

CENBRAP



TDAH ou ansiedade na criança: como diferenciar no consultório?

PSIQUIATRIA · CONDUTA INICIAL

A desatenção é a mesma; o mecanismo, não. Um roteiro de consultório para reconstruir quando, onde e diante de quê os sintomas aparecem, e decidir com critério.

O que você vai encontrar

- 01 Onde os quadros se sobrepõem
- 02 Cronologia e contexto: as perguntas que mais discriminam
- 03 Prejuízo em múltiplos ambientes
- 04 Anamnese orientada, sem atalhos
- 05 Escalas ajudam a medir; não fecham o diagnóstico
- 06 Exame e diagnósticos diferenciais
- 07 E quando há TDAH e ansiedade?
- 08 Algoritmo prático para o consultório
- 09 Sinais de alerta e encaminhamento
- 10 Referências

Material educacional dirigido a profissionais de saúde. Não substitui avaliação clínica, diagnóstico ou prescrição, nem a conferência da bula vigente do produto prescrito.

Desatenção, inquietude, irritabilidade, demora para terminar tarefas e queda do rendimento escolar podem aparecer tanto no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) quanto nos transtornos de ansiedade. A semelhança é real, mas o mecanismo clínico costuma ser diferente: no TDAH, a dificuldade de regular atenção, atividade e impulsos compõe um padrão do neurodesenvolvimento; na ansiedade, a atenção pode ser capturada por preocupações, ameaça percebida, hipervigilância ou desconforto corporal. Nenhum comportamento isolado resolve essa distinção.[1, 3, 4]

O objetivo da consulta, portanto, é reconstruir quando, onde, diante de quê e com qual prejuízo os sintomas ocorrem. Em parte das crianças, a resposta final não será “um ou outro”: TDAH e ansiedade podem coexistir, aumentar o prejuízo e exigir uma formulação que contemple ambos.[1, 3, 5]

01

Onde os quadros se sobrepõem

A criança ansiosa pode parecer distraída porque está antecipando uma prova, revendo mentalmente um erro, monitorando a reação dos colegas ou tentando evitar uma situação temida. Pode se mexer muito, pedir para sair da sala, interromper, irritar-se e dormir mal. Já a criança com TDAH pode ficar tensa diante de repetidos esquecimentos, críticas e fracassos escolares; esses sintomas ansiosos associados às consequências funcionais do TDAH não transformam automaticamente o quadro de base em transtorno de ansiedade.[3, 4]

A observação deve sair do rótulo “não presta atenção” e chegar à sequência funcional do episódio:

- O que ocupava a mente? Havia preocupação identificável, medo de errar, necessidade de certeza ou antecipação de ameaça?
- Qual era o gatilho? Leitura, exposição social, separação dos pais, cobrança, tarefa longa, ambiente pouco estruturado?
- O que a criança fez depois? Evitou, pediu confirmação, apresentou queixa somática, abandonou a tarefa ou migrou para estímulo mais recompensador?
- O sintoma desapareceu quando o medo passou? Se a desatenção persiste em períodos tranquilos e em atividades sem conteúdo ameaçador, aumenta a suspeita de TDAH; se acompanha de perto os gatilhos e as preocupações, a ansiedade ganha peso. Essa regra é uma pista, não um teste diagnóstico.[3, 4]

02

Cronologia e contexto: as perguntas que mais discriminam

O TDAH exige um padrão persistente, iniciado no período do desenvolvimento. Tanto o DSM-5-TR quanto a CID-11 situam manifestações antes dos 12 anos; a CID-11 exemplifica persistência por ao menos seis meses e requer sintomas além da variação esperada para idade e nível de desenvolvimento. Também exige manifestações em múltiplas situações ou ambientes, com impacto funcional direto.[1, 3] Um início abrupto de “hiperatividade” ou desatenção em criança previamente estável pede investigação de ansiedade, depressão, mania/psicose, trauma, privação de sono, substâncias, medicações ou condição neurológica, em vez de atribuição imediata ao TDAH.[1, 3]

A CID-11 é usada aqui como referência nosológica internacional. Na codificação assistencial, adote a versão oficialmente utilizada pelo serviço; o PCDT brasileiro de TDAH consultado usa a CID-10.[3, 7]

