

Tiques e síndrome de Tourette

Do tique transitório à síndrome de Tourette no consultório, com critérios DSM-5-TR, comorbidades, diferenciais, orientação à família e à escola, terapia comportamental e medicamentos segundo a SBP

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

Tiques são movimentos ou sons **súbitos, breves, repetitivos e não rítmicos**, muitas vezes precedidos de **urgência premonitória, suprimíveis por pouco tempo** e de **curso flutuante**. Até 20% dos escolares têm tiques, quase sempre transitórios (SBP 2020); 0,3–0,8% preenchem critérios de **síndrome de Tourette** (≥ 2 tiques motores e ≥ 1 vocal, por mais de 1 ano, início antes dos 18 anos) (AEP 2022; DSM-5-TR). O diagnóstico é **clínico** (SBP 2018). Oito em cada dez crianças com Tourette têm comorbidade, sobretudo **TDHA** e **TOC**. A base é a **psicoeducação** da família e da escola; havendo prejuízo, a **terapia comportamental** (HRT/CBIT) é a primeira linha (SBP 2018). **Medicamento só com prejuízo, pelo especialista**; o primeiro é a **clonidina** (SBP 2018).  Sem prejuízo: pediatra.  Prejuízo, dor, comorbidade ou dúvida: neurologista pediátrico.  Pronto-socorro: tique com lesão, autoagressão ou ideação suicida, **coreia ou quadro neuropsiquiátrico agudo** com febre, alteração de consciência, sinais neurológicos, cardite ou recusa alimentar, e distonia aguda por antipsicótico.

1. O que é e como se apresenta

Tipos (AEP 2022): motores **simples** (piscar, careta, elevar os ombros) e **complexos** (saltar, tocar, imitar gestos); vocais **simples** (pigarrear, fungar, tossir) e **complexos** (palavras fora de contexto, ecolalia, coprolalia).

Características que ajudam a reconhecer o tique:

- **Início** em geral entre **4 e 8 anos** (SBP 2020), mais em meninos (3 a 4:1), quase sempre por **tiques motores da face** (AEP 2022).
- **Urgência premonitória:** sensação interna que alivia com o tique; rara antes dos 8–10 anos (AEP 2022).
- **Supressibilidade:** a criança "segura" o tique, com rebote depois — aparece menos na escola e na consulta.
- **Flutuação:** muda de forma e de intensidade ao longo de semanas; piora no estresse (SBP 2020).
- **Evolução:** pico aos **10–12 anos** e melhora na adolescência: **um terço desaparece, um terço melhora e um terço persiste** (AEP 2022). A coprolalia é rara (10–20% dos casos de Tourette) (AEP 2022).

Critérios DSM-5-TR (início antes dos 18 anos, sem causa por substância ou outra doença, em todos):

DIAGNÓSTICO	TIQUES	DURAÇÃO
Tique provisório	Um ou mais, motores e/ou vocais	< 1 ano
Tique persistente (crônico) motor ou vocal	Motores ou vocais (não ambos)	> 1 ano
Síndrome de Tourette	≥ 2 motores e ≥ 1 vocal, não necessariamente juntos	> 1 ano

Comorbidades — pesquisar sempre: 80–90% dos pacientes com Tourette têm pelo menos uma (SBP 2018). **TDAH** em 50–80% (muitas vezes precede os tiques), **TOC** em até 50%, ansiedade, humor, crises de raiva, aprendizagem, autismo e sono (AEP 2022).

