

Transtornos de ansiedade na criança e no adolescente

Do medo esperado para a idade ao transtorno — rastreio a partir de 8 anos, diferenciais orgânicos, recusa escolar, TCC, ISRS com doses e critérios de pronto-socorro

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

Medo e preocupação fazem parte do desenvolvimento; **transtorno** é quando são desproporcionais, persistentes e causam **prejuízo** (escola, amigos, família, sono). Rastreie **dos 8 aos 18 anos** (USPSTF 2022; AAP) com **SCARED** (≥ 25 sugere transtorno) ou **GAD-7** no adolescente, e afaste o que imita ansiedade: hipertireoidismo, **café e energéticos**, fármacos (salbutamol, corticoides, estimulantes), arritmias, hipoglicemia, substâncias e **abuso**. A primeira linha é a **terapia cognitivo-comportamental (TCC)** com a família e a escola; nos quadros **moderados a graves**, ou sem resposta à TCC, associa-se **ISRS** (sertralina 25 mg/dia, fluoxetina 10–20 mg/dia ou escitalopram 10 mg/dia), com contato em 1 semana (alerta de suicidalidade). **Benzodiazepínicos e anti-histamínicos sedativos não são usados**. ● Leve: pediatra; ● moderado ou recusa escolar: TCC e encaminhamento à psicologia, ao CAPSi ou à psiquiatria da infância e adolescência. ● **Ideação suicida com plano, tentativa ou crise com sinais de doença orgânica grave**: pronto-socorro ou SAMU 192; CVV 188.

1. O que é e como se apresenta

Os medos mudam com a idade (lactente, estranhos e separação; pré-escolar, escuro e monstros; adolescente, avaliação social e desempenho; J Pediatr 2026). O **transtorno** combina **intensidade desproporcional, persistência** (em geral ≥ 6 meses; ≥ 4 semanas na ansiedade de separação, DSM-5-TR), **evitação e prejuízo**. Cerca de 7,8% das crianças de 3 a 17 anos têm transtorno de ansiedade atual (EUA; USPSTF 2022); sem tratamento, o risco de depressão aumenta até quatro vezes (J Pediatr 2026).

TRANSTORNO	IDADE TÍPICA	O QUE CHAMA A ATENÇÃO
Ansiedade de separação	Pré-escolar e escolar	Medo de que algo aconteça aos pais; recusa a dormir só ou ir à escola
Fobia específica	Pré-escolar e escolar	Medo e evitação de objeto ou situação (animal, agulha, sangue, vômito)
Mutismo seletivo	2 a 5 anos, notado na escola	Não fala na escola, embora fale em casa, por mais de 1 mês (fora o 1º mês de aulas)
Ansiedade social	Final da infância e adolescência	Medo de ser avaliado ou humilhado; evita falar em sala, festas
Ansiedade generalizada	Escolar e adolescente	Preocupação excessiva com muitos temas; perfeccionismo; reassseguramento; insônia
Pânico e agorafobia	Adolescência	Crises súbitas com palpitação, dispneia, tontura e medo de morrer; evitação

Na criança, a ansiedade chega como **queixa somática** (dor abdominal recorrente, cefaleia, náusea matinal, insônia). A **recusa escolar** é um comportamento, não um diagnóstico (ansiedade, depressão, bullying, aprendizagem, violência); quanto mais tempo fora, mais difícil o retorno.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Prejuízo discreto; GAD-7 5–9 ou SCARED 25–30; frequente a escola; sem ideação suicida nem sinal orgânico	Pediatra: psicoeducação, pais (não reforçar a evitação), sono, atividade física, telas e cafeína; TCC quando disponível; retorno programado
● Moderada	Prejuízo evidente; GAD-7 ≥ 10 ou SCARED > 30 ; recusa escolar ; pânico recorrente; mutismo seletivo; comorbidade (depressão, TDAH, TEA, TOC); falha da TCC; ideação passiva sem plano	TCC (psicologia na UBS/eMulti, CAPSi); considerar ISRS; plano com a escola. Encaminhar com prioridade à psiquiatria da infância e adolescência se prejuízo acentuado, comorbidade complexa, < 6 anos com indicação de medicamento ou falha
● Grave	Ideação suicida com plano ou intenção , tentativa recente, autolesão grave; agitação ou psicose; recusa alimentar ou hídrica com risco; crise com sinais de possível causa orgânica grave ; abuso com risco atual	Pronto-socorro ou SAMU 192 ; não deixar sozinho; comunicar o CAPSi

