



EINSTEIN
Hospital Israelita

Guia do Episódio de Cuidado

Agitação Psicomotora em Crianças e Adolescentes

A agitação psicomotora aguda em crianças e adolescentes tem se tornado mais frequente em ambientes hospitalares e de emergência, e corresponde a 13% de todas as emergências psiquiátricas infanto-juvenis. Ela costuma ser percebida pelas equipes como mais urgente e grave que a de adultos, levando a períodos mais prolongados no pronto-socorro e a internações hospitalares. Alguns estudos apontam até 70% das agitações infantis correspondem a condições psiquiátricas, dado semelhante ao observado em adultos.

I. ASSISTENCIAL

Sequência do Atendimento

1. PREVENÇÃO DA AGITAÇÃO

- É importante ser proativo e não reativo no manejo da agitação infanto-juvenil
- Para pacientes com possibilidade elevada de agitação (histórico pregresso, neurodivergência, ou quadros de transtornos disruptivos), já oferecer ambiente calmo, com iluminação e sonoridade controlados, sem objetos que possam ser usados de forma violenta; espaço para movimentação supervisionada; e maneiras de sanar desconfortos físicos (como fome, sede ou dor).
- Escalas como a MOAS podem ser aplicadas a cada troca de plantão ou mais regularmente se necessário

2. CLASSIFICAÇÃO: A estratificação adequada do grau de agitação orienta a escolha da intervenção mais apropriada

- Leve: irritabilidade, dificuldade em esperar sentado, inquietação motora (fidgeting, roer unhas etc)
- Moderada: perambular, jogar objetos sem mirar nos outros, falar alto ou gritar, discurso ameaçador, machucar-se superficialmente
- Grave: qualquer comportamento que coloque o paciente ou outros em risco, como agressão física, tentativas de estrangulamento, arremesso de objetos pesados, destruição da propriedade, ou tentativas severas de se machucar

3. MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DE DE-ESCALONAMENTO VERBAL (“ERASER”)

E – EYEBALL THE PATIENT (OLHE O PACIENTE): Contato visual e avaliação da gravidade da agitação e da segurança da cena

R – RESPECT PERSONAL SPACE (RESPEITE O ESPAÇO PESSOAL): Mantenha uma distância confortável para todos

A – A SINGLE MEMBER (SÓ UMA PESSOA): Apresentações e explicações ficam com um só membro da equipe, calmo, conciso e empático

S – SENSIBLE LISTENING (ESCUTA SENSÍVEL): Tente entender o que o paciente quer, ouvindo-o sem necessariamente reagir às demandas

E – ESTABLISH BOUNDARIES AND EXPECTATIONS (LIMITE E EXPECTATIVAS): Use comunicação simples e clara para explicar situações que não serão toleradas em razão da necessidade de garantir segurança e cuidado adequado a todos, com previsibilidade e calma, sem recorrer a ameaças ou intimidações.

R – REASONABLE CHOICES (OPÇÕES RAZOÁVEIS): Com sinais de melhora, oferecer duas opções simples do que pode ser feito que estejam alinhadas com os limites e expectativas combinados.

4. MANEJO FARMACOLÓGICO

Em pacientes com agitação psicomotora leve a moderada, pode ser considerada primeiro por via oral e então por outras vias de acesso; paciente e família devem ser consultados sobre suas preferências. Em pacientes que já utilizam psicofármacos regularmente, sempre proponha adiantar a dose. Se insuficiente, iniciar o manejo com doses adicionais dos medicamentos já em uso, quando viável.

5. CONTENÇÃO MECÂNICA - FEITA PARA VIABILIZAR A ADMINISTRAÇÃO ADEQUADA E SEGURA DA CONTENÇÃO QUÍMICA

- Reservada para agitação psicomotora grave
- Risco imediato de agressão física ao profissional e/ou à equipe
- Imediatamente exige deslocamento de um profissional para monitoramento regular, seguido de debriefing e nova prevenção

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

O atendimento deve ser realizado na sala de emergência em pacientes com agitação psicomotora moderada ou grave. Todos os sinais vitais devem ser mensurados, e uma primeira avaliação clínica focada deve ser realizada, seguida de uma mais detalhada quando houver estabilidade do quadro.

