

ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS NO MANEJO DE CRISES PSICÓTICAS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

André Luiz Mesquita Maya¹, Beatriz Zago Marcolino¹, Eduarda Mario da Silva¹, Giulia Patelli Ivanov¹, Isabele Gonzaga Gomes¹, Nicolas Rodrigues Alves¹ e Jéssica Fabretti Alves²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil.

² Discente do curso de Psicologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Introdução: A agitação psicomotora em pacientes psiquiátricos está associada à psicose por substâncias ou transtornos descompensados, exigindo manejo rápido e seguro, equilibrando eficácia e tolerabilidade. **Objetivos:** Revisar evidências sobre abordagens farmacológicas e comparar opções para o manejo emergencial de crises psicóticas. **Metodologia:** Revisão integrativa nas bases PubMed, SciELO, Science e protocolos do Ministério da Saúde, incluindo seis estudos (2023–2026). **Fundamentação Teórica:** Antipsicóticos são a base do tratamento; benzodiazepínicos promovem sedação rápida, porém com risco respiratório. O manejo prioriza a estabilização do paciente conforme a estratificação do risco, e a contenção mecânica é medida excepcional. **Discussão:** O manejo deve equilibrar eficácia e segurança, sendo a associação haloperidol-prometazina uma alternativa com melhor perfil clínico. **Resultados:** Benzodiazepínicos foram eficazes, mas associados a maior risco de depressão respiratória. Terapias combinadas reduziram agressividade com menos efeitos significativos. **Conclusão:** O tratamento deve ser individualizado, priorizando estratégias seguras para estabilização clínica e minimizar complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Psicose. Farmacoterapia. Tratamento.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências Psiquiátricas

1. INTRODUÇÃO

A agitação e a agressividade em pacientes psiquiátricos são comumente associadas à psicose induzida pelo uso inadequado de substâncias psicoativas e a transtornos mentais sem controle (Baldaçara, 2025). Essas condições são caracterizadas pela desorganização do pensamento, presença de alucinações e frequente agitação psicomotora. A escolha da intervenção farmacológica deve equilibrar a necessidade de rápida ação com o perfil de segurança e tolerabilidade do fármaco selecionado (Uribe, 2025). Para o manejo dos pacientes, as diretrizes afirmam que o trabalho dual entre contenção física em conjunto com a terapia convencional, sendo ela benzodiazepínicos e antipsicóticos, demonstraram uma combinação eficaz considerando os altos índices de efeitos adversos (SMS-SP, 2023). Em contrapartida, fármacos alternativos como Haloperidol em associação a Prometazina se mostraram a alternativa segura que reduz a agressão com menos efeitos adversos, comparada à terapia convencional, para o manejo de crises na Urgência e Emergência (Uribe, 2025).

2. OBJETIVOS

Revisar e integrar as evidências recentes sobre os diferentes manejos farmacológicos disponíveis na literatura para tratamento emergencial de crises psicóticas.

3. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura nas bases PubMed, SciELO, Science e Protocolos do Ministério da Saúde, utilizando os descritores Emergencies AND Psychotic Disorders AND Drug Therapy. Foram selecionados seis artigos publicados entre 2023 e 2026, redigidos em inglês, que atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos, excluindo os que não se adequaram aos objetivos da revisão.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os antipsicóticos constituem o pilar do tratamento da psicose aguda, sendo eficazes no manejo de sintomas positivos, como alucinações e agitação, embora apresentem impacto limitado sobre os sintomas negativos. O diagnóstico de transtorno psicótico breve requer a presença de sintomas por um período entre um dia e um mês, excluindo-se outras causas orgânicas ou substâncias (Vyas et al, 2023).

No cenário brasileiro, o Protocolo de Manchester orienta a triagem conforme riscos de violência, intoxicação e delírios. A prioridade na urgência é a estabilização de quadros de agitação psicomotora, convulsões e rebaixamento do nível de consciência. A contenção mecânica é admitida apenas como último recurso para evitar danos iminentes, devendo ser aplicada em pontos específicos (pulsos, tórax, quadril e joelho) pelo tempo estrito de até duas horas (SMS-SP, 2023).