A pontuação orienta, mas a gravidade é clínica, sobretudo pelo **risco de suicídio**, perguntado diretamente a todo adolescente ansioso.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Depressão, tentativa prévia, autolesão, meios letais em casa; pais com ansiedade, depressão ou uso de substâncias.
- Maus-tratos, violência doméstica, abuso sexual, bullying, cyberbullying, lutos.
- Temperamento inibido; TDAH, TEA, aprendizagem, doença crônica; afastamento escolar, isolamento, privação de sono; jovens LGBTQIA+ (USPSTF 2022).

3. Diagnóstico no consultório

Rastreio dos 8 aos 18 anos (USPSTF 2022, grau B; AAP), mesmo sem queixa; abaixo de 8 anos, vigilância na anamnese (evidência insuficiente).

- **SCARED** (41 itens, versões da criança e dos pais): ≥ 25 sugere transtorno; > 30 é mais específico; subescalas de pânico/somático, generalizada, separação, social e evitação

escolar.

- **GAD-7** no adolescente: 5–9 leve; 10–14 moderado; ≥ 15 grave (padrão da Biblioteca). Questionário positivo pede entrevista.

Entrevista: o adolescente **a sós**, com sigilo que se quebra diante de risco: o que teme e evita, quanto atrapalha, como a família reage (acomodação), sono, escola, bullying, **caféina**, medicamentos, substâncias, violência. Rastrear **depressão** (PHQ-A a partir de 12 anos) e **suicídio** (ASQ a partir de 10 anos). **Exame:** peso, PA e FC, tireoide, ausculta, sinais de autolesão, substâncias e maus-tratos.

Exames: não há exame diagnóstico nem **exames de rotina** (AACAP 2020); pedir **conforme a clínica**: **TSH e T4 livre** (perda de peso, tremor, taquicardia, bócio); **glicemia** (crises com sudorese e fome, diabetes); **ECG** (palpitações de início e fim súbitos, síncope, dor torácica ao esforço, morte súbita ou QT longo na família; antes de escitalopram se houver outro fármaco que prolonga o QT); toxicológico se suspeita.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Hipertireoidismo**, raramente feocromocitoma; **caféina, energéticos, pré-treino**, abstinência de nicotina, cannabis, cocaína.
- **Medicamentos:** broncodilatadores, descongestionantes, corticoides, estimulantes, anti-histamínicos, levotiroxina em excesso, suplementos (AACAP 2020).
- **Asma** (ou asma e pânico), **hipoglicemia, taquicardia supraventricular**, epilepsia focal.
- **TDAA, TEA** (ansiedade social x déficit de comunicação; mutismo x atraso de linguagem ou perda auditiva), TOC, depressão, bipolaridade.
- **TEPT e abuso:** medo súbito de lugar ou pessoa, regressão, pesadelos, comportamento sexualizado. **Suspeita de maus-tratos: notificação obrigatória (compulsória) e comunicação ao Conselho Tutelar (ECA).**

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz em todos os graus

- **Psicoeducação e pais:** evitar alivia na hora e piora com o tempo; acolher a emoção sem retirar o desafio; reduzir a **acomodação** (reasseguramento repetido, fazer pela criança, permitir faltar); elogiar a coragem.
- **Sono**, atividade física, **telas (SBP 2024; nada 1–2 h antes de dormir)** e **caféina zero abaixo de 12 anos, até 100 mg/dia no adolescente** (documento Caféina).
- **Recusa escolar:** a meta é o **retorno rápido e gradual**; evitar atestados prolongados; plano com a escola (reentrada parcial, pessoa de referência, lugar para se acalmar); investigar bullying e aprendizagem.

- **Mutismo seletivo:** não forçar nem punir; exposição gradual; avaliar audição e linguagem.

Crise no consultório: ambiente calmo, respiração lenta; **sem saco de papel**.