7. APROFUNDAMENTO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA:

- Intoxicações ou abstinência de substâncias
- Alterações infecto-metabólicas ou condições clínicas que levem a dor ou desconforto, sobretudo em pacientes neurodivergentes
- Alterações do sistema nervoso (TCE, encefalite, estados pós-ictais) e da consciência (síndrome metabólicas e hidro-eletrolíticas)
- Efeitos colaterais medicamentosos, ou falha na administração dos medicamentos de uso regular
- Condições psiquiátricas agudas ou agudizadas

8. DEBRIEFING E NOVA PREVENÇÃO

- Após uma contenção mecânica, é necessário discutir em equipe o procedimento, revisando intercorrências e pontos de melhora
- A família e o paciente devem ter clareza do que aconteceu, e um profissional deve revisar o ocorrido com eles
- Retomar as medidas de prevenção com as adaptações necessárias.

Identificação da agitação psicomotora de crianças e adolescentes

Principais Fatores de Risco para Agitação Aguda em Crianças e Adolescentes

Episódio de agitação aguda nas últimas 24h

História de abuso ou de ser vítima de violência ou de trauma (alterações no sistema de resposta de "luta ou fuga")

Barreira de comunicação (neurodivergência, deficiência intelectual)

Sexo masculino, situação de abrigo ou de privação de liberdade

Diagnóstico psiquiátrico prévio (t. opositor-desafiador, t. de conduta, t. de humor)

Tabela 1. Adaptado de Saidnejad et al, 2024

MOAS (Modified Overt Aggression Scale)

• AGRESSÃO VERBAL

- 0 – Nenhuma agressão verbal
- 1 – Grita com raiva, insulta ou ofende
- 2 – Tem explosões de temperamento, ou insulta intensamente
- 3 – Faz ameaças verbais de forma impulsiva
- 4 – Faz ameaças verbais reiteradas vezes ou de forma coercitiva para conseguir algo

• AGRESSÃO CONTRA A PROPRIEDADE

- 0 – Nenhuma agressão contra a propriedade
- 1 – Bate portas, rasga roupas, urina no chão
- 2 – Joga objetos no chão, chuta móveis
- 3 – Destrói objetos
- 4 – Incendeia objetos, ou arremessa objetos pesados contra as pessoas

• AUTO-AGRESSÃO

- 0 – Nenhuma auto-agressão
- 1 – Puxa cabelo, cantos de pele, ou se bate sem se ferir
- 2 – Joga-se no chão, bate a cabeça com força, soca paredes
- 3 – Faz lesões leves em si, com cortes superficiais, pequenas queimaduras ou outros
- 4 – Faz lesões severas em si, como cortes profundos, ou tentativas de suicídio

• AGRESSÃO FÍSICA (HETERO-AGRESSIVIDADE)

- 0 – Nenhuma agressão física
- 1 – Segura os outros pela roupa, faz gestos ameaçadores
- 2 – Empurra, arranha, bate ou puxa o cabelo de outros, sem ferir
- 3 – Ataca os outros, causando ferimentos leves (hematomas, cortes superficiais, torções leves)
- 4 – Ataca os outros, causando ferimentos severos (fraturas, perda de dentes, coma, hemorragias)

Multiplicar o escore de Agressão Verbal x 1, o de Agressão contra a propriedade x 2, o de Auto-agressão x 3, e o de Agressão física x 4. O escore máximo é de 40, indicando risco elevado de comportamento agressivo. A aplicação da escala serve para avaliação e acompanhamento do manejo.

Adaptado de Kay, Wolkenfeld & Murrill, 1988. Tradução própria.

Atenção: No manejo da agitação psicomotora de crianças e adolescentes, medidas ambientais para todas as crianças são prevenção primária; mudanças que atendam às necessidade de crianças com risco de agitação são prevenção secundária; e medidas de descalonamento verbal ou manejo farmacológico já são tratamento.

Ser proativo antes para não precisar ser reativo depois inclui se antecipar às situações de risco e prevenir o escalonamento de agitação ou mesmo agressividade.

