

AGITAÇÃO PSICOMOTORA NO PRONTO-SOCORRO: ABORDAGEM INICIAL E SEGURANÇA DO PACIENTE

Pedro Henrique Galdino da Silva¹ Gabriela Pereira da Silva Almeida²

pedrohgsmed@gmail.com

Universidade Estadual de Roraima^{1,2}

Introdução: A agitação psicomotora na sala de emergência representa situação de alto risco assistencial, associada a aspectos como: maior probabilidade de lesões, falhas de comunicação, necessidade de contenção e eventos adversos relacionados a sedação. A abordagem inicial deve equilibrar rapidez, segurança e identificação de causas potencialmente reversíveis. **Objetivo:** Sintetizar evidências e recomendações aplicáveis ao manejo inicial da agitação psicomotora no departamento de emergência, com foco em segurança do paciente e da equipe. **Metodologia:** Revisão de literatura de caráter narrativo, com busca em bases indexadas (PubMed/Medline e SciELO), além de diretrizes e consensos de sociedades médicas, no período de 2014 a 2025. Foram incluídos artigos em português e inglês, relacionados a adultos em contexto de pronto-socorro, abordando desescalada, avaliação clínica inicial, contenção e sedação. Excluíram-se estudos exclusivamente pediátricos e cenários fora da emergência. **Resultados:** A síntese identificou como elementos prioritários do manejo: (1) medidas de segurança e organização do ambiente, com comunicação clara e redução de estímulos; (2) desescalada verbal estruturada como primeira linha quando factível; (3) avaliação rápida e simultânea de causas clínicas e toxicológicas (hipóxia, hipoglicemia, abstinência, intoxicações, delirium e dor), com monitorização contínua; (4) escalonamento para contenção física apenas quando houver risco iminente e com equipe treinada; (5) sedação farmacológica individualizada conforme perfil clínico, com titulação de dose, vigilância para depressão respiratória/instabilidade hemodinâmica e reavaliação seriada do estado mental. Protocolos institucionais e treinamento da equipe mostraram um efeito positivo na conduta padronizada, o que diminuiu a variabilidade e eventos adversos. **Considerações finais:** O manejo inicial eficaz deve seguir uma abordagem em etapas, iniciando pela garantia de segurança e tentativas de desescalada, seguida da investigação de causas reversíveis e, quando necessário, da intervenção farmacológica com monitorização adequada. A implementação de fluxos assistenciais e capacitação multiprofissional pode aumentar a segurança e a qualidade do atendimento.

Palavras-chave: Desescalada. Contenção. Sedação.

Área Temática: Emergências psiquiátricas.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS:

BALDAÇARA, L. et al. **Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: cuidados e intervenções.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 1-15, 2021.

CALVER, L. et al. **Droperidol or olanzapine as an adjunct to midazolam for acute agitation: a randomized clinical trial.** *Annals of Emergency Medicine*, v. 65, n. 3, p. 318-326, 2015.

DEVLIN, J. W. et al. **Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU (PADIS).** *Critical Care Medicine*, v. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Diretrizes clínicas em saúde mental: manejo da agitação psicomotora*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Atualizado em 2024.

HCOR – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA. **Protocolo de delirium: cuidados, avaliação e contenção física.** São Paulo: Hcor, 2024.

REIS, A. G. et al. **Estratégias individualizadas de analgesia, sedação, delírio e gerenciamento de conforto na UTI/emergência: revisão narrativa.** 2025. No prelo.