



TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NA ADOLESCÊNCIA

Rastreo, diagnóstico (DSM-5-TR) e tratamento

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Importância Do Tema

Os transtornos depressivos representam uma das principais causas de incapacidade e sofrimento na adolescência, com impacto significativo sobre o desenvolvimento biopsicossocial, o desempenho escolar e a qualidade de vida. O reconhecimento precoce é essencial para prevenir desfechos graves, incluindo o suicídio — segunda maior causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil e no mundo.

1.1 Epidemiologia

Indicador Dado Fonte

Prevalência mundial (10–19 ~13% (1 em cada 7
WHO, 2022
anos) adolescentes)

Prevalência no Brasil (12–17

~10,8% com episódio depressivo PNS/IBGE, 2023
anos)

Início médio do 1º episódio 13–15 anos NIMH, 2023

Proporção não

Até 70% dos casos PAHO, 2022
diagnosticada/tratada

Suicídio entre adolescentes

2ª causa de morte (15–19 anos) SVS/MS, 2023
(Brasil)

Risco de recorrência após 1º

40–70% em 5 anos AAP, 2022
episódio



1.2 Por que o Pediatra é Fundamental?

- → O pediatra é frequentemente o primeiro profissional consultado pelo adolescente
- → Diagnóstico precoce reduz em até 50% o risco de episódios recorrentes
- → Atraso diagnóstico médio ainda é de 8–10 anos (da 1ª sintoma ao tratamento)
- → A AAP (2022) recomenda rastreio universal anual de depressão a partir dos 12 anos

2. Avaliação Inicial Sistematizada

2.1 Rastreio Universal — PHQ-A

A AAP, NICE e CPS recomendam rastreio anual com o PHQ-A a partir dos 12 anos. O instrumento possui 9 questões sobre os últimos 14 dias, validado em português.

Pontuação Classificação Conduta

0–4 Sem depressão significativa Seguimento de rotina

Psicoeducação + reavaliação em 4

5–9 Depressão leve
semanas

Tratamento ativo + encaminhamento

10–14 Depressão moderada
psicologia

Depressão moderadamente grave
15–19
Tratamento imediato + equipe
especializada

20–27 Depressão grave Avaliação psiquiátrica urgente ± internação

Questão 9 >

RISCO DE SUICÍDIO Avaliação de risco IMEDIATA (C-SSRS)
0

2.2 Mnemônico HEADSSS

Letra Domínio Perguntas-chave

H Home (Lar) Com quem mora? Conflitos familiares? Violência doméstica?

E Education (Escola) Desempenho escolar, absenteísmo, bullying?

Activities

A Hobbies, sono, alimentação, exercício?
(Atividades)



D Drugs (Drogas) Uso de álcool, tabaco, cannabis, outras substâncias?

S Sex (Sexualidade) Relacionamentos, identidade, violência sexual?

Suicide /

S Pensamentos de morte, autolesão, tentativas prévias?

Depression

S Safety (Segurança) Cyberbullying, violência, acesso a armas/medicamentos?

2.3 Exame do Estado Mental — Checklist

AVALIAÇÃO CLÍNICA OBRIGATÓRIA NA PRIMEIRA CONSULTA

Humor: tristeza, irritabilidade, labilidade emocional

Afeto: embotado, congruente/incongruente com o humor

Pensamento: lentificado, ruminativo, pessimista, ideação suicida/homicida

Atenção e concentração: dificuldade de foco (ddx TDAH)

Sono: insônia inicial/terminal/hipersonia

Psicomotricidade: retardo ou agitação psicomotora

Apetite e peso: perda ou ganho significativo

Insight: consciência da doença (impacta adesão ao tratamento)

Funcionamento global: escola, família, relações sociais

3. Fisiopatologia — Abordagem Aplicada

3.1 Modelo Neurobiológico Integrado

A depressão do adolescente resulta da interação entre vulnerabilidade genética, fatores ambientais e maturação incompleta do SNC. Mecanismos principais:

Sistema/Mecanismo Alteração Implicação Clínica

Hipercortisolemia crônica → Impacto cognitivo, memória,
Eixo HPA
neurotoxicidade atenção

Sistema Deficiência 5-HT_{2A}; Base dos ISRSs; resposta
Serotoninérgico (5-HT) polimorfismo SLC6A4 variável por genética

Anedonia, falta de motivação,

Sistema Dopaminérgico Disfunção D1/D3 no CPF
prejuízo executivo



Neuroplasticidade / Redução BDNF no Atrofia hipocampal; resposta ao BDNF hipocampo exercício físico

Relação com resistência ao

Neuroinflamação Elevação IL-1 β , IL-6, TNF- α
tratamento

Córtex Pré-frontal Impulsividade aumentada, maior
Imaturidade + hipofunção
(CPF) risco de suicídio