MANEJO FARMACOLÓGICO DA AGITAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Fármaco	Dosagem	Características	Considerações
Difenidramina	- VO ou IM 1mg/kg de peso - Dose máxima/aplicação: 50mg	- Efeito em 1h se VO, e em 15min se IM - Dose máxima/dia em crianças: 50-100mg; em adolescentes: 100-200mg	- Pode agravar quadros de delirium - Pode ter efeitos colaterais colinérgicos, e gerar desinibição
Lorazepam	- VO ou IM 0,05mg-0,1mg/kg de peso - Dose máxima/aplicação: 2mg	- Efeito em 15 a 30min - Dose máxima/dia em crianças: 4mg; em adolescentes: 6mg	- Pode gerar efeito paradoxal de agitação, sobretudo em crianças e em indivíduos neurodivergentes - Preferível nos casos associados ao uso de substâncias - Risco de depressão respiratória
Haloperidol	- VO ou IM 0,05mg-0,1mg/kg de peso - Dose máxima/aplicação: 2mg em crianças e 5mg em adolescentes	- Efeito em 1h se VO, e em 15-30min se IM - Dose máxima/dia em crianças: 5mg; em adolescentes: 15mg	Risco de alongamento de QTc, de distonia aguda, crise oculógira, e hipotensão
Clorpromazina	- VO ou IM 0,55mg/kg de peso - Dose máxima/aplicação: 50mg	- Efeito em 30min-1h se VO, e em 30min se IM - Dose máxima/dia em crianças: 75mg; em adolescentes: 200mg	Risco de alongamento de QTc, de distonia aguda, crise oculógira, e hipotensão
Clonidina	- VO - Dose recomendada/aplicação: 0,05-0,1mg	- Efeito em 30min-1h - Dose máxima/dia: 0,2mg (27-40,5kg); 0,3mg (40,5-45kg); 0,4mg (>45kg)	- Risco considerável de bradicardia e de hipotensão; monitorar - Evite o uso na presença de outros hipotensores ou de agravos clínicos
Risperidona	- VO 0,005-0,01mg/kg de peso - Dose recomendada/aplicação: 0,25-1mg	- Efeito em 1h - Dose máxima/dia depende do uso prévio de antipsicóticos; até 2mg em crianças e até 3mg em adolescentes	- Risco de sedação e de acatisia em doses mais altas - Risco reduzido mas ainda presente de alongamento de QTc e hipotensão
Quetiapina	- VO 1-1,5mg/kg de peso - Dose recomendada/aplicação: 25-50mg	- Efeito em 30min-2h - Dose máxima/dia depende de uso prévio de antipsicóticos; até 600mg em crianças > 10 anos	- Risco de sedação maior em doses mais baixas - Risco reduzido mas ainda presente de alongamento de QTc e hipotensão

Tabela 2. Adaptado de Hoffman et al, 2022; e de Gerson et al, 2019

Todo paciente com agitação psicomotora deve ser monitorizado durante e após o manejo farmacológico para efeitos adversos. Se utilizado antipsicóticos, solicitar logo após um ECG e verificar QTc e pressão arterial.

CONTENÇÃO MECÂNICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- Trata-se de um procedimento médico de risco, com poucos estudos conclusivos sobre eficácia e padronização, e relatos raros de morte pediátrica (mais frequentemente por asfixia). Outros profissionais treinados podem iniciá-la em cenários de emergência, mas um médico deve ser acionado para avaliar o paciente de imediato.
- Em pacientes com risco elevado de agitação psicomotora, a equipe deve avisar a família da possibilidade e dos procedimentos envolvidos em uma contenção.
- Não deve ser usado como forma de coerção ou ameaça em nenhum cenário.
- A contenção mecânica em crianças e adolescentes exige monitoramento contínuo, com um profissional ao lado do leito do início até a descontenção - deixar paciente em ambiente trancado sem supervisão (reclusão) não é um ato médico.
- Verificar: perfusão de extremidades; nível de consciência; sinais respiratórios; nível da agitação.
- A contenção deve acontecer em posição supina, em superfície confortável e estável, sem amarras na cabeça, axilas ou pescoço. Em contenções prolongadas, mudanças relativas de posição podem ajudar a prevenir parestesias ou lesões.
- Assim que houver melhora da agitação, com efeito do manejo químico, verbal e ambiental, deve-se tentar a descontenção
- Ao fim do processo, a equipe deve realizar um debriefing e planejar novas estratégias de manejo para o caso
- Para mais detalhes, acessar <https://docinst.einstein.br/Document/Detail/298d5e96feeb45d19cdecdbc1fa5c6ea>