Tiques secundários (raros): início tardio, outros sinais neurológicos, lesão do SNC ou fármacos que induzem ou pioram tiques — **metilfenidato** e outros estimulantes, carbamazepina, lamotrigina (SBP 2018; AEP 2022).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Tiques sem prejuízo funcional, escolar, social ou emocional e sem dor; comorbidades ausentes ou controladas; exame neurológico normal	Pediatra: psicoeducação, orientação à escola, conduta expectante (NICE NG127); retorno em 3–6 meses
● Moderada	Prejuízo (bullying, isolamento, queda do rendimento, dor, interferência na escrita ou na fala); comorbidade relevante (TDAH, TOC, ansiedade, depressão); quadro atípico (início antes de 3 anos ou após a adolescência, sinais neurológicos, regressão); suspeita de tiques funcionais	Encaminhar ao neurologista pediátrico, com prioridade se dor, prejuízo importante ou sofrimento intenso; terapia comportamental; saúde mental (CAPSi ou psiquiatria infantil) para TOC, ansiedade e depressão
● Grave	Lesão física (tique cervical violento com dor irradiada, fraqueza ou parestesias; lesão ocular; fratura); autoagressão ou ideação suicida ; coreia ou quadro neuropsiquiátrico abrupto com febre, alteração de consciência, déficit focal, convulsão, cardite ou recusa alimentar com desidratação ; distonia aguda ou rigidez com febre em uso de antipsicótico	Pronto-socorro (ver "Quando encaminhar")

Fatores que elevam a gravidade: comorbidades múltiplas; tiques autolesivos; bullying e evasão escolar; família que pune o tique; antipsicótico sem monitorização.

3. Diagnóstico no consultório

O **diagnóstico é clínico**: história, observação do tique (vídeo da família ajuda) e exame neurológico (SBP 2018; AEP 2022). **Anamnese**: início gradual ou abrupto, urgência premonitória, supressibilidade, história familiar, faringite recente, medicamentos (metilfenidato), cafeína e drogas, sono, escola, bullying, TDAH, TOC, ansiedade e humor, vídeos de tiques nas redes.

Exames:

- **Não há exame diagnóstico**; EEG e neuroimagem **não são rotina**, só com outros achados neurológicos (SBP 2018).
- **Exames gerais** conforme o caso — hemograma, função renal, hepática e tireoidiana, ferritina e toxicológico (SBP 2018): o site os pede na suspeita de causa secundária, no quadro atípico ou antes de medicamento.
- **ASLO, anti-DNase B, provas inflamatórias e ecocardiograma** se houver **coreia** ou suspeita de febre reumática (ver "Febre Reumática").

Diagnóstico diferencial que não pode passar:

CONDIÇÃO	O QUE A DISTINGUE DO TIQUE
Estereotípias	Início antes de 3 anos; rítmicas, fixas e prolongadas; sem urgência; cedem com distração; comuns no TEA (SBP 2020)
Coreia de Sydenham	Movimentos contínuos e aleatórios, pouco suprimíveis, sem urgência; hipotonia, labilidade; ecocardiograma e profilaxia ("Febre Reumática")
PANDAS/PANS	Início abrupto de TOC, recusa alimentar ou tiques, com ansiedade e regressão
Tiques funcionais	Adolescente, início abrupto a partir de 12 anos
Crise epiléptica	Sem supressibilidade; alteração de consciência (EEG)
Compulsões do TOC	Precedidas por pensamento obsessivo; podem coexistir
Causas locais	Piscar por erro de refração, fungar por rinite, tosse respiratória (AEP 2022)

PANDAS/PANS. A hipótese de TOC ou tiques abruptos desencadeados pelo estreptococo é **controversa** (AEP 2022). A AAP (relatório de 2025) trata o PANS como **diagnóstico de exclusão, não pesquisa estreptococo em todos**, dá antibiótico **só com sintomas e cultura positiva**, sem antibiótico prolongado, e reserva imunoglobulina a casos raros; a primeira linha é a terapia cognitivo-comportamental. Faringite confirmada: tratar como qualquer outra (penicilina G benzatina < 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI, padrão do site). Tique crônico que flutua **não** é PANDAS.

Tiques funcionais. Aumentaram desde a pandemia, ligados a vídeos de redes sociais. Sugerem o diagnóstico (ESSTS 2022): **início aos 12 anos ou depois, instalação em**

semanas, tiques complexos desde o início, apresentação inconsistente, ansiedade ou depressão. **Medicamento para tiques não funciona**: psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e saúde mental; a maioria melhora em 6–12 meses (revisão de 2024).