Nos transtornos de ansiedade, a cronologia deve ser ligada ao foco da apreensão. A ansiedade de separação se organiza em torno do afastamento das figuras de apego; a ansiedade social, do receio de avaliação negativa; as fobias, de objetos ou situações definidos; e o transtorno de ansiedade generalizada, de preocupação excessiva e difícil de controlar em vários domínios da vida. A duração mínima varia conforme o transtorno e o sistema classificatório. Na CID-11, por exemplo, a ansiedade generalizada deve persistir por vários meses, na maior parte dos dias, acompanhada de manifestações como inquietude, tensão, sintomas autonômicos, irritabilidade, dificuldade de concentração ou alteração do sono.[3, 4]

Em todos esses diagnósticos, medo ou ansiedade devem exceder o esperado para a fase do desenvolvimento e para o risco ou contexto, ser persistentes, causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo e não ser melhor explicados por outro transtorno, condição médica, substância ou medicamento. No DSM-5-TR, a ansiedade de separação deve durar ao menos quatro semanas em crianças e adolescentes; fobia específica e ansiedade social, em geral seis meses ou mais; e o transtorno de ansiedade generalizada, seis meses ou mais. Na CID-11, os requisitos são menos rigidamente temporais: na ansiedade generalizada, por exemplo, os sintomas persistem por pelo menos vários meses, em mais dias do que não.[3, 4]

Algumas perguntas úteis:

1. Qual foi a primeira dificuldade reconhecível? Esquecimentos e impulsividade já existiam antes dos medos, ou a desatenção começou depois de um estressor?
2. Existem intervalos sem preocupação? Como fica a atenção nesses períodos?
3. A criança evita para aliviar medo ou abandona por perda de foco/tédio? O comportamento externo pode ser igual, mas a função é distinta.
4. O padrão acompanha a demanda? Trabalho escolar incompatível com a habilidade, sala caótica ou tarefa específica de leitura podem produzir desatenção situacional sem TDAH.[3, 5]

03

Prejuízo em múltiplos ambientes

Para TDAH, vários sintomas devem ser documentados em dois ou mais contextos relevantes: em geral, casa e escola, mas também atividades esportivas, convivência com pares ou outros cuidadores, com interferência ou prejuízo funcional clinicamente significativo. A diretriz da American Academy of Pediatrics recomenda obter relatos de responsáveis, professores e outros profissionais envolvidos, além de excluir explicações alternativas; o NICE também exige avaliação clínica, psicossocial e do desenvolvimento, com observadores e exame do estado mental.[1, 2]

Diferenças entre informantes não invalidam a avaliação. Uma sala mais estruturada pode reduzir manifestações de TDAH; uma professora pode observar melhor tarefas sustentadas; a criança costuma descrever pensamentos e sensações ansiosas que os adultos não veem. A discrepância deve gerar perguntas: o que muda entre os ambientes: estrutura, previsibilidade, dificuldade da tarefa, exposição

social, vínculo com o adulto ou presença do gatilho? A AACAP recomenda entrevistar criança e responsáveis, juntos ou separadamente conforme a idade, e integrar registros e relatos colaterais quando pertinentes e consentidos.[4]

04

Anamnese orientada, sem atalhos

Uma avaliação eficiente pode ser organizada em blocos:

1. Queixa atual e linha do tempo. Registre exemplos observáveis, frequência, duração, intensidade, início, evolução e relação com eventos de vida. Evite aceitar “sempre foi assim” sem buscar marcos: alfabetização, mudança de escola, separações, adoecimento, violência, bullying, aumento da exigência acadêmica ou acesso a substâncias.[1, 4]
2. Desenvolvimento e funcionamento. Investigue gestação e período perinatal, marcos motores e de linguagem, regulação emocional, sociabilidade, autonomia, desempenho acadêmico e necessidade de ajuda para rotinas. Compare o comportamento com o esperado para idade, desenvolvimento intelectual e contexto cultural.[2, 3, 5]
3. Fenomenologia da ansiedade. Pergunte diretamente à criança sobre conteúdo das preocupações, antecipação, medo de avaliação, necessidade de confirmação, evitação, perfeccionismo, sintomas gastrointestinais, cefaleia, palpitações, tensão e sono. Crianças menores podem comunicar ansiedade sobretudo pelo corpo, por choro, irritabilidade, aderência ao cuidador ou recusa.[3, 4]
4. Fontes independentes. Solicite boletins, cadernos, observações escolares e escalas preenchidas separadamente. Quando possível, converse com a escola sobre atenção em tarefas de diferentes tipos, comportamento no recreio, relações com pares e efeito de estrutura ou apoio individual.[1, 4, 7]
5. Segurança e contexto psicossocial. Investigue humor, autoagressão, ideação suicida, agressividade, uso de substâncias, trauma, maus-tratos, conflitos familiares e estressores. A entrevista individual, adequada à idade e às regras de confidencialidade, é particularmente importante no adolescente.[1, 3, 4]

