

Ansiedade e depressão na infância e adolescência

Rastreio no consultório (PHQ-A, GAD-7, ASQ), classificação de gravidade, psicoterapia como primeira linha, ISRS com doses e alerta de suicidalidade, autolesão e quando o caso é de emergência

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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

Transtornos de ansiedade e depressão acometem cerca de 1 em cada 7 adolescentes, e até 70% não são diagnosticados. O pediatra deve **rastrear**: depressão anualmente a partir de 12 anos com o PHQ-A (ou PHQ-9), e ansiedade a partir de 8 anos (USPSTF 2022; AAP), com GAD-7 ou SCARED. **Pergunte diretamente sobre suicídio** — a pergunta é protetora; o ASQ (4 perguntas, 20 segundos) identifica o risco a partir de 10 anos. O adolescente deve ser entrevistado a sós, com sigilo que só é quebrado diante de risco. Nos quadros leves, psicoeducação, apoio ativo e reavaliação em 4 semanas; nos moderados, **psicoterapia (TCC ou terapia interpessoal)** e, se necessário, **ISRS** — fluoxetina 10 mg/dia (20 mg acima de 40 kg) ou sertralina 25 mg/dia —, com consulta em 1–2 semanas pelo alerta de aumento de ideação suicida no início do tratamento. Descarte transtorno bipolar antes do ISRS. **Ideação suicida com plano, tentativa recente, psicose ou autolesão grave são emergência** 🚨: não deixar sozinho, pronto-socorro/UPA ou SAMU 192, e acionar o CAPS. CVV: 188. A violência autoprovocada é de notificação obrigatória (compulsória).

1. O que é e como se apresenta

- **Transtornos de ansiedade:** medo e preocupação excessivos, persistentes e desproporcionais, com prejuízo. Principais: ansiedade de separação (pré-escolar e escolar), fobias específicas, ansiedade social, ansiedade generalizada e pânico (adolescência). São os transtornos mentais mais precoces e frequentemente precedem a depressão.
- **Depressão (episódio depressivo maior, DSM-5-TR):** ≥ 5 sintomas por ≥ 2 semanas, incluindo humor deprimido ou perda de interesse. Na criança e no adolescente, o humor pode ser **irritável**; hipersonia e ganho de peso são comuns. Primeiro episódio em geral entre 13 e 15 anos; recorrência de 40–70% em 5 anos.
- **Apresentação no consultório:** queixas somáticas recorrentes (cefaleia, dor abdominal, náuseas), recusa escolar, queda do rendimento, isolamento, irritabilidade, alterações de sono e apetite, abandono de atividades, uso de substâncias, autolesão.
- **Autolesão não suicida:** cortes, queimaduras, arranhaduras, para aliviar dor emocional; relatada por 17–25% dos adolescentes. Não é tentativa de suicídio, mas **aumenta o risco de suicídio** e exige acompanhamento.
- **Suicídio:** segunda causa de morte entre 15 e 19 anos no Brasil.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	PHQ-A 5–9 ou GAD-7 5–9; sintomas com prejuízo discreto; sem ideação suicida; ASQ negativo	Psicoeducação, apoio ativo, sono, atividade física, redução de telas; reavaliação em 4 semanas — a AAP admite 6–8 semanas de monitoramento ativo; se persistir, psicoterapia
● Moderada	PHQ-A 10–19 ou GAD-7 ≥ 10 ; prejuízo evidente (escola, família, amigos); ideação passiva ou ASQ positivo não agudo, sem plano; autolesão superficial	Psicoterapia (TCC/TIP) e considerar ISRS; plano de segurança; consulta em 1–2 semanas; encaminhar à psicologia, CAPSi ou psiquiatria
● Grave	PHQ-A 20–27 com prejuízo acentuado; ideação suicida com plano ou intenção; tentativa recente; ASQ positivo agudo; psicose, mania ou agitação grave; autolesão profunda ou em local de risco; recusa alimentar grave; ausência de supervisão segura	Emergência: pronto-socorro/UPA ou SAMU (192), não deixar sozinho; avaliação psiquiátrica no mesmo dia; considerar internação

A pontuação do PHQ-A orienta, mas a gravidade é definida pela avaliação clínica, sobretudo do risco de suicídio: **qualquer resposta diferente de zero na questão 9** exige avaliação de risco imediata.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Tentativa prévia de suicídio; autolesão repetida.
- Acesso a meios letais (armas, medicamentos em casa).
- História familiar de depressão, transtorno bipolar ou suicídio.
- Abuso, negligência, violência doméstica, bullying e cyberbullying.
- Uso de álcool e drogas; transtornos alimentares; doença crônica.
- Adolescentes LGBTQIA+ sem apoio familiar; isolamento social; perdas recentes.
- Impulsividade (TDAH, transtorno de personalidade borderline).

