

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) na infância e adolescência

Rituais normais do desenvolvimento versus TOC, acomodação familiar, TCC com exposição e prevenção de resposta, ISRS com segurança e a controvérsia PANS/PANDAS

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

Rituais da criança pequena (hora de dormir, comida, "tudo no lugar") são normais e não causam sofrimento. **TOC** é a presença de **obsessões** (pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos e angustiantes) e/ou **compulsões** (atos ou rituais mentais para neutralizá-las) que **tomam tempo (mais de 1 hora por dia), causam sofrimento ou prejuízo** (CID-11). Prevalência de cerca de 2%, início mais comum aos 12–14 anos. A **acomodação familiar** (participar dos rituais) alivia na hora e mantém o quadro. O diagnóstico é clínico, sem exames. Sem posição da SBP nem do Ministério da Saúde, o site segue o **NICE CG31: primeira linha é a TCC com exposição e prevenção de resposta (EPR)**, com a família; **ISRS** (sertralina ≥ 6 anos, fluvoxamina ≥ 8 anos; fluoxetina se depressão) somam-se à TCC no moderado a grave, com vigilância de ideação suicida. ● Leve: pediatra orienta e encaminha para TCC. ● Moderado a grave, comorbidade ou início abrupto sem sinal neurológico: encaminhar com prioridade ao psiquiatra da infância e adolescência / CAPSi. ● **Ideação suicida com plano, recusa alimentar ou hídrica grave por rituais ou início abrupto com sinais neurológicos**: pronto-socorro.

1. O que é e como se apresenta

Pela CID-11 e pelo DSM-5-TR, os sintomas precisam **consumir tempo** (CID-11: mais de 1 hora por dia) **e/ou causar sofrimento ou prejuízo**; registra-se o **insight** (bom, pobre ou ausente) e a história de **tiques**. A criança pequena muitas vezes não reconhece os sintomas como excessivos e predominam as compulsões (AEPNYA, protocolo da AEP).

Curso: início em geral aos 12–14 anos (possível aos 5–6), mais meninos no início infantil (GuíaSalud 2025); persiste em 40–60% (AEPNYA).

Rituais do desenvolvimento × TOC. Rituais têm pico perto dos 24 meses (comer, banho, dormir) e cedem; na idade escolar, jogos com regras e coleções (GuíaSalud 2025).

CARACTERÍSTICA	RITUAL DO DESENVOLVIMENTO	TOC
Função	Previsibilidade, socialização	Neutralizar medo ou sensação de "não está certo"
Tempo	Breve	Mais de 1 h/dia ou crescente
Se impedido	Contrariedade passageira	Angústia intensa
Prejuízo e evolução	Nenhum; cede com a idade	Atrasos, faltas, isolamento; envolve a família

Típicas (AEPNYA): contaminação → lavar, evitar tocar; dano → checar; simetria, "incompleto" → ordenar, repetir; escrúpulo, pensamentos "proibidos" → rezar, confessar, perguntar; dúvida → reassseguramento, contar, reler; acumular.

Acomodação familiar: responder à mesma pergunta dezenas de vezes, relavar roupas, evitar lugares; reforça o ciclo e diminui com a TCC (GuíaSalud 2025).

Comorbidades — pesquisar sempre: tiques e Tourette (TOC em até metade dos pacientes com Tourette; documento de Tiques), TDAH, ansiedade, depressão (a que mais eleva o risco de suicídio), TEA, aprendizagem, opositor, transtornos alimentares (AEPNYA; GuíaSalud 2025).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Pouco tempo diário, sofrimento leve, mantém escola e rotina ; acomodação pequena; sem ideação suicida nem comorbidade que exija tratamento próprio	Pediatra: psicoeducação, acomodação, autoajuda guiada com a família (NICE 1.5.1.8) e encaminhamento eletivo para TCC com EPR se o TOC se confirma
 Moderada	Rituais que tomam horas ; faltas ou recusa escolar; acomodação intensa; insight pobre; comorbidade (depressão, tiques, TEA, TDAH, transtorno alimentar); ideação suicida sem plano ; restrição alimentar sem instabilidade; início abrupto sem sinal neurológico (suspeita de PANS); falha da TCC	Encaminhar com prioridade ao psiquiatra da infância e adolescência e ao psicólogo com TCC/EPR, ou ao CAPSi/CAPS IJ ; ISRS combinado à TCC (NICE 1.5.1.9; 1.5.6); pediatra acompanha junto
 Grave	Ideação suicida com plano; recusa alimentar ou hídrica grave por rituais (desidratação, perda de peso importante, bradicardia, hipotensão, distúrbio eletrolítico); início abrupto com febre, alteração de consciência, déficit focal, convulsão, coreia ou cardite (Tiques)	Pronto-socorro , sem deixar sozinho; SAMU 192 se necessário

