

Agitação psicomotora na criança e no adolescente no pronto-socorro

Causa orgânica primeiro, segurança, desescalada verbal, TEA e deficiência intelectual, medicação com doses, contenção mecânica e risco de suicídio, segundo MS/SAMU 192, CFM, COFEN, AAP/ACEP 2023, BETA 2019, NICE e SEUP 2024

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Agitação psicomotora é um sinal: primeiro **afastar causa orgânica** — delirium, **hipoglicemia**, **hipóxia**, intoxicação ou abstinência, trauma craniano, pós-ictal, meningite e **encefalite anti-NMDA** —, com sinais vitais, **glicemia capilar** e SpO2 em todos. Em seguida, **segurança** do ambiente e da equipe e **desescalada verbal** (AAP/ACEP 2023; BETA 2019). Se precisar de medicação, **via oral primeiro**, escolhida pela causa. **Contenção mecânica só como último recurso**, prescrita, registrada, vigiada e pelo menor tempo possível (CFM 2.057/2013; COFEN 746/2024). Causa benigna e resposta à conversa: alta com plano (●). Observação ou medicação oral: pronto-socorro e saúde mental (●). **Risco iminente, alteração de consciência ou qualquer sinal de causa orgânica**: sala de emergência; no consultório, **SAMU 192** (●). Passada a crise, avaliar o **risco de suicídio** e notificar a violência quando houver.

1. O que é e como se apresenta

Definição: atividade motora excessiva com tensão interna, irritabilidade e impulsividade, às vezes violenta — da inquietação à agressão física (SEUP 2024).

Causas (SEUP 2024; BETA 2019):

- **Orgânicas:** delirium, hipoglicemia, hipóxia, trauma craniano, crise epilética ou fase pós-ictal, meningite e encefalite, inclusive a **anti-NMDA** (fala reduzida, discinesias, crises), hiponatremia, erro inato; **dor** na criança não verbal.
- **Tóxicas:** intoxicação ou **abstinência** — álcool, cannabis, cocaína, anfetaminas, corticoide, benzodiazepínicos, anticolinérgicos, opioides, ISRS.
- **Psiquiátricas e de desenvolvimento:** TEA, deficiência intelectual, conduta, TDAH, pânico, mania, psicose, estresse pós-traumático, crise suicida.
- **Ambientais:** conflito familiar, **violência, maus-tratos e abuso sexual** (pensar sempre).

Sinais que apontam causa orgânica (SEUP 2024): início súbito; trauma; **sinais vitais ou exames alterados; sinal focal; alucinações visuais, táteis ou olfativas; flutuação**, desorientação e piora noturna (**delirium**); sem antecedente psiquiátrico.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Agitação sem risco ; consciência, sinais vitais e glicemia normais; causa benigna evidente; acalma com a conversa	Desescalada e ambiente calmo; tratar a causa; alta com plano de crise; seguimento pelo pediatra
● Moderada	Exige supervisão contínua , resposta parcial à desescalada; aceita a via oral ; exame normal; transtorno psiquiátrico ou do desenvolvimento conhecido; substância sem sinais de gravidade	Observação no pronto-socorro; medicação oral pela causa; avaliação de saúde mental; encaminhar com prioridade ao CAPSi ou ao psiquiatra da infância e adolescência
● Grave	Risco iminente de violência ; arma; recusa da via oral com risco; necessidade de IM ou contenção; qualquer sinal de causa orgânica : consciência alterada ou flutuante, alucinação visual, febre, sinal focal, convulsão, discinesia, hipoglicemia , SpO2 < 92% , toxíndrome, trauma craniano; ideação suicida com plano ou tentativa	Sala de emergência : ABCDE, monitorização, investigação e tratamento da causa; no consultório, SAMU 192 , sem deixar sozinho

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Sem antecedente psiquiátrico; primeiro surto psicótico com crise, discinesia ou mutismo.
- Substâncias ou medicamentos em casa; antidepressivo ou antipsicótico iniciado ou aumentado há pouco.
- TEA, deficiência intelectual ou comunicação limitada; epilepsia.
- Crises prévias com contenção ou medicação IM; violência sofrida.