O mecanismo fisiopatológico da psicose pode ter relação tanto pelo aumento do tom inibitório quanto pela diminuição do tom excitatório no sistema nervoso central, portanto, decidir qual abordagem realizar é fundamental para garantir o equilíbrio adequado de excitação, pela via glutamatérgica, quanto pela inibição, por vias gabaérgicas, assim, a principal limitação na tomada de decisões na urgência é a base de dados dos efeitos colaterais ser subjetiva. (Brian, et al., 2025)

A farmacoterapia combinada entre antipsicóticos e benzodiazepínicos (como Lorazepam e Midazolam) visa a rápida tranquilização. Entretanto, essa estratégia demanda vigilância rigorosa devido ao risco de sedação profunda e insuficiência respiratória iatrogênica. Como alternativa para otimizar a segurança, a associação de haloperidol e prometazina tem se consolidado no manejo da agitação psicótica. Ademais, essa combinação é capaz de reduzir o limiar convulsígeno e não apenas mitigar os sintomas psicóticos positivos via bloqueio dopaminérgico D2, mas a Prometazina atua profilaticamente contra os efeitos extrapiramidais, frequentemente causados pelo Haloperidol oferecendo um efeito sedativo sinérgico, tais efeitos são mais controláveis e apresentam menor letalidade imediata (Uribe et al., 2025).

5. DISCUSSÃO

O manejo da crise psicótica em contexto de emergência exige uma abordagem clínica que vá além da escolha de um fármaco isolado, envolvendo o equilíbrio entre rapidez de ação, segurança e contexto etiológico (Uribe et al., 2025). Embora diferentes classes farmacológicas sejam eficazes na contenção da agitação, seus perfis de risco influenciam diretamente a decisão terapêutica (Baldaçara et al., 2011).

Os antipsicóticos permanecem como base do tratamento por atuarem na fisiopatologia do quadro, sendo preferidas estratégias combinadas, como haloperidol associado à prometazina, devido ao melhor perfil de segurança em relação ao uso isolado (Huf et al., 2016). Os benzodiazepínicos, apesar de eficazes na sedação rápida, devem ser utilizados com cautela pelo risco de depressão respiratória, especialmente em pacientes vulneráveis como idosos e pacientes com comorbidades clínicas (Uribe et al., 2025).

Além da farmacoterapia, o manejo deve seguir protocolos estruturados, iniciando-se com contenção verbal e medidas ambientais. A contenção mecânica deve ser reservada para situações de risco iminente, sendo temporária e monitorada (SMS-SP, 2023). Nesse contexto, a intervenção farmacológica precoce e adequada pode reduzir a necessidade de contenção física e suas complicações associadas.

Assim, o cuidado ao paciente em crise psicótica deve ser dinâmico e integrado, combinando avaliação clínica contínua, escolha terapêutica individualizada e aplicação adequada de medidas de contenção, com foco na segurança e na estabilização rápida (Uribe et al., 2025).

6. RESULTADOS

Os estudos analisados demonstram que diferentes classes farmacológicas são eficazes no controle da agitação psicomotora em pacientes com crise psicótica em ambiente de emergência (Uribe et al., 2025).

Os antipsicóticos típicos, especialmente o haloperidol, apresentam eficácia consolidada no controle dos sintomas psicóticos, porém com maior incidência de efeitos extrapiramidais quando comparados aos antipsicóticos atípicos (Uribe et al., 2025). A associação de haloperidol com prometazina demonstrou maior segurança e eficácia na redução da agressividade, sendo superior ao uso isolado do antipsicótico (Huf et al., 2016).

Entre os antipsicóticos atípicos, a olanzapina intramuscular apresentou início de ação rápido e maior redução da agressividade na primeira hora em comparação a outros esquemas terapêuticos (Baldaçara et al., 2011). A ziprasidona também demonstrou eficácia com boa tolerabilidade e menor sedação, enquanto o aripiprazol apresentou perfil semelhante com menor incidência de sonolência (Uribe et al., 2025).

