapiramidais, como distonia aguda e acatisia – que pode ser erroneamente interpretada como piora da agitação psicomotora<sup>4</sup>.

Benzodiazepínicos: Podem causar depressão respiratória, sedação excessiva, ataxia e desinibição paradoxal<sup>5</sup>. Devido ao efeito depressor do sistema nervoso central, devem ser evitados em pacientes intoxicados por outros depressores como álcool, barbitúricos ou opioides. Essa classe de psicofármacos também deve ser evitada em pacientes com função respiratória prejudicada ou com suspeita de traumatismo crânio-encefálico.

##### 4.2 Diretrizes<sup>6</sup>

1. Fazer o diagnóstico psiquiátrico do paciente
2. Avaliar clinicamente a gravidade da agitação psicomotora e preferencialmente quantificá-la por meio da pontuação de escalas de gravidade.
3. Iniciar o manejo da situação de agitação psicomotora por meio de intervenções verbais, atitudinais e comportamentais, sempre que possível.
4. Estabelecer um plano específico para o manejo da situação. Envolver as equipes de enfermagem e de segurança.
5. Na escolha da medicação a ser utilizada, considerar idade, sexo, provável índice de massa corporal, presença de condição médica geral ou outras complicações clínicas, medicações prescritas anteriormente, ocorrência de efeitos colaterais com tratamentos anteriores e uso de substâncias psicoativas.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> <b>PC-DDM-009-</b> <b>V.03</b>	<b>Término Vigência</b> <b>26/01/2025</b>	<b>Início Vigência</b> <b>26/01/2023</b>	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				

6. Registrar em prontuário as justificativas clínicas para a escolha da(s) droga(s).
7. Sempre que possível, oferecer medicação por via oral.
8. Reavaliar o paciente a cada 30 minutos de acordo com pontuação de escalas de gravidade.
9. Em caso de necessidade de medicação adicional, utilizar a mesma droga usada anteriormente, na mesma dose.
10. Nas 24 h subsequentes à medicação, observar e registrar em prontuário eventuais efeitos adversos e medidas terapêuticas utilizadas para manejo destes.

## 5. Diagnostico

Fazer o diagnóstico diferencial entre agitação psicomotora devido a:

- a) Delirium. Alteração do nível de consciência secundário a patologias clínicas. Pode evoluir com agitação psicomotora.
- b) Delirium por abstinência de álcool. Quadro de delirium secundário a abstinência de álcool.
- c) Intoxicação por substâncias psicoativas: principalmente intoxicação por estimulantes.
- d) Transtornos psiquiátricos por exemplo de transtornos psicóticos, transtornos de humor, secundários a uma lesão ou infecção no SNC ou devido a um transtorno psiquiátrico primário.

## 6. Tratamento



### 6.1 Delirium:

**Se o paciente estiver cooperativo e aceitar medicação via oral**

medicar com Risperidona 2mg + prometazina 25mg VO repetindo a dose após 30 minutos caso não ocorra melhora da agitação ou Haloperidol 5mg + prometazina 25mg VO repetindo a dose após 30 minutos caso não ocorra melhora da agitação.

**Se paciente não cooperativo, agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga:**

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> <b>PC-DDM-009-</b> <b>V.03</b>	<b>Término Vigência</b> <b>26/01/2025</b>	<b>Início Vigência</b> <b>26/01/2023</b>	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				

medicar com Haloperidol (2.5 a 5mg) IM + prometazina( 25mg) IM repetindo a dose a cada 30 minutos até sedação. Manutenção de risperidona 2mg + prometazina 25mg VO 1x ao dia ou 2x ao dia dependendo da intensidade da agitação

#### 6.2 Delirium por abstinência de álcool

- Diazepan 10mg 1cp VO a cada hora até sedação. Manter 10mg de diazepam de 6/6hs.

#### 6.3 Intoxicação por álcool ou outras substâncias psicoativas

- Haloperidol (2.5 a 5mg) IM + Prometazina 25mg IM repetindo a dose após 30 minutos até sedação.