4. Tratamento e seguimento

1. Psicoeducação — para todos, pelo pediatra (SBP 2018; AEP 2022):

- O tique é **neurobiológico e involuntário**, não "nervoso" nem mania; flutua e tende a melhorar na adolescência.
- **Não chamar atenção, não punir, não pedir para "parar"** (a supressão cansa e gera rebote).
- Sono regular, atividade física, limitar cafeína e energéticos; telas conforme o padrão do site, suspensas 1–2 h antes de dormir.
- **Escola** (carta do pediatra): ignorar os tiques e permitir saídas breves da sala (SBP 2018); não repreender (NICE NG127); tempo extra ou local separado na prova; combate ao bullying.
- Tratar as comorbidades conforme os documentos do site (TDAH, ansiedade e depressão).

2. Terapia comportamental — primeira linha quando há prejuízo (SBP 2018): reversão de hábito (**HRT**) e sua forma ampliada (**CBIT**) — consciência da urgência, resposta competitiva e ajuste do ambiente; cerca de 8 sessões a partir de 9 anos (AAN 2019); o NICE (HTG748, 2025) aceita terapia digital de 9 a 17 anos.

3. Medicamentos — só com prejuízo relevante apesar da psicoeducação e da terapia comportamental, decisão compartilhada, **iniciados pelo neurologista pediátrico ou psiquiatra da infância** (NICE NG127); o pediatra mantém e monitora. **Sequência da SBP (2018), adotada pelo site**: clonidina ou sulpirida → baclofeno ou topiramato → antipsicóticos (típicos e atípicos). A ESSTS (2021) prefere o aripiprazol já de início.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Clonidina	0,025–0,3 mg/dia (SBP 2018); início 0,025 mg/dia e aumento gradual conforme PA e FC (ESSTS 2021)	Fracionada, conforme o especialista	Enquanto houver prejuízo; retirar gradualmente (rebote hipertensivo)	Off-label (bula brasileira: só hipertensão). Sonolência, hipotensão, bradicardia
Sulpirida	50–200 mg/dia (SBP 2018)	Conforme bula	Reavaliar periodicamente	Antagonista dopaminérgico; off-label para tiques; prolactina, sedação
Topiramato	1–9 mg/kg/dia; acima de 200 mg/dia é mal tolerado (SBP 2018)	2x/dia	Reavaliar periodicamente	3ª linha (SBP); lentificação cognitiva, perda de peso, cálculo renal
Aripiprazol	2–15 mg/dia (SBP 2018). Bula FDA (Tourette, 6–18 anos): < 50 kg, 2 mg/dia por 2 dias, depois 5 mg (máx. 10); ≥ 50 kg, 2 mg por 2 dias, 5 mg por 5 dias, alvo 10 mg (máx. 20); ajustes a cada ≥ 1 semana	1x/dia	Reavaliar; retirada gradual	4ª linha (SBP); off-label no Brasil . Sedação, apetite, acatisia
Risperidona	0,25–3 mg/dia (SBP 2018)	1–2x/dia	Reavaliar; retirada gradual	Off-label para tiques. Peso, prolactina
Haloperidol	0,5–3 mg/dia (SBP 2018); bula: 0,1 mg (1 gota)/3 kg 2x/dia, ≥ 6 anos	2x/dia	Reavaliar; retirada gradual	Tiques e Tourette na bula brasileira; extrapiramidais; ECG antes (ESSTS 2021)

- **Pimozida** (0,5–4 mg/dia, SBP 2018): QTc conforme o documento de QT longo. **Baclofeno** 10–60 mg/dia (SBP 2018). **Guanfacina** não está disponível no Brasil (SBP 2018).
- **Monitorização:** clonidina — PA e FC; antipsicótico — peso, IMC, PA, glicemia e lipídios antes e periodicamente, ECG antes de haloperidol e pimozida; **menor dose eficaz e retirada gradual** (AAN 2019; ESSTS 2021).
- **TDAH com tiques (posição da SBP, adotada pelo site):** o metilfenidato pode desencadear ou piorar tiques (SBP 2018; SBP 2020) e os faz surgir em predispostos (SBP 2025, TDAH); a bula o contraindica em tiques e Tourette. Na criança com tiques, o estimulante é **decisão do especialista**, como no documento de TDAH do site; alternativas

não estimulantes: clonidina e atomoxetina (SBP 2025). AAN (2019), ESSTS (2021) e AEP (2022) divergem: em geral o estimulante não piora os tiques.