Os benzodiazepínicos, como lorazepam e midazolam, mostraram-se eficazes na sedação rápida por ação nos receptores gabaérgicos, porém associados a risco de depressão respiratória, especialmente em populações vulneráveis (Uribe et al., 2025). O midazolam apresenta início de ação mais rápido, enquanto o lorazepam possui perfil de segurança mais favorável (Uribe et al., 2025).

Além disso, estratégias combinadas envolvendo antipsicóticos e outros fármacos demonstraram maior eficácia na contenção da agitação em comparação à monoterapia, embora associadas a maior incidência de efeitos adversos (Baldaçara et al., 2011; Uribe, et al., 2025).

7. CONCLUSÃO

O manejo farmacológico das crises psicóticas em serviços de emergência deve ser compreendido como uma decisão clínica individualizada, orientada pela necessidade de estabilização rápida e pela segurança do paciente (Vyas et al., 2023; Uribe et al., 2025).

A literatura evidencia que múltiplas estratégias terapêuticas são eficazes, sem que haja superioridade absoluta entre elas, o que reforça a importância da escolha baseada no perfil clínico e nas condições do paciente (Uribe et al., 2025). Nesse contexto, os antipsicóticos permanecem como base do tratamento, enquanto associações farmacológicas podem ser utilizadas para potencializar a eficácia em situações específicas (Huf et al., 2016; Baldaçara et al., 2011). Além disso, o uso de benzodiazepínicos deve ser criterioso, considerando seus potenciais riscos, especialmente em relação à depressão respiratória (Uribe et al., 2025). A monitorização contínua e a reavaliação clínica são essenciais para garantir segurança durante o manejo.

Adicionalmente, destaca-se a importância de investigar causas orgânicas associadas à psicose, como delírium e distúrbios metabólicos, que podem influenciar diretamente a escolha terapêutica, a fim de evitar repercussões nos sinais vitais e prevenir intoxicações decorrentes de doses inadequadas (Vyas et al., 2023).

Por fim, a prática clínica deve ser baseada em evidências atualizadas e centrada no paciente, priorizando intervenções eficazes e seguras, com o objetivo de reduzir complicações e promover estabilização adequada no contexto das emergências psiquiátricas (Uribe et al., 2025).

8. PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Braz J Psychiatry*. 2011 Mar;33(1):30-9. doi: 10.1590/s1516-44462011000100008. PMID: 21537720.

Uribe, E. S., et al. (2025). Pharmacological management of acute agitation in psychiatric patients: an umbrella review. *BMC Psychiatry*, 25(273)

Raballo A, Poletti M, Preti A. Baseline benzodiazepine exposure is associated with greater risk of transition in clinical high-risk for psychosis (CHR-P): a meta-analysis. *Psychol Med*. 2023 Oct;53(14):6417-6423. doi: 10.1017/S0033291723002180. Epub 2023 Aug 23. PMID: 37609894.

Vyas CM, Petriceks AH, Paudel S, Donovan AL, Stern TA. Acute Psychosis: Differential Diagnosis, Evaluation, and Management. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2023 Mar 23;25(2):22f03338. doi: 10.4088/PCC.22f03338. PMID: 36963374.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. Diretrizes da Atenção Básica: revisão 2024. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2024. 105 p.

FENNESSY, Brian et al. Pharmacologic and genetic evidence converge on mechanisms of psychotic illness. *Translational Psychiatry*, v. 15, n. 254, 2025

ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS NO DISPONÍVEIS NA LITERATURA PARA O MANEJO DE CRISES PSICÓTICAS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

André Luiz Mesquita Maya¹, Giulia Patelli Ivanov¹,

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Deve ser elaborado em fonte Times New Roman 12 justificado, em parágrafo único, sem recuos, com espaço 1,5, com o título em negrito. Deve conter, no máximo, 150 palavras.