Irritabilidade, respostas de medo

Amígdala Hiperreatividade emocional
exageradas

3.2 Particularidades do Cérebro Adolescente

- CPF (controle inibitório) completa maturação apenas aos 25 anos — impulsividade estrutural
- Amígdala funcionalmente mais ativa que CPF — base da labilidade emocional
- Adolescentes deprimidos têm risco suicida PROPORCIONALMENTE MAIOR que adultos
- Neuroplasticidade ainda alta — favorece resposta terapêutica quando tratamento é precoce

3.3 Fatores de Risco e Proteção

Fatores de RISCO Fatores de PROTEÇÃO

História familiar de depressão (risco 2-4x) Apoio familiar estruturado e vínculo afetivo

Trauma na infância (abuso, negligência) Habilidades de enfrentamento (coping)

Estresse crônico (bullying, pressão escolar) Conexão com escola e grupo de pares

Uso de substâncias (cannabis, álcool) Prática regular de atividade física

Fatores de RISCO Fatores de PROTEÇÃO

Vínculo consistente com profissional de Identidade LGBTQIA+ sem suporte familiar saúde

Acesso a meios letais (armas, fármacos) Autoeficácia e autoestima positiva

Tentativa prévia de suicídio Escola promotora de saúde mental

4. Diagnóstico

4.1 Critérios — DSM-5-TR (APA, 2022)

Episódio Depressivo Maior: ≥ 5 sintomas por ≥ 2 semanas, com obrigatória presença de pelo menos 1 dos dois primeiros:

Sintoma Peculiaridade em Adolescentes

Humor deprimido / tristeza



1* Pode manifestar-se como IRRITABILIDADE persistente

Perda de interesse ou prazer

2* Abandono de hobbies, redes sociais, amizades (anedonia)

Alteração de peso/apetite (>

3 Ganho de peso mais comum que perda (5%/mês)

4 Insônia ou hipersonia Hipersonia é mais prevalente em adolescentes

5 Agitação ou retardo psicomotor Observável por outros — não apenas subjetivo

6 Fadiga ou perda de energia Queda de rendimento escolar frequente

7 Sentimentos de inutilidade ou culpa Autocrítica excessiva, autoestima muito baixa

Dificuldade de concentração /

8 Diagnóstico diferencial: TDAH decisão

Pensamentos de morte / ideação

9 AVALIAR SEMPRE – perguntar diretamente! suicida

4.2 Diagnósticos Diferenciais

NÃO PERCA ESSES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS → Transtorno Bipolar: irritabilidade, (hipo)mania não relatada, história familiar — NÃO usar ISRS isolado → TDAH: dificuldade de concentração, baixo rendimento escolar (sem humor deprimido persistente)

→ Transtornos de Ansiedade: TAG, fobia social, pânico (frequentemente comórbidos!) → TEPT: trauma, evitação, hipervigilância, flashbacks

→ Hipotireoidismo: fadiga, ganho de peso, lentidão — TSH OBRIGATÓRIO

→ Anemia ferropriva: fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade

→ Uso de substâncias: cannabis, álcool, estimulantes

→ Efeito adverso de medicamentos: corticoides, isotretinoína, anticoncepcionais hormonais

→ Luto normal: duração < 2 meses, sem prejuízo funcional grave, sem ideação suicida

4.3 Exames Essenciais

Exame Objetivo Recomendação

TSH + T4 livre Excluir hipo/hipertireoidismo Obrigatório



Hemograma + ferritina + Vit

Anemia, deficiências Obrigatório
B12

Glicemia de jejum Disglicemia associada Recomendado

Deficiência associada a humor

Vitamina D (25-OH) Recomendado
deprimido

Função hepática (TGO,

Baseline antes da medicação Recomendado
TGP)

Baseline se QTc > 440ms ou uso

ECG Situacional
de tricíclico

Toxicológico urinário Suspeita de uso de substâncias Situacional

4.4 O Que NÃO FAZER

ERROS DIAGNÓSTICOS — EVITAR SEMPRE

NÃO minimizar como 'fase da adolescência' — depressão é doença real e tratável

NÃO confiar apenas no relato dos pais — adolescente deve ser entrevistado SOZINHO

NÃO evitar perguntar sobre suicídio — a pergunta é PROTETORA e obrigatória

NÃO diagnosticar sem excluir bipolaridade, hipotireoidismo e uso de substâncias

NÃO usar antidepressivo isolado se suspeita de episódio misto ou Transtorno Bipolar