3. Diagnóstico no consultório

Rastreio

- **Depressão:** anual dos 12 aos 18 anos (USPSTF 2022, grau B; AAP/Bright Futures até 21 anos), com o **PHQ-A** ou PHQ-9 (9 questões sobre os últimos 14 dias). Pontuação: 0–4 mínimo; 5–9 leve; 10–14 moderado; 15–19 moderadamente grave; 20–27 grave. Abaixo de 12 anos, evidência insuficiente (USPSTF) — avaliar por suspeita clínica.

- **Ansiedade:** dos 8 aos 18 anos (USPSTF 2022, grau B), com SCARED ou **GAD-7** (≥ 5 leve; ≥ 10 moderado; ≥ 15 grave).
- **Risco de suicídio:** o **ASQ** (NIMH) tem 4 perguntas sim/não, validado a partir de 10 anos; um "sim" identificou 97% dos jovens em risco. ASQ positivo exige avaliação breve de segurança por profissional treinado; o documento da Biblioteca usa a Columbia (C-SSRS). A USPSTF considera insuficiente a evidência para rastreio universal de suicídio, mas a AAP recomenda perguntar a partir de 12 anos.

Entrevista

- Adolescente **a sós** (HEADSSS: casa, escola, atividades, drogas, sexualidade, suicídio/depressão, segurança), depois com a família.
- Perguntar diretamente: "Você tem pensado em morrer ou em se matar? Já pensou em como faria? Já tentou?" — pensar, planejar, ter acesso ao meio e intenção definem a gravidade.
- Pesquisar (hipo)mania e história familiar de transtorno bipolar: **não iniciar ISRS isolado** se houver suspeita.
- Exame físico com atenção a cicatrizes de autolesão, sinais de uso de substâncias, de transtorno alimentar e de tireoidopatia.

Exames: não há exame diagnóstico. O documento da Biblioteca (Transtornos Depressivos na Adolescência) recomenda TSH e T4 livre, hemograma, ferritina e vitamina B12, com glicemia, vitamina D e função hepática como complementares, e toxicológico ou ECG conforme a situação.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Transtorno bipolar** (irritabilidade extrema, episódios de euforia, redução da necessidade de sono).
- **Transtorno de estresse pós-traumático e abuso** (sexual, físico, negligência).
- **TDAH** (desatenção sem humor deprimido persistente) — frequentemente comórbido.
- **Hipotireoidismo, anemia ferropriva**, doenças crônicas.
- **Uso de substâncias** (cannabis, álcool) e efeito de medicamentos (corticoides, isotretinoína, anticoncepcionais hormonais).
- **Luto normal** e sofrimento proporcional a um evento.
- **Distúrbios do sono** (privação crônica, apneia) que imitam desatenção e irritabilidade.

4. Tratamento em casa

Para todos: psicoeducação do adolescente e da família; sono regular; atividade física; limitar telas conforme a SBP (11–18 anos: 2–3 h/dia, nunca à noite; sem telas 1–2 h antes de dormir); refeições em família; conexão com a escola; **redução do acesso a meios letais**

(medicamentos trancados, armas fora de casa); **plano de segurança** em 6 etapas (sinais de alerta, estratégias internas, contatos que distraem, pessoas a quem pedir ajuda, profissionais e serviços, ambiente seguro).

Psicoterapia é a primeira linha: terapia cognitivo-comportamental (TCC) na ansiedade e na depressão; terapia interpessoal para adolescentes (TIP-A) na depressão; terapia familiar nos menores de 14 anos com disfunção familiar; terapia dialético-comportamental (DBT) na autolesão recorrente.

ISRS — indicados na depressão moderada a grave e na ansiedade moderada a grave, de preferência associados à psicoterapia (AAP/GLAD-PC; AACAP 2020 para ansiedade, 6–18 anos).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Fluoxetina (1ª escolha na depressão)	Início 10 mg/dia (< 40 kg) ou 20 mg/dia (> 40 kg); alvo 20–40 mg/dia; máx. 60 mg/dia	1x/dia, pela manhã	6–12 meses após a remissão	FDA: depressão ≥ 8 anos; NICE: 10 mg, podendo subir a 20 mg após 1 semana; meia-vida longa (ajustes a cada 3–4 semanas)
Sertralina	Início 25 mg/dia; alvo 50–150 mg/dia; máx. 200 mg/dia	1x/dia	6–12 meses após a remissão	Boa tolerabilidade; uso na depressão fora da bula; na ansiedade, a partir de 6 anos (AEP/SEPEAP)
Escitalopram	Início 10 mg/dia (GLAD-PC); alvo 10–20 mg/dia; máx. 20 mg/dia	1x/dia	6–12 meses após a remissão	FDA: depressão ≥ 12 anos