Fatores que elevam a gravidade: início precoce, depressão, insight pobre, acomodação intensa, conflito familiar ou doença mental dos pais (NICE 1.5.1.12), TEA ou deficiência intelectual, recusa escolar, perda de peso, autolesão, meios letais.

3. Diagnóstico no consultório

Clínico; nenhum exame confirma TOC (GuíaSalud 2025). Na anamnese:

- Pergunte diretamente (NICE 1.4.1.1), com o adolescente também a sós: lava ou confere muito? Tem pensamentos que incomodam e não saem da cabeça? Demora muito nas

tarefas?

- Meça **tempo, sofrimento, prejuízo e acomodação** (o que os pais fazem ou evitam).
- Início **gradual** (o habitual) ou **abrupto, em horas a dias** (PANS; sinais neurológicos?).
- **Pergunte sempre sobre ideação suicida e autolesão** (NICE 1.4.1.2), com o fluxo de **Risco de suicídio** (nesta área).

CY-BOCS (0–40): aplicada pelo **especialista** (resposta: queda > 35%; remissão: < 12 pontos; GuíaSalud 2025). O pediatra registra tempo, prejuízo e acomodação.

Exames: nenhum de rotina. **Não peça** testagem universal para estreptococo, ASLO, anti-DNase B, FAN, *Mycoplasma* nem painel de autoanticorpos; **cultura de orofaringe só com faringite sintomática**; RM, EEG e líquido só na suspeita de encefalite (AAP 2025). **ECG antes da clomipramina** (NICE 1.5.6.13).

Diferencial que não pode passar:

- **Rituais do desenvolvimento** (tabela acima).
- **Tiques complexos:** precedidos por sensação premonitória, não por obsessão; coexistem com frequência.
- **TEA:** estereotípias e interesses restritos são egossintônicos e não neutralizam medo; TOC comórbido é tratado (**Transtorno do espectro autista**).
- **Ansiedade generalizada** (preocupações com problemas reais), **depressão** (ruminação sem ritual) e **psicose**.
- **Anorexia e transtorno alimentar restritivo/evitativo:** restrição por medo de engordar ou aversão sensorial.
- **Coreia de Sydenham e encefalite autoimune:** início abrupto com sinais neurológicos (coreia, alteração de consciência ou cognição, convulsão, sinal focal) não é TOC primário: **pronto-socorro** (🔴, como em Tiques e **Febre Reumática**).

PANS/PANDAS — controvérsia. PANDAS (TOC ou tiques abruptos após estreptococo) foi ampliado para PANS: início súbito de TOC ou restrição alimentar grave com outros sintomas neuropsiquiátricos, sem biomarcador nem mecanismo comprovado. O **relatório clínico da AAP (2025)** trata o PANS como **diagnóstico de exclusão**: cultura só com faringite sintomática; **sem antibiótico universal, profilático ou prolongado; sem imunomoduladores, imunoglobulina IV ou plasmaférese**; TCC e ISRS. A GuíaSalud (2025) trata PANS/PANDAS **como qualquer TOC**. O site segue a **AAP 2025**, como no documento de Tiques. Faringite estreptocócica confirmada: penicilina G benzatina < 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI (padrão do site).