- **TOC com tiques:** fluoxetina ou sertralina pelo especialista (AEP 2022).
- **O que não usar:** medicamento para tique sem prejuízo; antibiótico prolongado ou imunoglobulina "para PANDAS" (AAP 2025); medicamento para tiques nos tiques funcionais.

Seguimento: 🟢 a cada 3–6 meses, pesquisando comorbidades e bullying; 🟡 com o especialista, retorno em 2–4 semanas após iniciar ou ajustar medicamento.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Tique com lesão:** cervical violento com dor irradiada, fraqueza ou parestesias (risco medular), lesão ocular, fratura.
- **Autoagressão grave, ideação ou tentativa de suicídio,** agitação com risco.
- **Coreia recente** com sinais de cardite (sopro novo, taquicardia, dispneia) ou que impede andar, comer ou falar.
- **Quadro neuropsiquiátrico abrupto com febre, alteração de consciência, convulsão, déficit focal ou ataxia** — pensar em encefalite, inclusive autoimune.
- **Recusa alimentar ou de líquidos** com perda de peso ou desidratação.
- Em uso de antipsicótico: **distonia aguda** (torcicolo, crise oculógira, protrusão da língua) ou **rigidez com febre e alteração de consciência** (síndrome neuroléptica maligna).

Como encaminhar

1. ABC; crise convulsiva ≥ 5 minutos: **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** do site (midazolam IN 0,2, bucal 0,3 ou IM 0,2 mg/kg, máx. 10 mg).
2. Oxigênio para **SpO₂ $\geq 94\%$** se desconforto respiratório; acesso venoso se desidratação ou alteração de consciência.
3. Suspeita de lesão cervical: imobilizar e transportar deitado.
4. Risco de suicídio: **não deixar a criança sozinha**, retirar meios letais, encaminhar acompanhada.
5. Distonia aguda: suspender o antipsicótico e encaminhar (anticolinérgico no serviço).
6. SAMU (192) se alteração de consciência, convulsão, dispneia ou instabilidade; **relatório** com início, medicamentos e doses, vídeos e infecções recentes.

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

- "O tique é involuntário: não é mania nem birra. Brigar ou pedir para parar piora."

- "Tiques vão e vêm, pioram com cansaço e ansiedade e tendem a melhorar na adolescência."
- "Avise a escola: a criança não deve ser repreendida pelo tique."
- "Não suspenda o remédio de repente, principalmente a clonidina: a pressão pode subir."
- **Voltar antes se:** tiques com dor ou que atrapalham escola ou amizades; tristeza, isolamento, rituais; tiques novos com remédio para TDAH; ganho de peso ou sonolência com o remédio.
- **Pronto-socorro se:** movimentos novos, desordenados e contínuos; febre com confusão, convulsão ou fraqueza de um lado; dor forte no pescoço com formigamento nos braços; recusa de comer e beber; falar em se machucar ou morrer; pescoço torto ou olhos virados para cima após o remédio.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Diagnóstico e exames	Clínico; exames gerais conforme o caso; imagem não rotineira (2018)	Sem PCDT; material informativo (Telessaúde 2021)	Sem diretriz própria para tiques	Não encaminhar tique simples sem prejuízo (NG127)	Clínico; exames raramente necessários	Avaliação especializada	Clínico, sem exames	Segue o NICE
Primeira linha	Psicoeducação e terapia comportamental	Sem posição específica localizada	PANS: terapia cognitivo-comportamental	Psicoeducação; terapia digital 9–17 anos	Psicoeducação; HRT/CBIT	Educação e terapia comportamental	HRT, CBIT, ERP	Segue o NICE
Medicamento	Clonidina ou sulpirida; depois baclofeno ou topiramato; depois antipsicóticos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Só com especialista (NG127)	Alfa-2 ou aripirazol/risperidona	Farmacológico, sem classe definida; toxina botulínica	Quando há prejuízo	Segue o NICE
Metilfenidato com tiques	Pode desencadear ou piorar tiques	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Não piora os tiques (ensaios)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
PANDAS/PANS	Citado entre causas secundárias	—	Exclusão; anti-biótico só com cultura positiva; sem IgIV de rotina	—	Controverso	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas concordam no diagnóstico clínico, na psicoeducação e na terapia comportamental como primeira linha. Divergem no **primeiro medicamento** (SBP 2018: clonidina ou sulpirida, antipsicóticos na 4ª linha; ESSTS 2021: aripirazol; AEP: as duas classes) e no **metilfenidato** (SBP 2018, 2020 e 2025 e bula: pode desencadear ou piorar tiques; AAN, ESSTS e AEP: em geral não piora). O MS não tem protocolo e a AAP só trata do