- **Alerta da FDA (tarja preta):** antidepressivos podem aumentar pensamentos e comportamentos suicidas nas primeiras semanas. Toda criança ou adolescente em uso deve ser observado para piora clínica, suicidalidade e mudanças incomuns de comportamento, sobretudo nos primeiros meses. **Consulta ou contato em 1 semana** após o início e a cada 1–2 semanas nas primeiras 4–8 semanas (GLAD-PC; documento da Biblioteca).
- **Titulação:** "começar baixo, ir devagar"; avaliar resposta após 4–6 semanas na dose efetiva; sem melhora em 6–8 semanas, revisar diagnóstico, adesão e comorbidades.
- **Manutenção e retirada:** manter 6–12 meses após a remissão (1–2 anos se houver episódios repetidos); **reduzir cerca de 25% a cada 4 semanas**, nunca suspender abruptamente.
- **Interações:** ISRS com tramadol, triptanos ou linezolida — risco de síndrome serotoninérgica.

- **Não usar:** antidepressivo na depressão leve como tratamento inicial (NICE, AAP); ISRS isolado se houver suspeita de bipolaridade; benzodiazepínicos como tratamento da ansiedade (sem superioridade sobre placebo; no máximo, uso breve em casos graves por especialista); associação de dois antidepressivos sem psiquiatra; medicação sem psicoterapia e sem seguimento garantido.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Ideação suicida com plano, intenção ou acesso a meios; tentativa recente; despedidas, distribuição de pertences.
- ASQ positivo agudo ou recusa em garantir a própria segurança.
- Autolesão profunda, que precisa de sutura ou em local de risco vital; ingestão de medicamentos ou substâncias.
- Psicose, mania, agitação grave, dissociação intensa.
- Recusa alimentar grave com risco nutricional.
- Ambiente familiar sem condições de supervisão e proteção.

Como encaminhar

1. **Não deixar o adolescente sozinho**, nem na sala de espera ou no banheiro; retirar objetos perigosos.
2. Comunicar a família — o sigilo é quebrado diante de risco à vida, e isso deve ser dito ao adolescente.
3. Acionar o **SAMU (192)** se houver risco imediato ou ingestão; se estável, levar ao pronto-socorro/UPA com um responsável; contatar o serviço e o **CAPS/CAPSi** de referência.
4. Tratar ferimentos e, na ingestão, levar embalagens e informar quantidade e horário.
5. Relatório com avaliação de risco, medicamentos em uso e contatos da família.
6. Fazer a **notificação obrigatória (compulsória)** da violência autoprovocada (tentativa de suicídio e autolesão; Lei 13.819/2019) e acionar a rede de proteção (Conselho Tutelar) quando houver violência ou negligência.
7. Informar o **CVV — 188** (24 h, gratuito) ao adolescente e à família.

Encaminhamento ambulatorial (psicologia, psiquiatria da infância e adolescência, CAPSi): quadros moderados sem resposta em 6–8 semanas; depressão grave; comorbidades (bipolaridade, TEPT, transtorno alimentar, uso de substâncias, transtorno de personalidade); autolesão recorrente (DBT); idade abaixo de 12 anos com indicação de medicação. O NICE só admite antidepressivo após avaliação por psiquiatra da infância e adolescência.