MANEJO POR ETIOLOGIA DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA

ALTERAÇÕES DO NEURODESENVOLVIMENTO COMO TEA OU DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Considere fome, dor, sede, e outros desconfortos físicos. Busque estratégias comportamentais, sensoriais ou baseadas na experiência prévia dos pais. Considere adiantar a dose do que o paciente já toma, ou fazer mais meia dose, ou uma nova dose. Evite benzodiazepínicos, e evite a via intra-muscular e a contenção mecânica sempre que razoável (pode gerar quebra de confiança e vivência traumática com serviços de saúde). Considere antipsicóticos, clonidina ou difenidramina.

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA)

Considere lorazepam e/ou haloperidol, e sintomas para desconfortos físicos como dor ou náusea. Colete testes para determinar substâncias, e faça work-up clínico para avaliar riscos imediatos.

DELIRIUM

Investigação clínica intensa da etiologia de base, com tratamento quando disponível, incluindo de dor. Evite benzodiazepínicos e difenidramina. Considere antipsicóticos.

TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO PRÉVIO CONHECIDO

Na agitação catatônica, considere lorazepam. Na mania aguda, considere nova dose do antipsicótico já em uso. Na ansiedade, considere lorazepam em adolescentes. Em quadros dissociativos, considere antipsicóticos. Em quadros comportamentais que falharam no manejo comportamental e oferecem risco importante, considere difenidramina, lorazepam ou antipsicóticos.

Tabela 3. Adaptado de Gerson et al, 2019

Atenção: Em quadros de agitação psicomotora aguda, uma avaliação clínica breve e direcionada deve excluir causas de dor, febre ou desconforto, bem como condições clínicas como encefalite, estados pós-ictais ou estados alterados de consciência relacionados a condições como alteração metabólica, hipoxêmica, hidro-eletrolítica ou intoxicações. Em pacientes com uso de psicofármacos, também considerar efeitos colaterais, incluindo condições como síndrome serotoninérgica, acatisia e outros. Assim que a segurança for estabelecida e o risco for reduzido, a investigação deve ser aprofundada, levando em consideração também histórico psiquiátrico do paciente.

Transferência hospitalar do paciente com agitação psicomotora moderada ou grave.

Tipo de recurso: ambulância avançada, obrigatoriamente.