#### 6.4 Transtornos psiquiátricos

**Se o paciente estiver cooperativo e aceitar medicação via oral medicar com:**

- Risperidona 2mg + prometazina 25mg VO repetindo a dose após 30 minutos caso não ocorra melhora da agitação. Ou - Haloperidol 5mg + prometazina 25mg VO repetindo a dose após 30 minutos caso não ocorra melhora da agitação

**Se paciente não cooperativo, agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga:**

- Haloperidol (2.5 a 5mg) IM + prometazina( 25mg) IM. Repetindo a dose a cada 30 minutos até sedação.

### 7. Indicadores

Razão:

Nº pacientes com uso de contenção farmacológica / mês = 1



Nº pacientes com uso de contenção mecânica / mês

Se razão < 1, avaliar causas e definir ações de melhorias.

### 8. Referências Bibliográficas

1. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):390–6. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005.
2. Marder SR, Sorsaburu S, Dunayevich E, Karagianis JL, Dawe IC, Falk DM, Dellva MA, Carlson JL, Cavazzoni PA, Baker RW. Case reports of postmarketing adverse event experiences with



SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> <b>PC-DDM-009-</b> <b>V.03</b>	<b>Término</b> <b>Vigência</b> <b>26/01/2025</b>	<b>Início</b> <b>Vigência</b> <b>26/01/2023</b>	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				

olanzapine intramuscular treatment in patients with agitation. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(4):433-41.

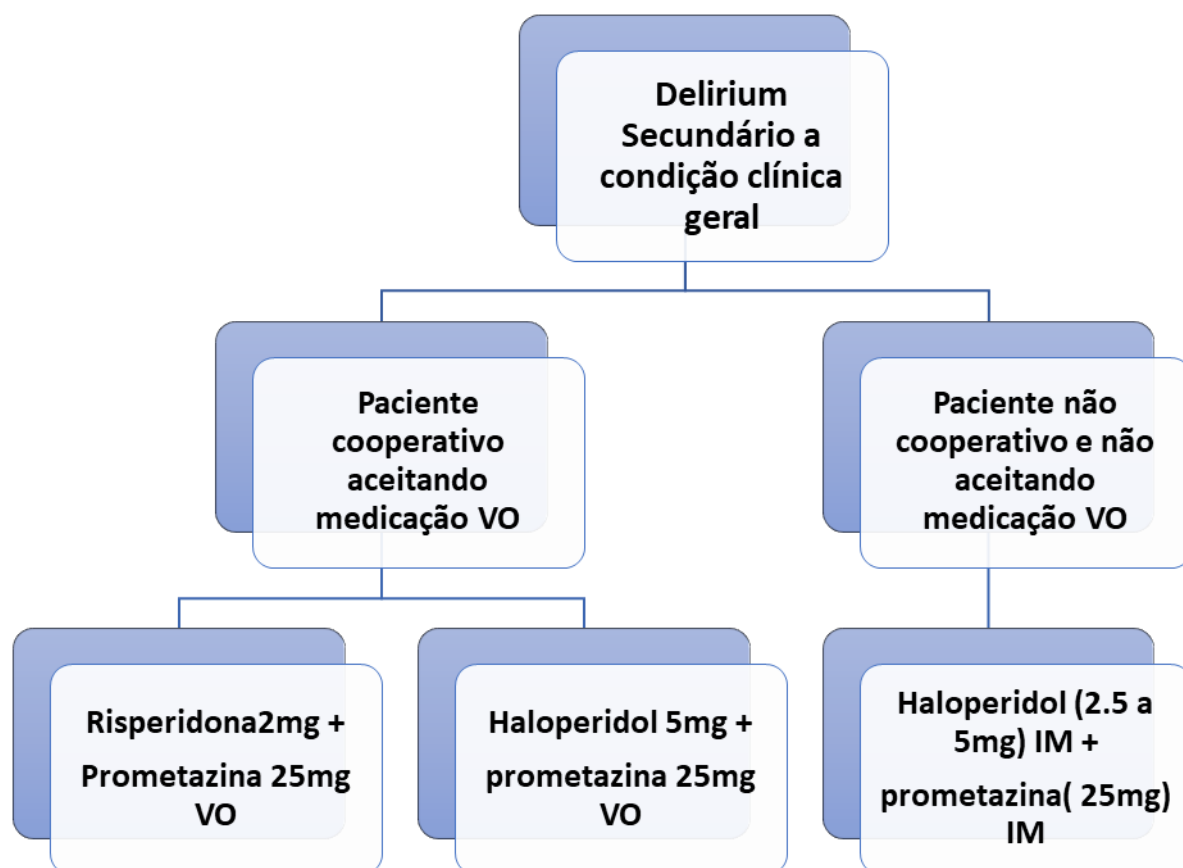
3. Zimbroff DL. Pharmacological control of acute agitation: focus on intramuscular preparations. *CNS Drugs*. 2008;22(3):199-212.
4. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;1Suppl 1:5-112.
5. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med*. 2001;(Spec No):1-90.
6. Mantovani C et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (32); Supl II;2010.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> PC-DDM-009-V.03	<b>Término Vigência</b> 26/01/2025	<b>Início Vigência</b> 26/01/2023	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				