05

Escalas ajudam a medir; não fecham o diagnóstico

Para sintomas de TDAH, instrumentos como a **SNAP-IV**, ADHD Rating Scale, Vanderbilt ou Conners podem organizar a coleta entre responsáveis e escola. Para ansiedade, o SCARED tem versões para criança e responsável e permite explorar diferentes domínios ansiosos. O instrumento deve ser escolhido conforme idade, idioma, finalidade e validação disponível para a população atendida.[1, 4, 6, 7]

Use sempre a versão correspondente à faixa etária, ao informante e ao português brasileiro com evidências psicométricas pertinentes. SNAP-IV e SCARED são rastreadores ou medidas de sintomas, não entrevistas diagnósticas; seus pontos de corte não substituem a verificação dos critérios. A recomendação da USPSTF refere-se ao rastreamento de assintomáticos de 8 a 18 anos e não deve ser extrapolada para menores de 8 anos nem confundida com investigação clínica de uma queixa já presente.[4, 6, 7]

O resultado não substitui entrevista, exame do estado mental, avaliação funcional nem diagnóstico diferencial. O NICE afirma expressamente que TDAH não deve ser diagnosticado apenas por escala ou observação; rastreadores de ansiedade também exigem confirmação clínica após resultado positivo. Escalas são úteis para estabelecer linha de base e acompanhar evolução, comparando, sempre que possível, a mesma versão, o mesmo informante e contexto ao longo do tempo, sem dispensar informantes adicionais quando clinicamente necessários.[2, 4, 6]

06

Exame e diagnósticos diferenciais

O exame físico e neurológico deve ser dirigido pela história, com atenção a crescimento, sinais vitais, visão e audição quando houver suspeita, achados neurológicos, dismorfismos e sinais de doença sistêmica. Revise sono, cafeína/energéticos, descongestionantes e broncodilatadores, corticoides, estimulantes, suplementos e outras substâncias ou medicações capazes de alterar atenção, sono ou ativação. Exames laboratoriais, EEG, neuroimagem e testes neuropsicológicos não são rotina para confirmar TDAH; devem responder a hipóteses específicas. Avaliação neuropsicológica ou pedagógica pode esclarecer perfil cognitivo e aprendizagem, mas não funciona como biomarcador de TDAH.[1, 4, 5, 7]

Diferenciais frequentes incluem privação de sono e apneia, deficiência auditiva ou visual, epilepsia, efeitos pós-concussão, disfunção tireoidiana, dor ou doença crônica, transtornos específicos de aprendizagem e linguagem, deficiência intelectual, transtorno do espectro autista, depressão, bipolaridade, trauma e transtornos relacionados ao estresse, TOC, transtorno opositor desafiante e uso de substâncias. Medos normativos, desatenção compatível com o desenvolvimento e ansiedade proporcional a adversidade real não devem ser patologizados. A pista decisiva costuma vir da combinação entre curso, contexto, sintomas nucleares próprios e persistência após tratar ou remover o fator concorrente.[1, 3, 4, 5]

07

E quando há TDAH e ansiedade?

A comorbidade é possível e clinicamente relevante. Deve-se considerar dois diagnósticos quando cada síndrome mantém seus sintomas nucleares, sua temporalidade e seu prejuízo, sem que uma explique integralmente a outra. A CID-11 esclarece que preocupação ansiosa pode causar dificuldade de concentração e inquietude; para também diagnosticar TDAH, esses sintomas não devem ocorrer apenas durante preocupações ou diante de situações ansiogênicas. Inversamente, medo persistente, evitação, sintomas autonômicos e busca reiterada de confirmação não devem ser reduzidos a “consequências do TDAH” sem avaliação própria.[3, 4]

A formulação final deve indicar: quais sintomas pertencem a cada quadro; quais prejuízos são compartilhados; o que parece primário, secundário ou mantenedor; e qual problema traz maior risco ou limitação naquele momento. Casos com comorbidade complexa, dúvida diagnóstica importante ou resposta insuficiente às intervenções iniciais justificam avaliação especializada.[1, 5]