PALAVRAS-CHAVE: No máximo 3 (três) palavras-chave separadas por ponto. ÁREA

INTRODUÇÃO

A agitação e a agressividade em pacientes psiquiátricos são comumente associadas à psicose induzida pelo uso inadequado de substâncias psicoativas e a transtornos mentais sem controle (Baldaçara, 2025). Essas condições são caracterizadas pela desorganização do pensamento, presença de alucinações e frequente agitação psicomotora. A escolha da intervenção farmacológica deve equilibrar a necessidade de rápida ação com o perfil de segurança e tolerabilidade do fármaco selecionado (Uribe, 2025). Para o manejo dos pacientes, as diretrizes afirmam que o trabalho dual entre contenção física em conjunto com a terapia convencional, sendo ela benzodiazepínicos e antipsicóticos, demonstraram uma combinação eficaz considerando os altos índices de efeitos adversos (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [SMS-SP] 2023). Em contrapartida, fármacos alternativos como Haloperidol em associação a Prometazina se mostraram a alternativa segura que reduz a agressão com menos efeitos adversos, comparada à terapia convencional, para o manejo de crises na Urgência e Emergência (Uribe, 2025).

OBJETIVOS

Revisar e integrar as evidências recentes sobre os diferentes manejos farmacológicos disponíveis na literatura para tratamento emergencial de crises psicóticas.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura nas bases PubMed, SciELO, Science e Protocolos do Ministério da Saúde, utilizando os descritores *Emergencies AND Psychotic Disorders AND Drug Therapy*. Foram selecionados quatro artigos publicados entre 2023 e 2026, redigidos em inglês, que atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos, excluindo os que não se adequaram aos objetivos da revisão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os antipsicóticos constituem o pilar do tratamento da psicose aguda, sendo eficazes no manejo de sintomas positivos, como alucinações e agitação, embora apresentem impacto limitado sobre os sintomas negativos. O diagnóstico de transtorno psicótico breve requer a presença de sintomas por um período entre um dia e um mês, excluindo-se outras causas orgânicas ou substâncias (Vyas, 2023).

No cenário brasileiro, o Protocolo de Manchester orienta a triagem conforme riscos de violência, intoxicação e delírios. A prioridade na urgência é a estabilização de quadros de agitação psicomotora, convulsões e rebaixamento do nível de consciência. A contenção mecânica é admitida apenas como último recurso para evitar danos iminentes, devendo ser aplicada em pontos específicos (pulsos, tórax, quadril e joelho) pelo tempo estrito de até duas horas (SMS - SP 2023).

A farmacoterapia combinada entre antipsicóticos e benzodiazepínicos (como Lorazepam e Midazolam) visa a rápida tranquilização através da modulação de receptores GABA-A. Entretanto, essa estratégia demanda vigilância rigorosa devido ao risco de sedação profunda e insuficiência respiratória iatrogênica e, primordialmente, de depressão respiratória. Como alternativa para otimizar a segurança, a associação de haloperidol e prometazina tem se consolidado no manejo da agitação psicótica.

Ademais, Embora essa combinação é capaz de possa reduzir o limiar convulsígeno e não apenas mitigar os sintomas psicóticos positivos via bloqueio dopaminérgico D2, mas a Prometazina atua profilaticamente contra os efeitos extrapiramidais, frequentemente causados pelo Haloperidol oferecendo um efeito sedativo sinérgico, induzir sintomas extrapiramidais, tais efeitos são tecnicamente mais controláveis e apresentam menor letalidade imediata quando comparados ao risco de insuficiência respiratória iatrogênica associada aos benzodiazepínicos (Uribe, 2025).

DISCUSSÃO

A análise dos dados evidencia que o manejo da crise psicótica na emergência permanece um desafio clínico que exige uma avaliação individualizada, equilibrando a rapidez da tranquilização com a manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória. A transição de um paradigma focado estritamente na sedação profunda, para um modelo de “tranquilização rápida”, reduzindo a agitação sem induzir o sono, é o principal achado das literaturas. Embora o uso de benzodiazepínicos (como Midazolam ou Lorazepam) seja amplamente disseminado devido ao seu início de ação quase imediato via modulação de receptores GABA-A, o tratamento corrobora com os riscos de depressão respiratória iatrogênica, a complicação mais temida por exigir o envolvimento de uma equipe de emergência preparada para intervenção de suporte ventilatório, o que não é o ideal em alas psiquiátricas, com poucos recursos de monitorização intensiva (Raballo, 2025).