3. Diagnóstico no consultório

É clínico. História com os acompanhantes (SEUP 2024; BETA 2019): antecedentes, crises anteriores e **o que funcionou**; **medicamentos e doses** (inclusive os dados antes de chegar); **ingestão**; gatilho; ideação suicida ou homicida; **violência ou abuso**; trauma.

Avaliação inicial (todos): triângulo de avaliação pediátrica e **ABCDE**; sinais vitais, temperatura, **SpO2** e **glicemia capilar**; exame neurológico, pupilas, sinais de trauma, toxíndrome; orientação e atenção.

Exames: **nenhum de rotina** se história e exame não sugerem causa orgânica — só 5–6% mudam a conduta (AAP/ACEP 2023); **β-hCG** na adolescente; pesquisa toxicológica para contextualizar. **Com suspeita de causa orgânica** (SEUP 2024): hemograma, eletrólitos com cálcio, gasometria, função renal e hepática, níveis de medicamentos, tóxicos; **ECG** na

intoxicação ou antes de antipsicótico; **tomografia** no trauma ou na piora progressiva; **líquor** na febre ou suspeita de encefalite (anti-NMDA no líquido e no soro); EEG se suspeita de estado de mal não convulsivo.

Diferencial que não pode passar: hipoglicemia, hipóxia, sepse, meningite e encefalite, **trauma craniano** (inclusive não acidental), **intoxicação**, abstinência, síndrome neuroléptica maligna, **dor** não reconhecida, maus-tratos.

4. Tratamento e seguimento

1. Segurança (SEUP 2024; AAP/ACEP 2023): fora da sala de espera; sala calma, **sem objetos perigosos** (perfurocortantes, cintos, cadarços, sacos plásticos); afastar quem desencadeou a crise; porta aberta, profissional entre o paciente e a saída; ninguém se expõe sozinho.

2. Desescalada verbal (sempre primeiro; BETA 2019; SEUP 2024; NICE NG10): um só **profissional fala**; voz calma, frases curtas, à altura dos olhos, com distância; escuta ativa, validar a emoção, sem discutir; o objetivo é a segurança; limites claros, sem ameaça; **oferecer escolhas** (sentar, lugar quieto, comer ou beber).

3. Medidas não farmacológicas: menos luz, ruído e pessoas; familiar que acalma, objeto de conforto, distração; tratar **dor, fome, sede e sono**.

4. TEA e deficiência intelectual (AAP/ACEP 2023; BETA 2019; SEUP 2024): perguntar à família **o que acalma** e o que desencadeia; **procurar dor e doença orgânica** (otite, constipação, dentes, fratura); poucos estímulos, **evitar contato físico**; frases curtas, apoio visual, uma instrução por vez. Medicação: **primeiro dose extra do remédio habitual; evitar IM e benzodiazepínico** (reação paradoxal). Seguimento conforme **Transtorno do espectro autista**.

5. Medicação: explicar riscos e benefícios. **Via oral** se colaborar; IM (ou IV, se já houver acesso) só se não colaborar e houver risco; sem efeito, **repetir o mesmo fármaco** antes de associar (BETA 2019). **A escolha segue a causa:**

- **Delirium:** tratar causa e dor; **sem benzodiazepínico nem anticolinérgico**; se necessário, antipsicótico em dose baixa (SEUP 2024; BETA 2019).
- **Intoxicação ou abstinência (álcool, simpatomiméticos):** **benzodiazepínico** (SEUP 2024; MS/SAMU 192); ver **Intoxicações exógenas agudas na criança**.
- **Transtorno psiquiátrico conhecido ou TEA:** dose extra do remédio habitual; risperidona ou olanzapina VO (SEUP 2024).
- **Suspeita de encefalite anti-NMDA:** sem antipsicótico "para acalmar"; benzodiazepínico se necessário (ver **Encefalites agudas na criança**).

