

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



Queixa comportamental

na infância:

como organizar anamnese,

desenvolvimento e

diagnóstico diferencial

Como usar este guia

Da descrição do episódio ao plano: use os capítulos para organizar tempo, contextos, desenvolvimento, exame, hipóteses e segurança, mesmo quando ainda não há diagnóstico definitivo.

1 · Roteiro da anamnese	3
2 · Episódio típico e investigação	4
3 · Casa, escola e informantes	5
4 · Desenvolvimento e aprendizagem	6
5 · Sono, clínica e exposições	7
6 · Exame e diagnóstico diferencial	8
7 · Rastreadores e prioridades	9
8 · Segurança e encaminhamento	10
9 · Vinheta e checklist final	11
Referências	12

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica considera a avaliação individual.

Roteiro de anamnese em sequência

Comece pela cena. Peça que o responsável descreva o comportamento sem adjetivos: o que ocorreu, o que veio antes e como terminou. “Desafiador” pode significar recusa, demora, choro, fuga, agressão ou dificuldade de compreender a instrução.

Construa a linha do tempo. Defina início, curso, mudança em relação ao funcionamento basal, períodos sem sintomas e perda de habilidades. Pergunte por doença, mudança de rotina e estressor importante.^{1,2,6}

Localize contextos e prejuízo. Compare casa, escola e pares. Registre aprendizagem, autonomia, vínculos, lazer e segurança. Intensidade e frequência não são sinônimos.

Reconstrua desenvolvimento e corpo. Revise linguagem, sociabilidade, brincadeira, motricidade, adaptação, aprendizagem, sono, dor, visão e audição conforme a história.

Saída: descrição operacional, linha do tempo e frase clara sobre prejuízo e risco.

Como documentar um episódio típico

Evite “teve uma crise” sem contexto. Registre antecedente, comportamento observável, duração, recuperação, consequência e fatores que agravam ou aliviam.

RECUSA AO INICIAR LEITURA

Pode indicar: dificuldade específica, vergonha, medo de exposição ou oposição.

Busque: desempenho em leitura, reação a outras tarefas e relato da criança.

IRRITABILIDADE DIÁRIA

Pode indicar: sofrimento emocional, privação de sono, dor ou demanda incompatível.

Busque: horário, duração, sono, sintomas associados e prejuízo.

MUDANÇA ABRUPTA

Pode indicar: estressor, doença, exposição ou alteração do estado mental.

Busque: funcionamento basal, temporalidade e achados do exame.

Registro útil: “Após instrução longa, levantou-se, rasgou a folha e chorou por dez minutos. Acalmou quando a tarefa foi dividida. Houve prejuízo na participação em sala.”

Casa versus escola: use a divergência

Criança, responsáveis e escola observam tarefas, relações e riscos distintos. A criança pode relatar sofrimento, bullying, dificuldade acadêmica ou medo. A família descreve rotina e sono. A escola mostra resposta a instruções, aprendizagem, convivência e estrutura.^{1,3,6}

SOMENTE NA ESCOLA

Considere: demanda acadêmica, ambiente sensorial, relação específica ou segurança.

Pergunte: “Em qual aula, tarefa ou momento isso aparece?”

SOMENTE EM CASA

Considere: rotina, transição, relação, privação de sono ou exigência diferente.

Pergunte: “O que costuma acontecer antes e depois?”

RELATOS INCOMPATÍVEIS

Interprete: podem refletir situações distintas, linguagem vaga ou acesso desigual à informação.

Aja: obtenha exemplos, registros escolares e tarefas concretas.

Em adolescentes, reserve parte da entrevista individual, explique confidencialidade e seus limites e explore humor, ansiedade, substâncias, violência e segurança quando pertinente.^{1,6}

Desenvolvimento e aprendizagem mudam o diferencial

Reconstrua quando cada habilidade surgiu, como evoluiu e se houve perda, integrando cuidadores, observação e outros profissionais.^{1,2,6}

LINGUAGEM

Trajetória: compreensão, expressão e comunicação não verbal.

Muda o diferencial: instrução não compreendida pode parecer desatenção ou recusa.

SOCIABILIDADE E AUTONOMIA

Trajetória: reciprocidade, pares, adaptação, autocuidado e funções executivas.

Muda o diferencial: regressão tem prioridade diferente de habilidade ainda em aquisição.

APRENDIZAGEM

Trajetória: leitura, escrita, matemática, frequência e adaptações.

Muda o diferencial: dificuldade específica pode aparecer como evitação ou oposição.

Conduta: compare desempenho atual com a trajetória e documente adaptações já tentadas.^{1,3,6}

Conheça a Pós em Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

Sono, condições clínicas e exposições

Faça história proporcional à queixa e procure relações temporais. O objetivo não é atribuir causalidade automática, mas reconhecer achados que exigem avaliação própria.

SONO

Pergunte: duração, regularidade, latência, despertares, ronco, pausas e sonolência.

Use o dado: relacione-o ao horário dos sintomas e decida se o sono requer investigação.

CONDIÇÕES CLÍNICAS

Pergunte: dor, visão, audição, eliminações, atividade e sintomas associados.

Use o dado: direcione exame e investigação à hipótese, sem painel automático.

MEDICAMENTOS E EXPOSIÇÕES

Pergunte: prescritos, não prescritos, suplementos, substâncias e mudanças recentes.

Use o dado: temporalidade é pista, não prova causal.