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

1. **Psicoeducação:** o TOC é tratável, não é "mania" nem culpa dos pais; trate-o como algo separado da criança (NICE 1.1; AEPNYA).
2. **Acomodação:** oriente os pais a **não entrar em novos rituais** e a reduzir os existentes **aos poucos, combinado com o terapeuta**.
3. **Encaminhar para TCC com EPR** — primeira linha: exposição gradual ao que a criança teme, sem o ritual, com a família e adaptada à idade (NICE 1.5.1.9); por teleatendimento é tão eficaz quanto presencial (Pediatrics 2025).
4. **Rede SUS:** UBS com matriciamento; **CAPSi/CAPS IJ** nos graves ou persistentes; urgências por UPA, pronto-socorro ou SAMU 192 (RAPS, MS).
5. **Escola** (com consentimento): não punir lentidão ligada aos rituais, tempo extra em provas, sem acomodar rituais, combate ao bullying e plano de retorno na recusa escolar (NICE 1.1; AEPNYA).
6. **Em toda consulta:** humor e ideação suicida, peso, sono, comorbidades.

Do especialista: CY-BOCS, TCC, **indicação e ajuste do ISRS** (NICE 1.5.6.1: só após avaliação do psiquiatra da infância e adolescência), clomipramina, casos resistentes. SBP e MS não se posicionam sobre quem inicia; sem acesso ao especialista, o pediatra pode prescrever o ISRS com a rede (CAPSi, matriciamento), como em **Ansiedade e depressão na infância e adolescência**.

Quando associar medicamento: TOC moderado a grave (ISRS **combinado** à TCC), TCC recusada ou indisponível, ou resposta inadequada a 12 semanas de TCC (NICE 1.5.1.11; 1.5.5.1–1.5.5.3). A EPR, isolada ou com ISRS, provavelmente supera o ISRS isolado (Pediatrics 2025).

Antes do ISRS: descarte bipolaridade (história pessoal e familiar), avalie o risco de suicídio e explique que o efeito pode levar **até 12 semanas** (NICE 1.5.6.7). **Alerta de suicidalidade:** antidepressivos aumentam pensamentos e comportamentos suicidas no início, abaixo de 25 anos (FDA; bulas; NICE 1.5.6.10). **Dose inicial baixa** (NICE 1.5.6.8); **consulta em 1 semana e a cada 1–2 semanas no início**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Sertralina (1ª escolha)	Início 25 mg/dia (padrão da Biblioteca), 50 mg/dia após 1 semana; aumentos de 50 mg a cada ≥ 1 semana; máx. 200 mg/dia (bula Zoloft®)	1×/dia	Resposta em 10–12 semanas na dose adequada (GuíaSalud 2025); ≥ 6 meses após a remissão (NICE 1.5.6.11)	Aprovada no Brasil no TOC de 6 a 17 anos; a bula inicia com 50 mg de 13 a 17
Fluvoxamina	Início 25 mg/dia ao deitar, +25 mg a cada 4–7 dias (bula FDA; J Pediatr 2026); máx. 200 mg/dia abaixo de 18 anos (bula Luvox®; a FDA admite 300 mg no adolescente). A bula brasileira inicia com 50 mg/dia	1×/dia até 50 mg; acima, 2 tomadas, a maior à noite (FDA)	Reavaliar sem melhora em 10 semanas (bula Luvox®); ≥ 6 meses após a remissão (NICE)	Contraindicada no TOC < 8 anos (bula Luvox®); interações (tizanidina, IMAO)
Fluoxetina (se depressão significativa, NICE 1.5.6.4)	Início 10 mg/dia (< 40 kg) ou 20 mg/dia (≥ 40 kg) (padrão da Biblioteca, GLAD-PC); faixa no TOC 20–60 mg/dia, 20–30 mg/dia na criança de menor peso (bula FDA, 7–17 anos)	1×/dia, manhã	Ajustes a cada 3–4 semanas (meia-vida longa); ≥ 6 meses após a remissão (NICE)	Bula brasileira (Prozac®): uso adulto — no TOC pediátrico, fora da bula
Clomipramina (especialista; 2ª linha)	Início 25 mg/dia; em 2 semanas até 3 mg/kg/dia ou 100 mg/dia; depois até 3 mg/kg/dia ou 200 mg/dia (sempre o menor) (bulas Anafranil® e FDA)	Dividida na titulação; depois 1×/dia ao deitar	≥ 6 meses se eficaz (NICE 1.5.6.15)	ECG antes (NICE 1.5.6.13); QT longo; tóxica em superdosagem — prescrever pequenas quantidades; bula brasileira: TOC pediátrico (sem dados < 5 anos); FDA: ≥ 10 anos

Suspensão: após remissão de ≥ 6 meses (NICE 1.5.6.16; GuíaSalud: ≥ 1 ano no moderado a grave), com **redução gradual ao longo de semanas**, fora de períodos de estresse.