Em contrapartida, a associação de Haloperidol e Prometazina tem se destacado devido a sua estratégia de segurança superior no contexto do pronto atendimento. Essa combinação A literatura analisada sugere que essa combinação não apenas mitiga os sintomas psicóticos positivos via bloqueio dopaminérgico D2, mas a Prometazina atua profilaticamente contra os efeitos extrapiramidais, frequentemente causados pelo Haloperidol, além de oferecer um efeito sedativo sinérgico. (Uribe, 2025).

Comparativamente, o risco de redução do limiar convulsígeno associado ao Haloperidol e a Prometazina, essa dupla é clinicamente mais manejável do que a insuficiência respiratória potencial dos benzodiazepínicos. Outro ponto crítico de discussão é a interface entre a farmacologia e a contenção mecânica. Os protocolos da SMS-SP de 2023 reforçam que a contenção física não deve ser vista como punição, mas como medida de proteção de curto prazo. O protocolo sugere que o uso precoce e assertivo da medicação adequada pode reduzir o tempo de contenção, minimizando complicações como a rabdomiólise e o sofrimento psíquico do paciente.

A ausência de um protocolo fixo para o tratamento em crises psicóticas agudas não deve ser interpretado como uma falta de diretrizes, mas sim, como a necessidade de exercer a administração farmacológica com precisão e observação na emergência.. A escolha entre um antipsicótico isolado, uma terapia dual ou o uso de benzodiazepínicos deve ser pautada na etiologia da crise, se por transtorno primário ou intoxicação por substâncias, e na comorbidade do indivíduo, priorizando sempre a via oral quando possível, antes de progredir para a via intramuscular. (Vyas, 2023)

RESULTADOS

Portanto, o foi provado que manejo farmacológico destas situações não possui um protocolo fixo, exigindo a utilização de sedativos, antipsicóticos e/ou benzodiazepínicos de forma individualizada, conforme as características de cada paciente, sendo necessária a administração de sedativos, antipsicóticos e/ou benzodiazepínicos com base no perfil do paciente, não havendo opções de primeira escolha, porém, a fim de evitar repercussões nos sinais vitais e prevenir intoxicações decorrentes de doses inadequadas. o manejo do descontrole psíquico precisa ser cauteloso para não que não atingir atinja os sinais vitais, com a intoxicação devido a dosagem farmacológica inadequada (Uribe, 2025).

A terapia com benzodiazepínicos demonstrou alta eficácia na sedação rápida, agindo nos receptores inibitórios gabaérgicos, o que potencializa a inibindo inibição o do Sistema Nervoso Central, por agir nos receptores gabaérgicos, porém . Porém, foram observados riscos significativos de depressão respiratória e distúrbios de movimento (). Em contrapartida a O uso da terapia dual do Haloperidol com Prometazina surgiu como uma alternativa robusta que reduz a agressividade com menor incidência de efeitos adversos graves em comparação com a terapia com benzodiazepínicos. Embora apresente riscos de redução limiar convulsígeno, o perfil de letalidade imediata é inferior ao da insuficiência respiratória causada pela terapia com os benzodiazepínicos (Raballo, 2025).

A abordagem do paciente psiquiátrico no pronto atendimento é baseada no protocolo de Manchester junto das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde da região, onde o uso da contenção mecânica deve ocorrer apenas de acordo na gravidade da condição do paciente, não podendo ultrapassar duas horas de contenção. (SMS - SP 2023).

CONCLUSÃO

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Urgência psiquiátrica: agitação psicomotora. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2024. (Série Pathways, CPTW 392.1).