- **Agitação não psicótica:** leve — sem remédio; moderada — benzodiazepínico ou olanzapina; grave — haloperidol + benzodiazepínico, ou olanzapina isolada (SEUP 2024).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Midazolam VO	0,5 mg/kg, máx. 15 mg	Dose única	Início em 30 min	Analgesia e sedação do site; SEUP 2024 (psiquiatria): 0,5–0,75 mg/kg, máx. 20 mg
Midazolam intranasal	0,3–0,5 mg/kg, máx. 10 mg	Dose única	Início 15–20 min	Analgesia e sedação do site; MS/SAMU 192: 0,4–0,5 mg/kg
Midazolam IM	0,2–0,3 mg/kg, máx. 10 mg/dose; começar por 0,2	Após reavaliação	Efeito curto	MS/SAMU 192 (APed31 Sedação, que inclui agitação; não é a dose da crise convulsiva); SEUP 2024: 0,1–0,2 mg/kg
Midazolam IV (acesso já disponível)	0,05–0,1 mg/kg, titulado, máx. 5 mg/dose	≥ 5 min entre doses	Efeito curto	Analgesia e sedação do site (PALS); SAMU 192: 0,2–0,3. Flumazenil no mesmo documento
Lorazepam VO (≥ 12 anos)	0,05–0,1 mg/kg (0,5–2 mg)	Repetir se necessário	Máx. 6–8 mg/dia no adolescente	BETA 2019. No Brasil só há comprimidos de 1 e 2 mg, contraindicados abaixo de 12 anos (bula Lorax®)
Risperidona VO	0,25–1 mg (0,01–0,04 mg/kg)	Repetir se necessário	Máx. 0,06 mg/kg/dose e 3 mg/dia	SEUP 2024; BETA 2019 (máx. 1–2 mg/dia na criança). Hipotensão, QT longo, acatisia
Olanzapina VO	< 40 kg: 2,5–5 mg; ≥ 40 kg: 5–10 mg	Repetir se necessário	Máx. 10–20 mg/dia	SEUP 2024; BETA 2019. Não associar benzodiazepínico (separar ≥ 1 h): depressão respiratória
Haloperidol VO	0,01–0,03 mg/kg/dia	2 a 3 vezes ao dia	Máx. 0,15 mg/kg/dia	SEUP 2024
Haloperidol IM	1–3 mg/dose (dose única: 2,5 mg na criança, 5 mg no adolescente)	4–8 h	Máx. 6 mg/dia de 15 a 40 kg; 15 mg/dia acima de 40 kg (BETA)	SEUP 2024; no Brasil, injetável com bula de uso adulto. Cautela: distonia (sobretudo sem antipsicótico prévio; NICE), QT longo (ECG), hipotensão
Difenidramina VO ou IM	1 mg/kg/dose (12,5–50 mg)	Repetir se necessário	Máx. 50–100 mg/dia na criança; 100–200 mg/dia no adolescente	BETA 2019. Agitação leve a moderada ou com haloperidol (distonia). Não no delírium; desinibição paradoxal

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Hidroxizina VO	0,7 mg/kg/dose	8 h	Máx. 2 mg/kg/dia até 40 kg; 100 mg/dia acima	Bula (Hixizine®); mesmas restrições da difenidramina
Biperideno (distonia aguda)	< 1 ano 1 mg; 1–6 anos 2 mg; 6–10 anos 3 mg IM ou IV	Repetir em 30 min, se necessário	Máx. 5 mg	SEUP 2024

Anti-histamínico sedativo: o padrão do site é **não usar**; a exceção é a **dose única no serviço** para agitação aguda (BETA 2019) — nunca prescrição para casa "para acalmar".

Cetamina: **não recomendada** para agitação no BETA (2019); só na agitação extrema com **risco imediato à vida**, refratária, em sala de emergência com equipe de via aérea e monitorização; dose conforme **Analgesia e sedação** e o protocolo do serviço.

Não usar: opioide para agitação (só para dor); ziprasidona (BETA 2019); olanzapina junto de benzodiazepínico; sedação no consultório sem monitorização.

Após a medicação (SEUP 2024; NICE NG10): **SpO2, FC e FR contínuas**, PA, temperatura, consciência e hidratação; **ECG** após antipsicótico; vigiar via aérea, hipotensão, distonia e **síndrome neuroléptica maligna** (febre, rigidez, disautonomia); oxigênio para **SpO2 entre 94% e 98%**.

