

DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Aplicação Prática na Unidade Básica de Saúde (UBS) — Identificação, Manejo e Fluxos





2026 Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Diretoria Executiva de Pessoas, Sustentabilidade e Responsabilidade Social. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Projeto TeleNordeste.

Elaboração e informações

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Diretoria de Responsabilidade Social

Rua Treze de Maio, 1.815, Bela Vista, São Paulo/SP

Tel.: (11) 3549-1000

Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br/

Diretoria Executiva de Pessoas, Sustentabilidade e Responsabilidade Social

Maria Carolina Lourenço Gomes

Gerência de Escritório de Projetos

Simone Rodrigues Faria

Coordenação do Projeto TeleNordeste

Fernanda Saks Hahne

Relatoria

Adriana Miyauchi

Gabriela Massaro Carneiro Monteiro

André Felipe Martins de Araujo Silva

Aryane Lima Rolim

Carla Anita Pavan

Jéssica Fausto Soares Pommerening

Marcos Aurelio Maeyama

Ricardo Mendes de Matos

Tatiane Cifuentes

Vanessa dos Santos Gonçalves Senra



OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ALÉMÃO



SUS



SUS



MINISTÉRIO DA

SAÚDE



SUMÁRIO

1. Apresentação e Epidemiologia.....	4
2. Identificação rápida e diagnóstico.....	5
3. Comorbidades frequentes na infância.....	6
4. Fluxograma de conduta na APS.....	7
5. Fatores de risco psicológico e ambiental.....	8
6. Manejo clínico e tratamento na APS.....	9
7. Critérios para encaminhamento ao CAPS/ Psiquiatria.....	10
8. Orientações à família e escola.....	10
9. Prognóstico.....	11
Referências Bibliográficas.....	12

1. APRESENTAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A depressão na infância e adolescência exige alta suspeição clínica, pois suas manifestações diferem substancialmente dos quadros adultos. A **intervenção** na Atenção Primária à Saúde (APS) previne prejuízos permanentes no desenvolvimento emocional e cognitivo.

Perfil Epidemiológico:

- **Infância (< puberdade):** Prevalência de 1% a 2%, afetando igualmente meninos e meninas.
- **Adolescência:** Prevalência salta para ~5%. Após a puberdade, prevalência no sexo feminino é o dobro (até 16 anos: 12% das meninas vs 7% dos meninos).
- **Etiologia:** Interação complexa de fatores biológicos, hormonais, psicossociais e ambientais.

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE / ALERTA VERMELHO (ENCAMINHAMENTO IMEDIATO)

Avaliar imediatamente em caráter de urgência (CAPS Infantojuvenil / UPA / Hospital) se houver:

- Ideação suicida ativa ou persistente
- Plano suicida estruturado ou meio disponível
- Tentativa de suicídio atual ou recente
- Automutilação grave ou recorrente
- Sintomas psicóticos (delírios/alucinações)
- Recusa alimentar grave / Risco de desnutrição
- Agitação psicomotora / Agressividade grave
- Uso abusivo grave de álcool ou drogas
- Suspeita de violência, abuso ou negligência
- Comprometimento funcional e social grave



NUNCA NEGLIGENCIAR: Qualquer fala de desejo de morte exige avaliação imediata de risco.

2. IDENTIFICAÇÃO RÁPIDA E DIAGNÓSTICO

Quando Suspeitar: Sintomas persistentes por ≥ 2 semanas, com mudança clara em relação ao comportamento prévio e presença de prejuízo funcional (escolar, familiar ou social).

Domínio Avaliado Aspectos Clínicos, Familiares e Psicossociais	Domínio Avaliado Aspectos Clínicos, Familiares e Psicossociais
Sintomas Emocionais	Tristeza, irritabilidade marcante, anedonia (perda de interesse/prazer), choro fácil, labilidade afirmativa, tédio constante, sentimentos de culpa e inutilidade.
Sintomas Físicos / Somáticos	Alterações do sono (insônia/hipersonia), alterações do apetite/peso, fadiga crônica, cefaleia recorrente e dores abdominais sem causa orgânica.
Desempenho Escolar	Queda repentina no rendimento, absenteísmo, isolamento dos colegas, comportamentos disruptivos e dificuldade importante de concentração.
Dinâmica Familiar / Social	Isolamento do convívio familiar, conflitos interpessoais, luto recente, histórico familiar de transtornos mentais e exposição a estressores ambientais.

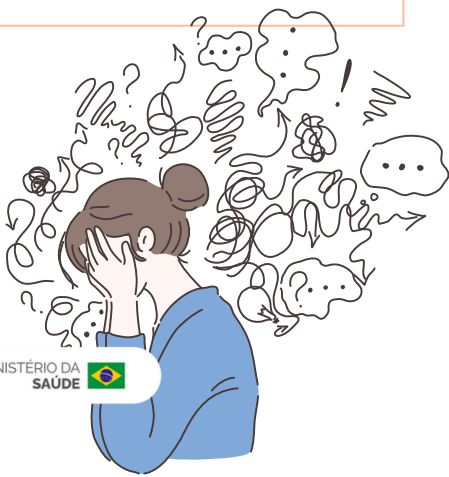


DICA CLÍNICA — APRESENTAÇÃO ATÍPICA NA INFÂNCIA

Na infância e início da adolescência, a depressão raramente se apresenta apenas como "tristeza". Manifesta-se predominantemente como irritabilidade, explosões de raiva, queda escolar e queixas somáticas (dor de barriga/cabeça).