O que não usar: antibiótico prolongado ou profilático, imunoglobulina IV, plasmaférese ou amigdalectomia "para PANDAS" (AAP 2025; GuíaSalud 2025); **antipsicótico isolado** (só potencialização, pelo especialista; NICE 1.5.6.21); tricíclicos que não a clomipramina,

venlafaxina, IMAO e ansiolíticos de rotina (NICE 1.5.3.20, para adultos) — benzodiazepínicos não são usados (padrão da Biblioteca); ISRS com tramadol, triptanos ou linezolida (síndrome serotoninérgica); reassseguramento repetido pelo profissional, que vira ritual.

Comorbidades: com tiques, TCC ou TCC + ISRS (GuíaSalud 2025); com TDAH, estimulante é decisão do especialista.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro (🔴): **ideação suicida com plano** (ou intenção, preparação, acesso a meios); **recusa alimentar ou hídrica grave por rituais**, com desidratação, perda de peso importante, bradicardia, hipotensão, síncope ou distúrbio eletrolítico; **início abrupto com sinais neurológicos** ou cardite.

Como encaminhar:

- **Não deixe o adolescente sozinho**, nem na sala de espera; **SAMU 192** se risco imediato ou sem acompanhante seguro.
- Oriente a **retirada de meios letais** (medicamentos, inclusive o ISRS; armas).
- Na recusa alimentar ou hídrica: sinais vitais, peso, glicemia capilar; se desidratação ou instabilidade, acesso venoso e hidratação (protocolos do site) antes do transporte.
- Resumo escrito com medicamentos, doses e contatos.
- Crise emocional sem risco imediato: **CVV 188**.

Internação: risco à vida, autonegligência grave, sofrimento ou prejuízo extremos (NICE 1.6.1.2), desnutrição ou desidratação por rituais.

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

- Não brigue nem ridicularize; não participe de novos rituais e combine com o terapeuta como reduzir os existentes. Elogie a coragem.
- Rotina, sono, atividade física; sem telas 1–2 h antes de dormir.
- Remédio todo dia, **sem parar por conta própria**; o efeito pode levar até 12 semanas. Guarde fora do alcance, sob controle de um adulto.
- **Retorno:** 1 semana após iniciar ou mudar a dose; depois a cada 1–2 semanas no início.
- **Atendimento no mesmo dia:** agitação, insônia, agressividade ou mudança brusca após iniciar ou aumentar o remédio; piora rápida dos rituais; queda grande da alimentação.
- **Pronto-socorro ou SAMU 192 imediatamente:** fala em se matar com plano, tentativa de se machucar, deixar de comer ou beber pelos rituais (fraqueza, tontura, pouca urina), febre com confusão, movimentos involuntários ou convulsão. **CVV 188** a qualquer hora.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico e exames	Sem documento localizado	Sem PCDT de TOC	PANS é exclusão; sem testes de rotina (2025)	Clínico; ECG antes da clomipramina	Clínico; CY-BOCS (AEPNYA)	Sem posição específica localizada	Ritual normal × TOC por sofrimento e interferência	Segue o NICE
1ª linha	Sem documento localizado	Rede RAPS/CAPSi	TCC e ISRS (no PANS)	TCC com EPR e família	TCC; + ISRS se grave	Sem posição específica localizada	Terapia + medicamento; família e escola	Segue o NICE
ISRS e clomipramina	Sem documento localizado	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	Sertralina ou fluvoxamina; fluoxetina se depressão; clomipramina com ECG	Qualquer ISRS; clomipramina após 2 ISRS	Sem posição específica localizada	ISRS	Segue o NICE
PANS/PANDAS	Sem documento localizado	Sem posição específica	Sem antibiótico prolongado, IgIV ou plasmáfereze	Não aborda	Não aborda (2008)	Sem posição específica localizada	Antibiótico se ligado ao estreptococo	Segue o NICE
Internação	Sem documento localizado	CAPSi, UPa/SAMU, leitos da RAPS	Sem posição específica localizada	Risco à vida, autonegligência, prejuízo extremo	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: sem documento da SBP nem protocolo do Ministério da Saúde sobre TOC (o MS organiza a RAPS), a conduta segue o **NICE CG31**, a referência com recomendações pediátricas mais detalhadas, convergente com AEPNYA, GuíaSalud 2025 e *Pediatrics* 2025. Divergências: escolha do ISRS (NICE prefere os licenciados; AEPNYA e GuíaSalud, equivalentes); duração após a remissão (≥ 6 meses no NICE; ≥ 1 ano na GuíaSalud); fluvoxamina (início 25 mg na FDA e 50 mg na bula brasileira; máximo 200 mg na brasileira e 300 mg no adolescente na FDA — o site usa 25 mg e 200 mg); quem inicia o ISRS (NICE: só após o psiquiatra; site: pediatra com a rede, como em Ansiedade e depressão); PANS (AAP e GuíaSalud contra antibiótico e imunoterapia; página do Boston Children's admite antibiótico). **O site adota o NICE para o TOC e a AAP 2025 para o PANS**, como no documento de Tiques.