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

- "Depressão e ansiedade são doenças reais e tratáveis, não frescura nem fase."
- "Perguntar sobre suicídio não coloca a ideia na cabeça: protege."
- "Tranque os medicamentos da casa e retire armas e objetos cortantes do alcance."
- "O remédio leva de 4 a 6 semanas para fazer efeito. Não pare por conta própria; ligue antes."
- "Nas primeiras semanas, observe piora da tristeza, agitação, insônia intensa ou falas sobre morrer."
- Sobre autolesão: "Mantenha a calma, cuide do ferimento sem dramatizar, não prometa segredo e marque consulta ainda esta semana."
- Retorno em 1–2 semanas após iniciar ou mudar a medicação; mensal na manutenção.
- Ir ao pronto-socorro ou ligar para o SAMU (192) se: fala em se matar com plano, se despede, ingeriu remédios, ferimento profundo, perda do contato com a realidade. CVV: 188.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Rastreio	PHQ-A a partir de 12 anos (documento da Biblioteca; puericultura)	Depressão anual 12–21 anos; ansiedade a partir de 8 anos; USPSTF igual	Avaliação clínica; sem rastreio universal com escala	Segue o NICE	Diagnóstico clínico com questionários de apoio
Leve	Psicoeducação, TCC (SBP 2021)	Apoio ativo e monitoramento por 6–8 semanas	Espera vigilante de 2 semanas; TCC digital ou em grupo; sem antidepressivo	Segue o NICE	Psicoterapia sempre como 1ª opção
Moderada/grave	TCC + fluoxetina/ISRS; CAPSi e psiquiatria no grave	TCC/TIP-A e/ou ISRS; combinação superior	Psicoterapia; fluoxetina + psicoterapia (12–18 anos)	Segue o NICE	TCC + ISRS (fluoxetina, sertralina)
Dose inicial de fluoxetina	10 mg (< 40 kg) ou 20 mg (> 40 kg)	10 mg (GLAD-PC)	10 mg, 20 mg após 1 semana	Segue o NICE	10–30 mg/dia (SEMA)
Quem prescreve	Pediatra com seguimento; psiquiatria no grave	Pediatra da atenção primária	Só após avaliação por psiquiatria infantil	Segue o NICE	Pediatra nos leves; encaminhar moderados a graves
Ansiedade	TCC; ISRS se moderada a grave	AACAP: TCC e ISRS (6–18 anos); combinação preferível	TCC; sem medicação de rotina na ansiedade social (CG159)	Segue o NICE	TCC; ISRS (sertralina ≥ 6 anos); evitar benzodiazepínicos

Leitura: há convergência sobre a psicoterapia (TCC ou TIP) como base do tratamento, a fluoxetina como antidepressivo de primeira escolha, a dose inicial baixa, o monitoramento estreito das ideias suicidas no início do ISRS e a manutenção por pelo menos 6 meses após a remissão. As divergências estão no rastreio (universal com escala na AAP e USPSTF; avaliação clínica no NICE) e em quem inicia o antidepressivo: o pediatra da atenção primária na AAP; apenas o psiquiatria da infância e adolescência no NICE. A AAP também admite um

período mais longo de monitoramento ativo na depressão leve (6–8 semanas) do que o NICE (reavaliação em 2 semanas).

PONTOS PRÁTICOS

1. Rastreie depressão a partir de 12 anos (PHQ-A) e ansiedade a partir de 8 anos; entreviste o adolescente a sós.
2. Pergunte sempre sobre suicídio; questão 9 do PHQ-A diferente de zero ou ASQ positivo exigem avaliação de risco no mesmo momento.
3. Psicoterapia é a primeira linha; ISRS nos quadros moderados a graves, de preferência combinado.
4. Fluoxetina 10 mg/dia (20 mg acima de 40 kg) ou sertralina 25 mg/dia; revisão em 1 semana e a cada 1–2 semanas no início; nunca suspender abruptamente.
5. Afaste transtorno bipolar antes do ISRS; trate a família como parte do plano; oriente restrição de meios letais.
6. Ideação com plano, tentativa, psicose ou autolesão grave: não deixar sozinho, SAMU 192 ou pronto-socorro, CAPS, notificação obrigatória (compulsória); CVV 188.

Veja também, nesta Biblioteca: Transtornos Depressivos na Adolescência; Autolesão e Transtorno de Personalidade Borderline; Autolesão no Adolescente — Guia para Pais; Repercussões do isolamento social na aprendizagem e no comportamento (SBP 2026).

8. Fontes

- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents, 2022. uspreventiveservicestaskforce.org
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for anxiety in children and adolescents, 2022. uspreventiveservicestaskforce.org
- National Institute of Mental Health. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. nimh.nih.gov
- Cheung AH et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. Pediatrics, 2018 (endossada pela AAP). [PDF](#)
- Walter HJ et al. AACAP Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders, 2020. [PDF](#)
- NICE. NG134 — Depression in children and young people: identification and management, 2019. [NCBI Bookshelf](#)

- NICE. CG159 — Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment, 2013.
- Sánchez Mascaraque P, Cohen DS. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Adolescere (SEMA), 2020. [PDF](#)
- Pérez Pascual M, Sánchez Mascaraque P. Ansiedad en la infancia y adolescencia. Pediatría Integral (SEPEAP), 2022. pediatriaintegral.es
- Senado Federal. Lei 13.819/2019 — Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (notificação compulsória). senado.leg.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Saúde Mental na Infância e Adolescência, 2021 (conforme documento da Biblioteca).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.