3. COMORBIDADES FREQUENTES NA INFÂNCIA

Comorbidade	Apresentação Clínica e Repercussão
Transtornos de Ansiedade	Coocorrência altíssima (ansiedade de separação, fobia social, TAG). Aumenta o sofrimento psíquico e a esquiva social.
TDHA	Prejuízo de atenção exacerbado, sobreposição de sintomas de desatenção e baixa autoeficácia acadêmica.
Transtorno de Conduta / TOD	Irritabilidade, oposição e comportamentos desafiadores que podem mascarar o afeto depressivo subjacente.
Transtornos Alimentares	Anorexia, bulimia ou compulsão associadas à distorção da imagem corporal, baixa autoestima e isolamento.
Uso de Substâncias	Mais frequente na adolescência (álcool, tabaco, maconha), frequentemente utilizado como automedicação.



4. FLUXOGRAMA DE CONDUTA NA APS

CRIANÇA OU ADOLESCENTE COM TRISTEZA, IRRITABILIDADE OU ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL

(Avaliação com Escuta Qualificada + Anamnese com Família/Escola)

EXISTEM SINAIS DE GRAVIDADE / ALERTA VERMELHO?

(Ideação/plano suicida, automutilação grave, psicose, recusa alimentar)

SIM

CAPS INFANTOJUVENIL / URGÊNCIA IMEDIATA

- Acolhimento em Saúde Mental
- Proteção contra meios letais
- Articulação com Conselho Tutelar se risco

NÃO

MANEJO NA APS / UBS (Leve a Moderado)

- Intervenções psicossociais + Psicoterapia
- Orientação familiar + Higiene do sono/telas
- Acompanhamento quinzenal/mensal

HOVE MELHORA CLÍNICA E FUNCIONAL EM 4-6 SEMANAS?

SIM

Manter Seguimento na APS e
Prevenção de Recaídas

NÃO

Encaminhar Matriciamento /
CAPS / Psiquiatria

5. FATORES DE RISCO PSICOLÓGICO E AMBIENTAL

**História familiar de
depressão /
psiquiátrica**

**Bullying,
cyberbullying e
violência entre
pares**

**Maus-tratos físicos,
psicológicos ou
abuso sexual**

**Conflitos familiares
graves ou
separação parental**

**Luto recente ou
perdas
significativas**

**Doenças crônicas,
dor persistente ou
incapacidade**

**Isolamento social e
ausência de rede
de apoio**

**Baixa autoestima e
sentimentos de
inadequação**

**História prévia de
automutilação ou
tentativa**

**Uso excessivo de
telas (>3h/dia) e
privação do sono**



6. MANEJO CLÍNICO E TRATAMENTO NA APS

Casos Leves (Manejo APS)

Escuta qualificada e fortalecimento do vínculo.

Psicoterapia individual/familiar (se disponível).

Orientação aos pais/responsáveis.

Rotina estruturada (atividades físicas, esportes, lazer).

Higiene do Sono: Horários regulares e remoção de telas à noite.

Reavaliações frequentes na UBS.

Casos Moderados a Graves

Abordagem multiprofissional (e-Multi, CAPS).

Psicoterapia estruturada (TCC / Interpessoal).

Monitoramento rigoroso de automutilação/suicídio.

Articulação direta com a escola.

Farmacoterapia (ISRS): Indicada em casos moderados/graves, associada à psicoterapia.

 **Uso de Antidepressivos (ISRS) na Infância/Adolescência: A Fluoxetina é a medicação de 1ª escolha aprovada para depressão infantil. Iniciar com doses baixas (10mg/dia). Atenção: Monitoramento semanal/quinzenal nas primeiras 4 semanas devido ao risco potencial de exacerbação inicial de ideação suicida ou agitação motor-comportamental.**

7. CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CAPS/PSIQUIATRIA

Critério de Encaminhamento	Descrição / Racional Clínico
Ideação / Plano Suicida	Pensamentos persistentes de morte, planejamento ou meios disponíveis.
Tentativa de Suicídio	História recente ou pregressa de tentativa (avaliação especializada prioritária).
Automutilação Recorrente	Episódios repetidos de autolesão com agravamento ou intenção suicida.
Sintomas Psicóticos / Catatonia	Presença de delírios, alucinações ou grave lentificação psicomotora.
Falha Terapêutica na APS	Ausência de resposta após 6-8 semanas de intervenções psicossociais adequadas.
Comorbidades Complexas	Associação com abuso de substâncias, transtornos alimentares ou vulnerabilidade extrema.

8. ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA E ESCOLA

ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA
Explicar que depressão é uma doença tratável e não "frescura" ou "preguiça".
Oferecer ambiente seguro e escuta sem julgamentos.
Evitar comparações, punições ou desvalorização.

Estabelecer comunicação com a equipe pedagógica.

Combater e intervir em casos de bullying.

Solicitar flexibilização temporária de prazos/provas.

Incentivar a reintegração social do estudante.

Prognóstico: O diagnóstico e a intervenção precoces na APS reduzem drasticamente o risco de cronicidade, abandono escolar e conduta suicida na vida adulta.



REFERÊNCIAS

1. IACAPAP. Depressão em Crianças e Adolescentes. Diretrizes IACAPAP, 2018.
2. Ministério da Saúde. Saúde Mental de Crianças e Adolescentes na Atenção Primária. Brasília, DF.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Adolescent Mental Health Fact Sheet. WHO.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Saúde Mental na Infância e Adolescência. Guia Prático.
5. AACAP. Depression Resource Center & Clinical Practice Guidelines. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.

SAÚDE



OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ALAMEDA



SUS

SUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