Considere crescimento, sinais vitais, visão, audição, exame neurológico, pele e sinais sistêmicos quando indicados. Suspeita de intoxicação aguda, sobretudo com alteração da consciência, exige avaliação pediátrica de emergência e abordagem toxicológica específica.^{1,6,9,10}

Observe, examine e organize hipóteses

Observe contato, reciprocidade, linguagem, motricidade, transições e interação. Complete com exame do estado mental compatível com idade e desenvolvimento. O consultório é amostra curta; comportamento adequado ali não exclui dificuldade em outros ambientes.^{1,6}

NEURODESENVOLVIMENTO

Considere: atenção, linguagem, cognição, aprendizagem, motricidade e interação social.

Discrimine por: trajetória, início precoce, perfil de habilidades e contextos.

Se TDAH estiver no diferencial: entre 4 e 18 anos, avalie condições emocionais, comportamentais, do desenvolvimento e físicas coexistentes.⁴

EMOÇÕES E COMPORTAMENTO

Considere: ansiedade, depressão, irritabilidade, trauma e agressividade.

Discrimine por: curso, sofrimento subjetivo, gatilhos e prejuízo.

SONO, CLÍNICA E AMBIENTE

Considere: privação de sono, dor, alterações sensoriais, neurológicas, substâncias, bullying e violência.

Discrimine por: relação temporal, contexto, proteção, sintomas associados e exame.

Rastreadores, prioridades e plano

Instrumentos padronizados podem organizar sintomas, comparar informantes, estimar risco e acompanhar evolução. Escolha ferramenta validada para idade, idioma, população e finalidade. Registre quem respondeu, contexto e momento.³

POSITIVO EM CASA E ESCOLA

Interprete: maior consistência do sintoma medido, sem diagnóstico automático.

Próximo passo: confronto início, prejuízo, desenvolvimento, exame e diferenciais.

POSITIVO EM UM CONTEXTO

Interprete: possível demanda específica ou diferença de observação.

Próximo passo: recolha exemplo concreto e caracterize o ambiente.

NEGATIVO COM PREOCUPAÇÃO PERSISTENTE

Interprete: a ferramenta pode não captar o fenômeno, contexto ou finalidade.

Próximo passo: revise o instrumento e mantenha investigação orientada pela história.

Limite: TDAH não deve ser diagnosticado apenas por escalas ou observação.⁵ Priorize segurança, prejuízo, regressão, dados faltantes e reavaliação.

Segurança e encaminhamento por domínios

Encaminhe diante de prejuízo importante, regressão, dúvida diagnóstica relevante ou necessidade de recursos especializados.^{1,4,6}

RISCO PSIQUIÁTRICO E COMPORTAMENTAL

Achados: autoagressão ou suicídio atuais; ameaça grave; agitação intensa com incapacidade de manter segurança; sintomas psicóticos agudos com perda importante do juízo de realidade.

Decisão: avaliação urgente no mesmo dia ou emergência, conforme gravidade e recursos locais.^{7,8}

ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA OU DA CONSCIÊNCIA

Achados: confusão nova, alteração de consciência, convulsão ou sinal focal agudo.

Decisão: avaliação pediátrica de emergência.⁹

SUSPEITA TOXICOLÓGICA

Achados: possível ingestão, exposição ou intoxicação.

Decisão: exige avaliação de risco toxicológico; nem toda ingestão infantil implica emergência. O destino depende do agente, dose, sintomas e recursos disponíveis.^{9,10}

VIOLÊNCIA, MAUS-TRATOS OU DESPROTEÇÃO

Proteção: proteja e cumpra comunicação/notificação aplicável.^{11,12}

Urgência: defina atendimento imediato conforme risco atual; a suspeita, isoladamente, não torna todo caso uma emergência.

Vinheta aplicada e checklist de saída

Vinheta clínica fictícia. Criança de 8 anos com irritabilidade, queda escolar, sono irregular e evitação de leitura após mudança familiar.

Aplicação. Descreva o episódio, separe frequência de intensidade, compare casa e escola e explore aprendizagem, vergonha, sono e condições clínicas. Os dados hierarquizam hipóteses, sem fechar diagnóstico isoladamente.

Fenômeno episódio observável.	Tempo início, curso e regressão.
Contextos criança, família e escola.	Função e risco prejuízo e proteção.
Desenvolvimento trajetória, aprendizagem e exame.	Plano dados faltantes, medidas e reavaliação.

Produto clínico: formulação com início, contextos, funções comprometidas e próximos passos. A consulta pode terminar sem rótulo definitivo, mas precisa terminar com plano.

Conheça a Pós em Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

Referências

1. Foy JM, Green CM, Earls MF, et al. Mental Health Competencies for Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20192757. [Acessar fonte](#)
2. Lipkin PH, Macias MM, et al. Promoting Optimal Development. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193449. [Acessar fonte](#)
3. Weitzman C, Guevara J, Curtin M, et al. Screening for Mental Health, Emotional, and Behavioral Problems. *Pediatrics*. 2025;156(3):e2025073172. [Acessar fonte](#)
4. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, et al. ADHD Clinical Practice Guideline. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528. [Acessar fonte](#)
5. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NG87. [Acessar fonte](#)
6. AACAP. Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents. 1997;36:4S-20S. [Acessar fonte](#)
7. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. [Acessar fonte](#)
8. Saidinejad M, et al. Pediatric Mental and Behavioral Health Emergencies. *Pediatrics*. 2023;152:e2023063255. [Acessar fonte](#)
9. Royal Children's Hospital Melbourne. Altered conscious state. [Acessar fonte](#)
10. Royal Children's Hospital Melbourne. Poisoning: acute initial management. [Acessar fonte](#)
11. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990, art. 13. [Acessar fonte](#)
12. Brasil. Ministério da Saúde. VIVA/SINAN, Vigilância Contínua. [Acessar fonte](#)