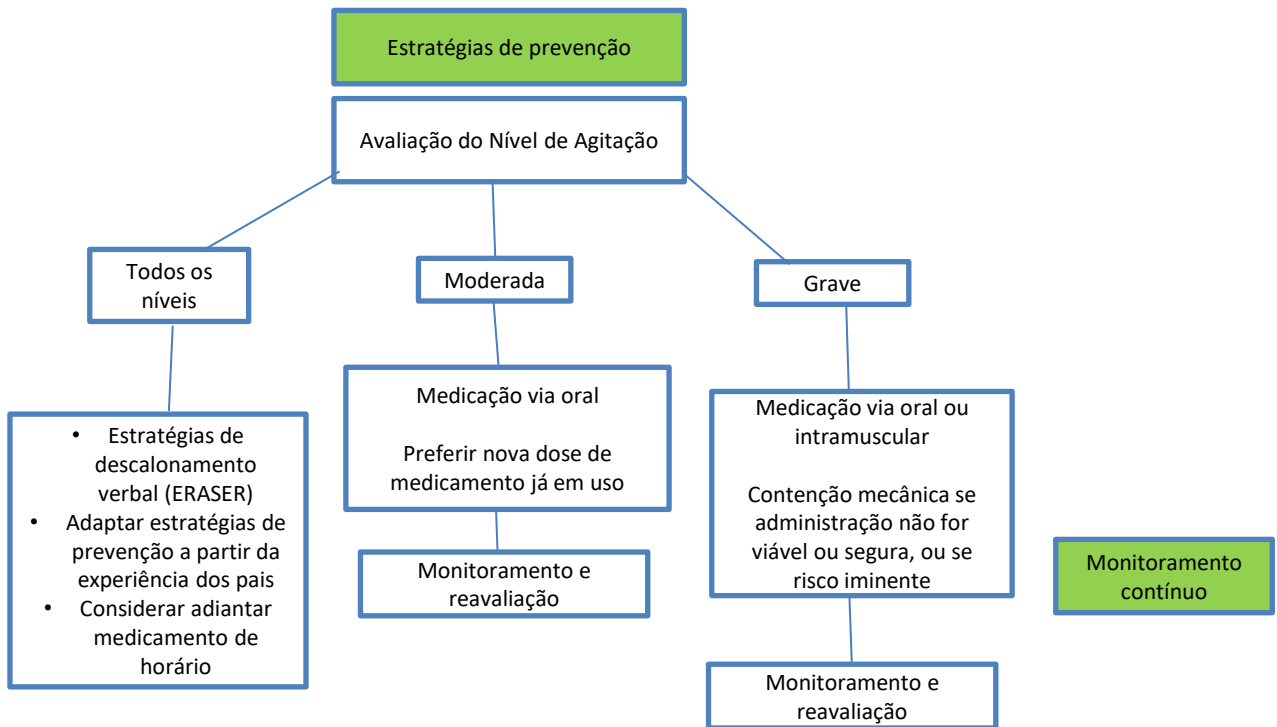
Equipe: capacitada, com monitorização contínua durante todo o transporte.

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 agitação psicomotora moderada ou grave: Unidade de terapia intensiva

FLUXOGRAMA



II. REFERÊNCIAS

- [1] Carison, A., Babl, F.E., Hill, A. and O'Donnell, S.M. (2020), Children and adolescents with severe acute behavioural disturbance in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 32: 747-755. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13515>
- [2] Saidinejad M, Foster AA, Santillanes G, Li J, Wallin D, Barata IA, Joseph M, Rose E, Cheng T, Waseem M, Berg K, Hooley G, Ruttan T, Shahid S, Lam SHF, Amanullah S, Lin S, Heniff MS, Brown K, Gausche-Hill M; ACEP Pediatric Emergency Medicine Committee. Strategies for optimal management of pediatric acute agitation in emergency settings. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2024 Aug 23;5(4):e13255. doi: 10.1002/emp2.13255. PMID: 39183940; PMCID: PMC11342465.
- [3] Hoffmann JA, Pergjika A, Konicek CE, Reynolds SL. Pharmacologic Management of Acute Agitation in Youth in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2021 Aug 1;37(8):417-422. doi: 10.1097/PEC.0000000000002510. PMID: 34397677; PMCID: PMC8383287.
- [4] Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis*. 1988 Sep;176(9):539-46. doi: 10.1097/00005053-198809000-00007. PMID: 3418327.
- [5] Saito E, Nikolov R, Sorter MT, et al. Systematic Search and Review: Management and Prevention of Agitation and Aggression in the Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Setting. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2025;35(7):375-387. doi:10.1089/cap.2025.0043
- [6] Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *West J Emerg Med*. 2019 Mar;20(2):409-418. doi: 10.5811/westjem.2019.1.41344. Epub 2019 Feb 19. Erratum in: *West J Emerg Med*. 2019 May;20(3):537. doi: 10.5811/westjem.2019.4.43550. Erratum in: *West J Emerg Med*. 2019 Jul;20(4):688-689. doi: 10.5811/westjem.2019.4.44160. PMID: 30881565; PMCID: PMC6404720.
- [7] Royal Children's Hospital Melbourne Clinical Practice Guidelines : Acute behavioural disturbance: Acute management. Disponível em www.rch.org.au

Código Documento: CPTW517.1	Elaborador: Diego André Hortencio Ortega dos Santos	Revisor: Fernando Ramo de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 16/03/2026	Data de Aprovação: 27/03/2026
---------------------------------------	--	---	---	--	---