NÃO descartar depressão porque o adolescente 'sorri' ou 'parece bem' na consulta

NÃO aguardar meses sem manejo — depressão moderada/grave requer tratamento ativo

5. Conduta E Tratamento

5.1 Passo a Passo Terapêutico

Passo Ação Detalhamento

Columbia C-SSRS; plano de segurança; acesso a meios

1 Avaliação de risco
letais

Explicar diagnóstico, curso, tratamento; normalizar busca



2 Psicoeducação
de ajuda

3 Classificar gravidade Leve, moderada ou grave (PHQ-A + avaliação clínica)

1ª linha – Psicoterapia (TCC ou TIP-A) + exercício físico + higiene
4
leve/moderada do sono

Fluoxetina 1ª escolha; indicada na moderada-grave ou

5 Farmacoterapia
falha terapêutica

Consultas a cada 1-2 semanas nas primeiras 4-8

6 Monitoramento inicial
semanas

Avaliar resposta (4-8

7 Parcial: otimizar dose; Sem resposta: revisar diagnóstico
sem.)

Tratamento de Mínimo 6-12 meses após remissão; 2+ episódios: 1-2
8
manutenção anos

Descontinuação Redução 25% a cada 4 semanas – nunca suspender
9
gradual abruptamente

5.2 Psicoterapias com Evidência Robusta

Modalidade Evidência Indicação Principal

TCC – Terapia Cognitivo- Nível A (múltiplos
1ª linha em todas as gravidades
Comportamental RCTs)

TIP-A – Terapia Interpessoal Nível A – AAP, Excelente em conflitos relacionais
para Adolescentes NICE, CPS e de identidade



< 14 anos; disfunção familiar

Terapia Familiar Nível B
como fator perpetuante

DBT – Terapia Dialético- 1ª linha na autolesão não suicida
Nível A – autolesão
Comportamental recorrente

Prevenção de recaída após

Mindfulness-Based (MBCT) Nível B
remissão (> 3 episódios)

5.3 Farmacoterapia – Doses Pediátricas

ÚNICO ISRS APROVADO FDA PARA DEPRESSÃO < 18 ANOS = FLUOXETINA Escitalopram: aprovado FDA ≥ 12 anos no TDM. Demais ISRSs: uso off-label em adolescentes.

ANVISA/CFM permitem uso off-label com justificativa clínica documentada em prontuário.

BLACK BOX WARNING (FDA): ISRSs podem aumentar pensamentos suicidas nas primeiras semanas – monitoramento obrigatório.

Dose Dose Dose
Fármaco Status Observações
Inicial Alvo Máx.

10 mg (< 1ª ESCOLHA. Meia-
FDA
40 kg) 20 20–40 vida longa → menor
Fluoxetina aprovado 60 mg/dia
mg (> 40 mg/dia síndrome
TDM
kg) abstinência

FDA: TDM ≥ 10–20 2ª escolha; boa
Escitalopram 5 mg/dia 20 mg/dia
12 anos mg/dia tolerabilidade

Off-label 50–150 200 Amplamente usada;

Sertralina 25 mg/dia
TDM mg/dia mg/dia boa tolerabilidade

Reservar para



Venlafaxina Off-label; 37,5 mg 75–150 225
resistência;
(IRSN) cautela XR/dia mg/dia mg/dia
monitorar PA e FC

CONTRAINDICADO

Off-label; 75–100 150–300 300 bulimia/epilepsia. Bupropiona cautela mg/dia mg/dia mg/dia
Útil: TDAH comórbido

Regras de Ouro na Farmacoterapia

- Iniciar com dose baixa e titular lentamente — 'Start low, go slow'
- Aguardar 4–6 semanas para avaliar resposta clínica (não trocar prematuramente)
- Monitorar ideação suicida nas primeiras 4 semanas: consultas semanais ou quinzenais
- Nunca associar dois antidepressivos sem supervisão psiquiátrica
- Alerta de interações: ISRSs + tramadol/triptanos/linezolida = SÍNDROME SEROTONINÉRGICA
- Descontinuação: reduzir 25% a cada 4 semanas — nunca suspender abruptamente

6. Comparação De Protocolos

INTERNACIONAIS

6.1 Primeira Linha por Gravidade

Protocolo Leve Moderada Grave

Fluoxetina +

AAP 2022 TCC ou TIP-A TCC/TIP-A + Fluoxetina Psicoterapia +
Psiquiatria

Tratamento combinado

NICE Intervenção TCC/TIP-A + ISRS
+ Hospital-
2019/2023 psicossocial 12 sem. (fluoxetina)
dia/internação

Escalonamento;

CPS 2021 TCC; suporte familiar TCC/TIP-A + Fluoxetina encaminhamento
urgente

Psicoeducação + Fluoxetina + CAPS-i +
SBP 2021 TCC + Fluoxetina/ISRS
TCC Psiquiatria