Psicoterapia é a primeira linha: TCC com exposição gradual, reestruturação cognitiva e participação dos pais (AACAP 2020; NICE CG159; J Pediatr 2026); na criança pequena, conduzida pelos pais. No SUS: UBS com equipe multiprofissional e **CAPSi (CAPS IJ)** nos casos graves ou persistentes, na RAPS (Ministério da Saúde 2014).

ISRS: transtorno **moderado a grave**, TCC indisponível ou sem resposta. **TCC + ISRS** supera cada um isolado dos 6 aos 18 anos (AACAP 2020); a AAP propõe medicamento se não houver remissão após 12–16 semanas de TCC. O pediatra pode iniciar com seguimento garantido, deixando os graves ao psiquiatra (documento Ansiedade e depressão); **abaixo de 6 anos**, medicamento é exceção e decisão do especialista. **Antes, afaste transtorno bipolar** (euforia, pouca necessidade de sono, história familiar).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Sertralina	Início 25 mg/dia ; aumentos a cada ≥ 1 semana; usual 50–200 mg; máx. 200 mg/dia	1x/dia (em dose baixa pode ser 2x/dia, AACAP 2020)	6–12 meses após a remissão	Início 25 mg: padrão da Biblioteca. Bula Zoloft® (só TOC ≥ 6 anos): 25 mg de 6 a 12 anos, 50 mg de 13 a 17; na ansiedade, fora da bula
Fluoxetina	Início 10 mg/dia (< 40 kg) ou 20 mg/dia (≥ 40 kg); se tolerada, 20 mg após 1 semana; adolescente 30–40 mg; máx. 60 mg/dia	1x/dia, pela manhã	6–12 meses após a remissão	Padrão da Biblioteca (GLAD-PC); escalonamento: J Pediatr 2026; ajustes a cada 3–4 semanas (AACAP 2020)
Escitalopram	Início 10 mg/dia ; máx. 20 mg/dia ; aumento a cada ≥ 2 semanas	1x/dia	6–12 meses após a remissão	Padrão do site (GLAD-PC 2018); bula FDA: TAG ≥ 7 anos, 10 mg, 20 mg após ≥ 2 semanas; bula brasileira: uso adulto (< 18 anos só com necessidade clara); prolonga o QT

- **Suicidalidade (tarja preta da FDA; advertência nas bulas brasileiras):** antidepressivos aumentam pensamentos e comportamentos suicidas até 24 anos, sobretudo no início e após mudança de dose. Na ansiedade, 1% com antidepressivo x 0,2% com placebo (NNH 143 x NNT 3; AACAP 2020): o benefício supera o risco, com vigilância. **Contato em 1 semana e a cada 1–2 semanas nas primeiras 4–8 semanas** (padrão da Biblioteca).
- **Ativação comportamental** (inquietação, insônia, desinibição), mais comum na criança pequena: começar baixo, subir devagar. **Resposta** em torno de 6 semanas, máxima em 12

ou mais (AACAP 2020); sem resposta, revisar diagnóstico e adesão e encaminhar.

- **Retirada** gradual, em período calmo (AACAP: manter cerca de 12 meses após a remissão).
- **Interações:** síndrome serotoninérgica com tramadol, triptanos, linezolida e outros antidepressivos; evitar escitalopram no QT longo.
- **Duloxetina** (FDA: TAG ≥ 7 anos; 30–60 mg/dia, J Pediatr 2026): segunda linha, do especialista.

O que não usar: benzodiazepínicos (dependência, sedação, desinibição; AACAP 2020: evidência insuficiente) — o pediatra não os usa, nem como ponte até o ISRS; uso breve só pelo especialista em situação grave (documento Ansiedade e depressão); **anti-histamínicos sedativos** (hidroxizina, prometazina) "para acalmar" (padrão do site); ISRS isolado com suspeita de bipolaridade; dois antidepressivos sem psiquiatra; medicamento sem psicoterapia e sem seguimento; afastamento escolar como tratamento.