Uribe, E. S., et al. (2025). Pharmacological management of acute agitation in psychiatric patients: an umbrella review. *BMC Psychiatry*, 25(273)

Raballo A, Poletti M, Preti A. Baseline benzodiazepine exposure is associated with greater risk of transition in clinical high-risk for psychosis (CHR-P): a meta-analysis. *Psychol Med*. 2023 Oct;53(14):6417-6423. doi: 10.1017/S0033291723002180. Epub 2023 Aug 23. PMID: 37609894.

Vyas CM, Petriceks AH, Paudel S, Donovan AL, Stern TA. Acute Psychosis: Differential Diagnosis, Evaluation, and Management. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2023 Mar 23;25(2):22f03338. doi: 10.4088/PCC.22f03338. PMID: 36963374.

Quais são as estratégias farmacológicas disponíveis na literatura para o manejo de crises psicóticas nas emergências.

Emergencies and Benzodiazepines and Psychotic Disorders

pesquisa isso no pubmed e coloca de 2023 a 2026

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40133850>

Referência Bibliográfica: Uribe, E. S., et al. (2025). **Pharmacological management of acute agitation in psychiatric patients: an umbrella review.** *BMC Psychiatry*,

Objetivo e Justificativa: O objetivo principal desta revisão guarda-chuva (*umbrella review*) é avaliar a **eficácia e a segurança de intervenções farmacológicas** no controle da agitação psicomotora aguda em pacientes adultos (18 anos ou mais) com transtornos psiquiátricos. O foco do estudo reside no **controle dos sintomas em um curto espaço de tempo** (medido em horas, não dias) em ambientes de emergência, priorizando a tranquilização rápida em vez do tratamento de manutenção de longo prazo.

Principais Resultados por Classe Farmacológica:

Antipsicóticos Típicos: O **Haloperidol** é amplamente utilizado, mas apresenta alto risco de sintomas extrapiramidais (EPS). Sua combinação com a **prometazina** demonstrou ser eficaz e segura, reduzindo a agressão com menos efeitos adversos do que o uso isolado. O **droperidol** mostrou sedação rápida e eficácia comparável à olanzapina, com baixo índice de EPS.

Antipsicóticos Atípicos:

- A **Loxapina** (especialmente inalada) demonstrou eficácia rápida em pacientes psicóticos.
- A **Olanzapina** foi superior ao haloperidol nos primeiros 60 minutos em alguns estudos e apresentou baixo risco de distúrbios de movimento.
- O **Aripiprazol** mostrou eficácia similar a outros antipsicóticos IM, mas com **menor efeito sedativo** e menor incidência de sonolência.
- A **Ziprasidona** (IM) ofereceu início de ação rápido e melhor tolerabilidade que o haloperidol devido ao menor risco de sedação.

Benzodiazepínicos: O **Lorazepam** foi eficaz com menos efeitos colaterais que antipsicóticos típicos e sua eficácia aumenta quando combinado com eles. O **Midazolam** proporciona sedação muito rápida, mas acarreta riscos de **depressão respiratória**, especialmente em pacientes idosos com demência

Conclusões:

O manejo da agitação psicomotora deve ser **personalizado**, considerando o diagnóstico primário, a idade, as comorbidades do paciente e o contexto clínico.

Embora a olanzapina, o haloperidol e o lorazepam sejam os medicamentos mais frequentemente estudados e utilizados, **não há evidências definitivas de que uma única medicação seja superior** ou preferível a todas as outras em todos os cenários.

A escolha da intervenção deve equilibrar a necessidade de **velocidade de ação** com o perfil de **segurança e tolerabilidade** do fármaco escolhido.

[Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone - PubMed](#)

Todos os medicamentos produziram efeito calmante dentro de uma hora após a administração, mas apenas a olanzapina e o haloperidol reduziram a agitação em menos de 10 pontos, e apenas a olanzapina reduziu a agressividade em menos de quatro pontos na primeira hora. Após doze horas, apenas pacientes tratados com haloperidol mais midazolam apresentavam altos níveis de agitação e agressividade, além de mais efeitos colaterais. Ziprasidona, olanzapina e haloperidol sozinhos tiveram resultados mais estáveis para controle da agitação, enquanto ziprasidona, haloperidol mais prometazina e olanzapina tiveram resultados estáveis para controle da agressividade.