6. Contenção mecânica (último recurso):

- Quando for o **meio mais adequado** (CFM) ou o **único meio disponível** (COFEN) para prevenir dano imediato ou iminente à criança ou a terceiros, esgotadas as medidas anteriores; **prescrita pelo médico e registrada em prontuário**; família ou representante legal informado assim que possível (CFM, Resolução nº 2.057/2013, art. 16).
- Aplicada sob **supervisão direta do enfermeiro**, com **monitoramento pela enfermagem**; o prontuário registra **motivo, duração, avaliações, eventos adversos e monitoramento clínico** (COFEN, Resolução nº 746/2024).
- Pelo menor tempo possível** (CFM; MS/SAMU 192); nenhuma norma brasileira fixa tempo máximo — reavaliar continuamente a retirada. Nunca como castigo ou conveniência da equipe (MS/SAMU 192).
- Equipe treinada com um coordenador; **decúbito dorsal** (lateral se risco de aspiração); faixas próprias, nunca lençol ou atadura; sem pressão sobre pescoço, tórax ou abdome; **vigilância contínua** com SpO2, perfusão e hidratação (SEUP 2024; MS/SAMU 192; NICE NG10).

7. Depois da crise: com o paciente calmo e lúcido, conversar sobre o que aconteceu; **avaliar o risco de suicídio** (ASQ — ver **Risco de suicídio na criança e no adolescente**); investigar violência e abuso; definir o destino com a saúde mental. **Notificação obrigatória (compulsória) da violência autoprovocada e dos maus-tratos**, com comunicação ao **Conselho Tutelar** (Lei 13.819/2019, art. 6º; PRC nº 4/2017, redação da Portaria GM/MS 10.175/2026); da **intoxicação exógena** no Sinan. O pediatra segue com o CAPSi e faz com a família o **plano de crise**.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Todos os critérios  da tabela; agitação que não cede com a desescalada no consultório; suspeita de causa orgânica, ingestão ou trauma.
- **Internação:** causa orgânica; medicação parenteral repetida ou contenção; risco persistente; tentativa de suicídio; família sem condição de garantir a segurança (leito psiquiátrico se a causa for psiquiátrica).

Como encaminhar (do consultório):

1. **Segurança:** afastar objetos perigosos, um só profissional falando, **não deixar sozinho**; arma ou risco à equipe: polícia (190).
2. Desescalada verbal enquanto aguarda; **a contenção química é feita no serviço** (SAMU ou pronto-socorro), não no consultório.
3. Sinais vitais, **glicemia capilar** e SpO₂; hipoglicemia: glicose IV 0,5–1 g/kg a partir de 1 mês (SG 10% 2 mL/kg no recém-nascido) — padrão do site (MS/SAMU 192); oxigênio para manter **SpO₂ entre 94% e 98%**; crise convulsiva ≥ 5 min: **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo**.
4. **SAMU 192** para o transporte; intoxicação: **Disque-Intoxicação 0800-722-6001** e embalagens junto.
5. **Relatório:** história, medicamentos, doses e horários, o que acalma, contato do psiquiatra ou CAPSi, suspeita de violência.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- Plano de crise escrito: gatilhos, primeiros sinais, o que acalma, quem chamar.
- **Trancar medicamentos**, álcool e objetos cortantes; **armas de fogo fora de casa**.
- Na crise: voz calma, poucas palavras e pessoas, afastar objetos perigosos, sem ameaça nem castigo físico.
- **SAMU 192 ou pronto-socorro se:** confusão, sonolência, febre com agitação, convulsão, fala desconexa ou vê coisas; suspeita de ingestão; pescoço torto, olhos virados ou rigidez

após remédio; agitação que impede protegê-lo; fala em se matar (também **CVV 188**).