TCC/TIP-A + Abordagem multimodal
EAP 2022 TCC + suporte família
Farmacoterapia intensiva

6.2 Pontos Convergentes e Divergentes

Tema Convergência Divergência

Fluoxetina – unânime em Dose inicial: 10 mg (NICE/CPS)
Fármaco 1ª escolha
todos vs 20 mg (AAP) em > 40 kg

NICE exige 12 sem. de TCC é a abordagem mais

Psicoterapia psicoterapia ANTES do ISRS em
recomendada
leve-moderada

AAP/CPS: PHQ-A obrigatório; Todos recomendam a partir

Rastreio universal NICE: avaliação clínica pode ser
dos 12 anos
suficiente

AAP: 1 ano; NICE/CPS:

Tratamento de Mínimo 6 meses após
individualizar conforme
manutenção remissão
recorrência

Indicada em risco imediato NICE: hospital-dia como
Internação
(todos) alternativa à internação completa

7. Critérios De Internação

7.1 Indicações de Internação Psiquiátrica

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO IMEDIATA — AAP · NICE · SBP · CPS Risco imediato de suicídio: plano estruturado, intenção, acesso a meios letais

Tentativa de suicídio recente com necessidade de cuidados médicos

Psicose associada (alucinações, delírios, desorganização grave)

Agitação psicomotora grave com risco a si ou a outros

Recusa alimentar grave com risco nutricional



Autolesão grave com risco de vida

Ambiente familiar sem condições de supervisão e segurança

Episódio depressivo grave com ausência total de autocuidado

7.2 Plano de Segurança — 6 Etapas (Stanley-Brown)

1. Identificar sinais de alerta pessoais (pensamentos, imagens, comportamentos)
2. Estratégias internas de enfrentamento (distração, regulação emocional)
3. Contatos sociais que distroem a atenção do suicídio (amigos, família)

4. Pessoas a contatar em crise (nome + telefone atualizado)

5. Profissionais de saúde a contatar (pediatra, psicólogo, psiquiatra + tel.)
6. Tornar o ambiente mais seguro: remover ou travar acesso a medicamentos e armas

CVV Brasil: 188 (24h, gratuito) | UPA/PS: encaminhamento imediato se risco iminente

8. Erros Comuns Na Prática Clínica

Erro Frequente Por que acontece Como evitar

'É só fase da Normalização cultural dos PHQ-A em toda consulta ≥ 12 adolescência' sintomas anos; não minimizar

Não perguntar sobre Medo de 'induzir' o Perguntar diretamente – reduz suicídio pensamento risco e fortalece vínculo

Anamnese incompleta; foco Investigar (hipo)mania, história
Não excluir bipolaridade
no episódio atual familiar, irritabilidade extrema

Iniciar ISRS em dose Extrapolar doses sem ajuste Sempre iniciar com metade da adulta etário dose adulta

Suspender ISRS Alta sem plano de Retirada gradual 25%/4 semanas;
abruptamente descontinuação informar o paciente

Não monitorar após Agenda cheia; seguimento Consulta em 1–2 semanas após ISRS inadequado início



Tratar sem incluir a Consulta só com o Psicoeducação familiar é parte família adolescente essencial do tratamento

Focar apenas na queixa Avaliação multiaxial completa:

Ignorar comorbidades

principal ansiedade, TDAH, substâncias

9. Referências E Fontes

Diretrizes Internacionais

- AAP. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC). Pediatrics, 2022. <https://publications.aap.org>
- NICE. Depression in children and young people (NG134). 2019, updated 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- CPS. Managing depression in children and adolescents. Paediatrics & Child Health, 2021. <https://cps.ca>
- SBP. Manual de Saúde Mental na Infância e Adolescência, 2021. <https://www.sbp.com.br>
- EAP. Consensus Statement on Mental Health in Paediatrics, 2022. <https://www.eapaediatrics.eu>
- AEP. Protocolo de Depresión en la Adolescencia, 2021. <https://www.aeped.es>
- RCPCH. Mental Health Resources for Paediatric Practice, 2023. <https://www.rcpch.ac.uk>

Evidência Primária e Ferramentas

- Birmaher B et al. Practice Parameters — Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. JAACAP, 2021.
- WHO. World Mental Health Report: Transforming mental health for all. Geneva, 2022.
- PHQ-A: <https://www.phqscreeners.com> (versão em português disponível)
- Columbia C-SSRS: <https://cssrs.columbia.edu>
- UpToDate — Depressive disorders in children and adolescents: Assessment and diagnosis (2024).

Documento elaborado para fins educacionais com base em evidências científicas atualizadas (2022- 2024)