PANS. **O site adota a posição da SBP:** clonidina primeiro, antipsicóticos por último e metilfenidato na criança com tiques só por decisão do especialista.

PONTOS PRÁTICOS

1. Tique transitório é comum e benigno: explicar, tranquilizar, orientar a escola e acompanhar; não medicar.
2. Tourette = ≥ 2 tiques motores e ≥ 1 vocal por mais de 1 ano, com início antes dos 18 anos; o diagnóstico é clínico.
3. Pesquisar sempre TDAH, TOC, ansiedade, depressão e bullying: costumam pesar mais que os tiques.
4. Com prejuízo, terapia comportamental primeiro; medicamento pelo especialista — clonidina antes dos antipsicóticos (SBP). Metilfenidato pode piorar tiques (SBP): decisão do especialista.
5. Início abrupto: pensar em coreia de Sydenham (ecocardiograma), PANS (controverso) ou tiques funcionais no adolescente.
6. Pronto-socorro: tique com lesão, ideação suicida, coreia com cardite, quadro neuropsiquiátrico agudo com febre ou sinais neurológicos, recusa alimentar, distonia aguda por antipsicótico.

Veja também, nesta Biblioteca: **TDAH, Transtorno do espectro autista e Ansiedade e depressão** (Patologias do consultório); **Febre Reumática** (Reumatologia); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** (Urgências).

8. Fontes

- SBP, DC de Neurologia. Schwind MR, Antoniuk SA, Karuta SCV. Transtornos de tique. Residência Pediátrica, 2018;8(Supl 1):79-85. residenciapediatria.com.br
- SBP, DC de Neurologia. Sinais de alerta na avaliação neurológica da criança e do adolescente, 2020. [PDF](#)
- SBP, DC de Medicina do Adolescente. TDAH na adolescência (Documento Científico nº 203), 2025. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, BVS Atenção Primária (Núcleo de Telessaúde MS). O que é síndrome de Tourette e quais são seus sintomas?, 2021. aps-repo.bvs.br
- AAP. PANS — resumo do relatório clínico de 2025, HealthyChildren.org. healthychildren.org
- NICE. Suspected neurological conditions — recognition and referral (NG127), 2019, atualizado em 2023. nice.org.uk

- NICE. Digital therapy for chronic tic disorders and Tourette syndrome (HTG748, antiga HTE25), 2025. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP. González Campillo T, López Laso E, Madruga Garrido M. Tics. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, 2022. [PDF](#)
- AAN. Pringsheim T et al. Treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders. Neurology, 2019. [PMC](#)
- ESSTS. Roessner V et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome, version 2.0, Part III — pharmacological treatment, 2021. [PMC](#)
- Functional tic-like behaviors — from the COVID-19 pandemic to the post-pandemic era (revisão com os critérios ESSTS 2022), 2024. [PMC](#)
- Johns Hopkins Medicine e Kennedy Krieger Institute. Tourette Syndrome Center of Excellence. [kennedykrieger.org](https://www.kennedykrieger.org)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Tics and Tourette syndrome. [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)
- Bulas: Haldol (haloperidol), Janssen. [PDF](#); risperidona, Accord. [PDF](#); Atensina (clonidina), Boehringer Ingelheim. [PDF](#); Abilify (aripiprazol), FDA, 2022. [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.