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Sem documen- to localizado	SAMU 192, 2016; CFM 2.057/2013; COFEN 746/2024	AAP/ACEP 2023; BETA 2019	NG10, 2015	SEUP, 4ª ed. 2024 (jan. 2025)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Causa orgâni- ca e exames	—	ABCDE, glice- mia, monitorização	Sem exames de rotina	Avaliar saúde física	Exames amplos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Desescalada	—	Manejo verbal	Primeira linha	Calma, sala quieta	Contenção verbal	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
TEA e defici- ência intelectual	—	—	Menos estímu- los, buscar dor	—	Evitar IM e benzodiazepí- nico	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Medicação	—	Midazolam 0,2–0,3 mg/kg IM/IV (APed31)	VO, pela cau- sa; sem ceta- mina (BETA)	Lorazepam IM	VO; midazo- lam IM 0,1–0,2 mg/kg; antipsicóticos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Contenção	—	CFM: prescri- ção, registro, menor tempo; COFEN: enfer- meiro supervisiona	Último recurso	Sem conten- ção mecânica em crianças	Última opção, registro	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Depois da crise	—	Notificação obrigatória (compulsória) da violência	Transição de cuidado	Revisão pós- incidente	Observação monitorizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências localizadas convergem em **afastar causa orgânica**, garantir segurança, começar pela **desescalada verbal**, preferir a **via oral** e deixar a contenção para o fim.

Divergem: o **NICE** proíbe contenção mecânica em crianças e usa **lorazepam IM** — no Brasil o lorazepam só existe em comprimido e a partir de 12 anos (aqui, **midazolam**); a **AAP/ACEP** dispensa exames de rotina, e a **SEUP** lista um painel amplo; o **midazolam IM** do **SAMU 192**, 0,2–0,3 mg/kg, supera o da SEUP (0,1–0,2), e por via IV o site mantém a dose de Analgesia e sedação; o **BETA** não recomenda cetamina. A **SBP não tem documento específico** (artigo de revista não é posição da SBP); Johns Hopkins e Harvard sem protocolo aberto. Por isso o site segue o **Ministério da Saúde** (SAMU 192) e as normas do **CFM e do COFEN**; no que eles não tratam, a AAP/ACEP 2023 e o BETA 2019 (avaliação, exames só pela clínica, medicação pela causa) e a SEUP 2024 (doses por peso).

PONTOS PRÁTICOS

1. Agitação é sinal: glicemia capilar, SpO2 e sinais vitais em todos; consciência alterada ou flutuante, febre ou sinal focal = causa orgânica até prova em contrário.
2. Primeiro segurança e conversa, depois remédio.
3. Remédio pela causa e pela boca: benzodiazepínico na intoxicação, sem benzodiazepínico no delirium, dose extra do habitual no TEA; nada de antipsicótico "para acalmar" na suspeita de anti-NMDA.
4. Haloperidol com cautela (dystonia, QT); olanzapina nunca junto de benzodiazepínico.
5. Contenção mecânica só como último recurso: prescrita, registrada, vigiada sem interrupção e retirada o quanto antes.
6. Passada a crise: risco de suicídio, violência, notificação obrigatória (compulsória) e plano de crise com a família.

Veja também, nesta Biblioteca: **Trauma, estresse pós-traumático e violência contra a criança, Transtorno bipolar e psicose na adolescência e Psicofármacos na criança e no adolescente** (Saúde mental); **Transtorno do espectro autista; Encefalites agudas na criança; Intoxicações exógenas agudas na criança, Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica e Lesão não acidental no pronto-socorro; Protocolo de Estado de Mal Convulsivo.**

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Avançado de Vida — SAMU 192 (APed31 Sedação; AC40 Agitação e situação de violência; AP42 Contenção física), 2ª ed., 2016. gov.br
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.057/2013 (art. 16 — contenção física). [PDF](#)
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 746, de 20 de março de 2024 — contenção mecânica de pacientes. cofen.gov.br
- AAP, ACEP e ENA. Saidinejad M et al. The Management of Children and Youth With Pediatric Mental and Behavioral Health Emergencies (Technical Report). Pediatrics, 2023;152(3). [PDF](#)
- Gerson R et al. Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department — consenso da American Association for

Emergency Psychiatry. West J Emerg Med, 2019. [PMC](#)

- NICE. Violence and aggression — short-term management in mental health, health and community settings (NG10), 2015. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- SEUP-AEP. Armero Pedreira P, Yagüe Torcal F. Principales urgencias psiquiátricas en Urgencias de Pediatría. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4ª ed., 2024 (jan. 2025). [PDF](#)
- Bulas: Hixizine® [consultaremedios](#); Lorax® (Pfizer, 2023) [PDF](#); Haldol® (Janssen) [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.