Seguimento: reaplicar SCARED ou GAD-7 (meta: **remissão**), com psicólogo, escola, CAPSi e psiquiatra.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Ideação suicida com plano, intenção ou acesso a meios;** tentativa recente; despedidas; recusa em garantir a própria segurança; ASQ positivo agudo.
- Agitação intensa, confusão, psicose; recusa alimentar ou hídrica com desidratação.
- **Crise "de pânico" com sinais de possível causa orgânica grave:** síncope; dor torácica ao esforço; FC fixa ≥ 220 bpm no lactente ou ≥ 180 bpm na criança, de início e fim súbitos (TSV); SpO₂ $< 94\%$, sibilância ou esforço respiratório; urticária ou edema de lábios (anafilaxia); hipoglicemia; Kussmaul (cetoacidose); febre com rigidez ou déficit neurológico; crise após droga ou energético; dispneia súbita com risco trombótico (anticoncepcional). **Na primeira crise, pânico é diagnóstico de exclusão.**
- Ingestão de medicamentos (inclusive o ISRS) ou síndrome serotoninérgica (febre, tremor, clônus, rigidez, agitação); abuso com risco atual.

Como encaminhar

1. **Não deixar o paciente sozinho** (nem na sala de espera ou no banheiro); retirar objetos perigosos.
2. Risco de suicídio: avisar o adolescente de que o sigilo será quebrado; chamar a família; **SAMU 192** se risco imediato ou ingestão; se estável, pronto-socorro ou UPA com um responsável; avisar o CAPSi; **CVV 188**.
3. Suspeita orgânica: sinais vitais, **SpO₂ e glicemia capilar**; oxigênio para manter **SpO₂ $\geq 94\%$** ; ECG sem atrasar a remoção; acesso venoso se instável. Anafilaxia: **adrenalina IM**

0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente) antes do transporte; asma e TSV: protocolos do site.

4. Ingestão: levar embalagens; Disque-Intoxicação 0800-722-6001.
5. **Notificação obrigatória (compulsória)** da violência autoprovocada e dos maus-tratos, com comunicação ao Conselho Tutelar.
6. **Relatório:** risco, escalas, medicamentos, exames, contatos.

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

- "Ansiedade é tratável. Acolha o medo e ajude seu filho a enfrentar aos poucos: faltar à escola alivia hoje e piora amanhã."
- "Corte café, chá-mate, refrigerante de cola, energético e pré-treino; cuide do sono e das telas à noite."
- "O remédio leva de 4 a 6 semanas para ajudar; não pare por conta própria. No início, observe agitação, insônia, piora da tristeza ou falas sobre morrer. Tranque os remédios da casa."
- **Retorno** em 1 semana após iniciar o remédio; antes, se não conseguir ir à escola.
- **Pronto-socorro ou SAMU (192)** se: falar em se matar com plano, se despedir, ingerir remédios, desmaiar, dor no peito, lábios roxos, coração disparado que não passa, confusão, febre com rigidez. **CVV: 188** (24 horas, gratuito).

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Rastreio	Sem documen- to oficial locali- zado; J Pediatr 2026: identifi- cação precoce pelo pediatra	Sem posição específica localizada	8 a 18 anos (com USPSTF 2022)	Alerta a quem evita escola e grupos; per- guntar (CG159)	Deteção e de- rivação (AEPNYA; AEPap)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
1ª linha	J Pediatr 2026: psicoeducação + TCC	Cuidado psi- cossocial em rede (UBS, CAPSi)	TCC; cuidado escalonado	TCC individual ou em grupo, com pais	TCC + psicoe- ducação familiar	Sem posição específica localizada	TCC e trabalho com os pais	Segue o NICE
ISRS	J Pediatr 2026: moderado a grave; fluoxeti- na 1ª escolha	Sem posição específica localizada	Sem remissão com TCC; TCC + ISRS preferí- vel (AACAP)	Não oferecer de rotina na ansiedade social	≥ 6 anos se disfunção importante	Sem posição específica localizada	Terapia, medi- cação ou ambas	Segue o NICE
Benzodiazepí- nicos	Sem posição localizada	Sem posição localizada	AACAP: evi- dência insuficiente	Não recomendados	Ponte até o ISRS (AEPNYA); 3ª linha (AEPap)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Quem trata	J Pediatr 2026: pediatra identi- fica precocemente	Atenção bási- ca e CAPSi, em rede	Atenção primá- ria, escalonado	Profissional competente em saúde mental	Pediatra nos leves; derivar moderados a graves	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: convergem a **TCC como primeira linha**, a participação dos pais, os **ISRS como classe de escolha** e a vigilância de suicidalidade. Divergem no medicamento: a AACAP (2020) prefere TCC + ISRS dos 6 aos 18 anos; o NICE não recomenda medicamento de rotina na ansiedade social da criança; a AEPNYA admite **benzodiazepínico** como ponte; o **escitalopram** tem aprovação da FDA para TAG a partir de 7 anos e bula brasileira de uso adulto. A **SBP não tem documento científico sobre ansiedade**; a coluna SBP traz uma revisão não sistemática do **Jornal de Pediatria, periódico da SBP (2026)**, que não é posição oficial da SBP. O **Ministério da Saúde** orienta o cuidado em rede, sem posição sobre rastreio ou medicamentos. **O site segue o MS na rede e, na falta de SBP e MS, a USPSTF 2022/AAP no rastreio e a AACAP 2020/GLAD-PC no tratamento** (doses-padrão da Biblioteca), convergentes com o Jornal de Pediatria; não segue a AEPNYA no benzodiazepínico.