PONTOS PRÁTICOS

1. TOC é tempo (mais de 1 h/dia), sofrimento ou prejuízo; ritual que não atrapalha e cede com a idade é normal.
2. Pergunte sobre lavar, checar, ordenar, contar e perguntar sem parar — e o que a família faz para "ajudar": a acomodação mantém o TOC.
3. Primeira linha: TCC com exposição e prevenção de resposta, com a família. ISRS (sertralina $\geq$ 6 anos, fluvoxamina $\geq$ 8 anos; fluoxetina se depressão) no moderado a grave, com consulta em 1 semana.
4. Não peça ASLO nem painel de autoanticorpos e não prescreva antibiótico nem imunoglobulina "para PANDAS"; início abrupto é 🟡; com sinal neurológico, 🔴.
5. Clomipramina é do especialista, com ECG prévio.
6. 🔴 Ideação suicida com plano, recusa alimentar ou hídrica grave por rituais ou início abrupto com sinais neurológicos: pronto-socorro; SAMU 192; em crise, CVV 188.

Veja também, nesta Biblioteca: **Tiques e síndrome de Tourette** (Neurologia); **Transtornos de ansiedade na criança e no adolescente** e **Risco de suicídio na criança e no adolescente — rastreio e manejo pelo pediatra** (nesta área); **Ansiedade e depressão na infância e adolescência**, **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**, **Transtorno do espectro autista** e **A criança que não come (dificuldades alimentares)** (Patologias do consultório); **Transtornos Depressivos na Adolescência** (Saúde mental); **Febre Reumática** (Reumatologia).

8. Fontes

- NICE. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (CG31), 2005. [PDF](#)
- AAP. Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS): Clinical Report. Pediatrics, 2025;155(3):e2024070334 (resumo em JournalFeed). journalfeed.org
- Steele DW et al. Treatment of OCD in Children and Youth: A Meta-Analysis. Pediatrics, 2025 (resumo). [Europe PMC](#)
- AEPNYA (AEP). Trastorno obsesivo-compulsivo. Protocolos, 2008. [PDF](#)
- GuíaSalud (SNS, Espanha). GPC de tratamiento del TOC en niños y adolescentes, 2025. [página](#); [PDF](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Obsessive-compulsive Disorder (OCD). childrenshospital.org

- Ministério da Saúde. RAPS — Linhas de Cuidado. linhasdecuidado.saude.gov.br
- Bulas brasileiras: Zoloft® (sertralina, Viatris) [PDF](#); Luvox® (fluvoxamina, Abbott) [PDF](#); Anafranil® (clomipramina, Novartis) [PDF](#)
- FDA / DailyMed. Bulas americanas. [Zoloft](#); [Prozac](#); [fluvoxamina](#); [Anafranil](#)
- Linan CA et al. How to identify depression and anxiety in children and adolescents. J Pediatr (Rio J), 2026;102 Supl 1:101462 (tabela de antidepressivos). [PMC](#)
- Eli Lilly do Brasil. Bula Prozac® (fluoxetina), uso adulto, 2020.

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.