[Baseline benzodiazepine exposure is associated with greater risk of transition in clinical high-risk for psychosis \(CHR-P\): a meta-analysis - PubMed](#)

Haloperidol mais prometazina é eficaz e seguro, e seu uso é baseado em boas evidências. As benzodiazepinas funcionam, sendo o midazolam particularmente rápido, mas tanto o midazolam quanto o lorazepam causam depressão respiratória. Olanzapina intramuscular e ziprasidona intramuscular parecem ser opções viáveis e sua ação é rápida, mas a retomada da agressividade com necessidade subsequente de reinjeção foi mais provável do que com haloperidol mais prometazina. Haloperidol usado sozinho, sem algo que compense seus efeitos adversos frequentes e graves, parece difícil de justificar.

[Haloperidol mais prometazina para agressão induzida por psicose - PubMed](#)

Os antipsicóticos, como haloperidol e olanzapina, atuam principalmente por antagonismo dopaminérgico, sendo eficazes no controle da agitação e dos sintomas psicóticos. O haloperidol, amplamente utilizado em serviços de emergência, apresenta maior risco de efeitos extrapiramidais quando comparado aos antipsicóticos atípicos (BMC Psychiatry, 2025).

A associação de haloperidol com prometazina tem se destacado como uma estratégia eficaz e segura,

reduzindo a agressividade com menor incidência de efeitos extrapiramidais em comparação ao uso isolado do antipsicótico (Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression, PubMed).

Estudos comparativos de tranquilização rápida demonstram que terapias combinadas, como haloperidol associado a benzodiazepínicos ou anti-histamínicos, apresentam maior eficácia na contenção da agitação quando comparadas à monoterapia, embora possam estar associadas a maior risco de efeitos adversos, como sedação excessiva ou depressão respiratória (Rapid tranquilization for agitated patients..., PubMed).

Dessa forma, a escolha do esquema farmacológico deve considerar a rapidez de ação, o perfil de segurança e as características clínicas do paciente, não havendo evidência definitiva de superioridade de um único fármaco em todos os cenários.

A psicose aguda pode ser descrita como uma síndrome clínica que envolve alucinações, delírios, pensamentos ou comportamentos desorganizados, ou alguma combinação destes, dentro de um período agudo (frequentemente inferior a 1 mês). Especificamente, o diagnóstico de transtorno psicótico breve, segundo o *DSM-5*, exige a presença de sintomas psicóticos por um período entre 1 dia e 1 mês, e que esses sintomas não sejam atribuíveis a outras causas.⁶Esse período de tempo diferencia essa condição do transtorno esquizofreniforme, que se baseia na presença de sintomas psicóticos por um período entre 1 e 6 meses.⁵Na *Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID-10)*, o diagnóstico que mais se aproxima do transtorno psicótico breve é o de transtornos psicóticos agudos e transitórios (TPAT).⁶Na ATPD, o início dos sintomas ocorre em até 2 semanas, sintomas psicóticos "mutáveis e variáveis" estão presentes e existe a possibilidade de um estressor agudo recente antes do início dos sintomas.³

causas médicas e neurológicas da psicose.⁷Resumidamente, as causas médicas incluem delírio, hipóxia, níveis excessivamente altos ou baixos de açúcar no sangue, doenças autoimunes (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico [LES]), doenças neurológicas (por exemplo, demência com corpos de Lewy, doença de Wilson), infecções (por exemplo, sepse, infecções do trato urinário em idosos), distúrbios endócrinos (por exemplo, doença de Cushing, hipertireoidismo), síndromes paraneoplásicas (por exemplo, encefalite anti- receptor *N*-metil-D-aspartato [NMDA] no câncer de ovário), deficiências

vitamínicas (por exemplo, de tiamina, niacina, cobalamina) e uma ampla gama de distúrbios metabólicos e eletrolíticos

O delirium é “uma síndrome caracterizada por uma alteração aguda na atenção, consciência e cognição” e “é causado por uma condição médica que não pode ser melhor explicada por um transtorno neocognitivo preexistente”