PONTOS PRÁTICOS

1. Rastreie ansiedade dos 8 aos 18 anos (SCARED ≥ 25 ou GAD-7 ≥ 10 pedem avaliação) e pergunte sempre sobre suicídio.
2. Antes do rótulo, afaste tireoide, cafeína, fármacos, arritmia, hipoglicemia, substâncias e abuso.
3. TCC com a família é a primeira linha; na recusa escolar, a meta é voltar à escola.
4. ISRS nos quadros moderados a graves: sertralina 25 mg, fluoxetina 10–20 mg ou escitalopram 10 mg; contato em 1 semana; retirada gradual.
5. Benzodiazepínico e anti-histamínico sedativo não tratam ansiedade.
6. Plano suicida, tentativa ou primeira crise com síncope, dor torácica, hipoxemia ou hipoglicemia: pronto-socorro ou SAMU 192; CVV 188.

Veja também, nesta Biblioteca: **Ansiedade e depressão na infância e adolescência**, **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**, **Transtorno do espectro autista** (Patologias do consultório); **Risco de suicídio na criança e no adolescente — rastreio e manejo pelo pediatra** e **Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) na infância e adolescência** (nesta área); **Transtornos Depressivos na Adolescência e Autolesão e Transtorno de Personalidade Borderline** (Saúde mental); **Autolesão no Adolescente — Guia para Pais**; **Uso de cafeína por crianças e adolescentes** (Temas SBP); **Taquicardia supraventricular e palpitações** (Cardiologia).

8. Fontes

- Linan CA, Rocha GM, Lucion MK. How to identify depression and anxiety in children and adolescents. J Pediatr (Rio J), 2026;102 Supl 1:101462 (revisão não sistemática). [PMC](#)
- SBP, DC de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Documentos científicos (lista consultada). sbp.com.br
- Ministério da Saúde. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS, 2014. [PDF](#)
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Anxiety in Children and Adolescents, 2022. uspreventiveservicestaskforce.org
- American Academy of Pediatrics. Anxiety — Pediatric Mental Health Minute Series. aap.org
- Walter HJ et al. AACAP Clinical Practice Guideline — Anxiety Disorders in Children and Adolescents, 2020. [PDF](#)
- Birmaher B et al. SCARED, com pontuação (Univ. de Pittsburgh). [PDF](#)
- NICE. CG159 — Social anxiety disorder, 2013. nice.org.uk

- AEPNYA (Protocolos AEP). Trastorno de ansiedad generalizada, 2008. [PDF](#)
- AEPap. García Cruz JM et al. Trastorno de ansiedad. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Anxiety Disorders. childrenshospital.org
- Bulas brasileiras: Zoloft® (sertralina), Viatris, 2021 [PDF](#); Lexapro® (escitalopram), Lundbeck [PDF](#)
- DailyMed (FDA). Lexapro — prescribing information. dailymed.nlm.nih.gov

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.