## 9. Fluxogramas

### 1. Delirium Secundário a condição clínica geral

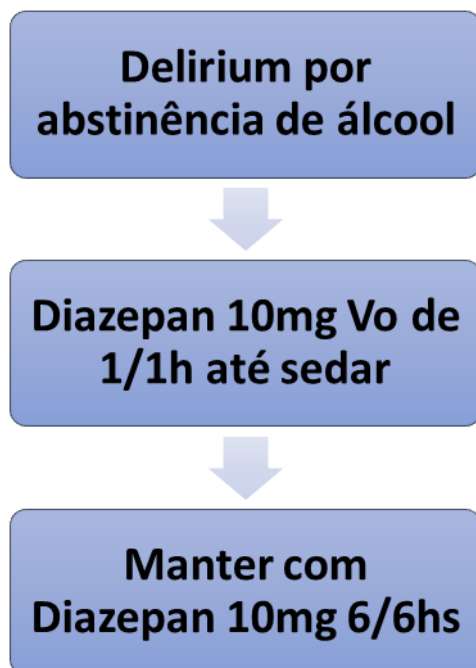


**OBS: REPETIR A DOSE APÓS 30 MINUTOS ATÉ SEDAR**



SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> PC-DDM-009- V.03	<b>Término</b> <b>Vigência</b> 26/01/2025	<b>Início</b> <b>Vigência</b> 26/01/2023	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				

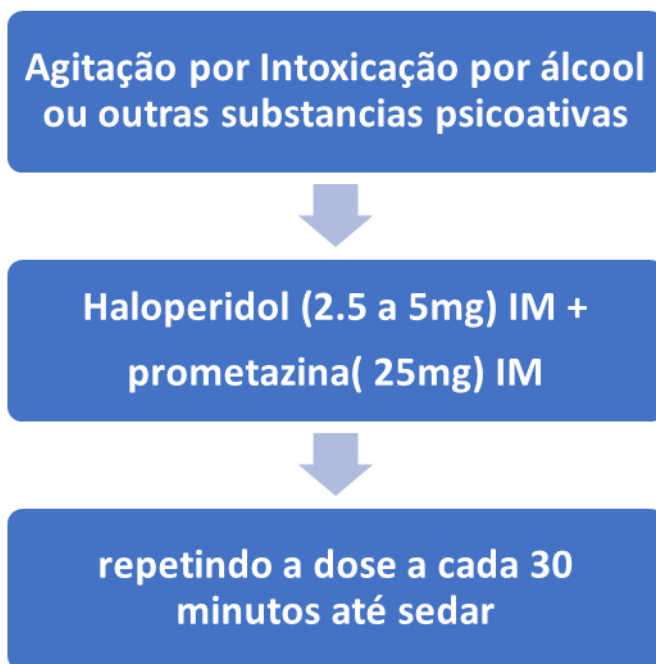
## 2. Delirium por abstinência de álcool



SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.

	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b> <b>Protocolo Clínico</b> Contenção Farmacológica do Paciente Agitado	<b>Código</b> <b>PC-DDM-009-</b> <b>V.03</b>	<b>Término Vigência</b> <b>26/01/2025</b>	<b>Início Vigência</b> <b>26/01/2023</b>	
	<b>Elaborador:</b> Dra. Valéria Antakly de Mello				

### 3. Agitação por Intoxicação por álcool ou outras substâncias psicoativas



SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Ricardo Bammann	Luiz Carlos Pereira Jr.