08

Algoritmo prático para o consultório

1. Defina o comportamento-alvo. Troque “desatento” por dois ou três exemplos verificáveis.
2. Reconstrua a linha do tempo. Procure sintomas precoces e persistentes de TDAH; relacione ansiedade a focos de medo, preocupações e estressores.
3. Mapeie ambientes e prejuízos. Casa, escola, pares e atividades; registre o que melhora ou piora em cada contexto.
4. Ouça informantes diferentes. Criança, responsáveis e escola; trate divergências como informação clínica.
5. Aplique escalas apropriadas como apoio. Não use ponto de corte como diagnóstico.
6. Faça exame físico, neurológico e do estado mental dirigidos. Revise sono, substâncias, medicamentos, desenvolvimento, aprendizagem, humor, trauma e segurança.
7. Teste as hipóteses concorrentes. A desatenção permanece fora da preocupação? A inquietude aparece sem ameaça percebida? Há sintomas nucleares independentes dos dois quadros?
8. Conclua provisoriamente quando necessário. Se faltam dados da escola ou a cronologia é incerta, registre hipótese, combine coleta adicional e reavalie, em vez de fechar precocemente.[1, 2, 3, 4, 5]

09

Sinais de alerta e encaminhamento

Encaminhe imediatamente ao serviço de emergência ou acione o SAMU 192 diante de tentativa recente ou em curso, ideação suicida com intenção, plano, acesso a meios ou impossibilidade de supervisão segura; autoagressão clinicamente grave; agitação, psicose ou mania com risco para si ou terceiros, incapacidade grave de autocuidado ou deterioração rápida; intoxicação ou abstinência potencialmente grave; delirium, catatonia, crise convulsiva ou outro sinal neurológico agudo; ou violência ou abuso com perigo imediato. Não deixe a criança ou adolescente sozinho quando houver perigo imediato, envolva um adulto protetivo, reduza o acesso a meios letais e siga os deveres de proteção e notificação aplicáveis. UPA, pronto-socorro, hospital e SAMU 192 são portas de urgência; o CVV 188 oferece apoio emocional, mas não substitui avaliação emergencial. O CAPSi atende crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso, conforme a organização territorial.[3, 8, 9, 10]

Encaminhe de forma prioritária ao especialista em psiquiatria da infância, neuropediatria ou serviço multiprofissional quando houver início abrupto ou regressão, idade pré-escolar com quadro grave, prejuízo intenso, dúvida entre múltiplos transtornos, comorbidade relevante, sintomas atípicos, fracasso escolar desproporcional, suspeita específica de transtorno de aprendizagem, linguagem ou dificuldade cognitiva que demande avaliação neuropsicológica, fonoaudiológica ou psicoeducacional, ou falta de resposta ao plano inicial. O encaminhamento não suspende o cuidado: documente risco, apoios, adaptações escolares e plano de seguimento até a avaliação especializada.[1, 5, 7]

Diferenciar TDAH de ansiedade na infância é decisão de consultório: depende de cronologia, contexto, informantes e de saber o que cada instrumento mede. Na Pós-graduação em Psiquiatria da Infância e Adolescência

do CENBRAP, a avaliação diagnóstica e a condução de comorbidades são trabalhadas com casos clínicos e preceptoria.

Conteúdo educacional CENBRAP dirigido a médicos. Não substitui avaliação individual, diagnóstico ou conduta definidos pelo profissional responsável.

10

Referências

1. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, et al. *Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. Pediatrics. 2019;144(4):e20192528 (errata em 2020;145(3):e20193997). American Academy of Pediatrics
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
· texto integral
https://stacks.cdc.gov/view/cdc/85858/cdc_85858_DS1.pdf
2. NICE. *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. NICE guideline NG87, 2018, atualizada em 2019. nice.org.uk
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/recommendations>
3. World Health Organization. *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Genebra: WHO; 2024. who.int
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>
4. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, et al. *Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(10):1107-1124. AACAP
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>
5. Bélanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D; Canadian Paediatric Society. *ADHD in children and youth: Part 1 — Etiology, diagnosis, and comorbidity*. Paediatr Child Health. 2018;23(7):447-453, reafirmado em 2024. Canadian Paediatric Society
<https://doi.org/10.1093/pch/pxy109>
· texto integral
<https://cps.ca/en/documents/position/adhd-etiology-diagnosis-and-comorbidity>
6. US Preventive Services Task Force. *Screening for Anxiety in Children and Adolescents: USPSTF Recommendation Statement*. JAMA. 2022;328(14):1438-1444. JAMA
<https://doi.org/10.1001/jama.2022.16936>
· USPSTF
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-anxiety-children-adolescents>
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade*. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 14, de 29 de julho de 2022. Conitec
<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/Relatorio733FinalPCDTTDAH.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. gov.br/saude
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps/caps>
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Suicídio: prevenção*. gov.br/saude
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao/suicidio-prevencao>
10. Brasil. Ministério da Saúde. *SAMU 192*. gov.br/saude
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/samu-192>

Perguntas frequentes

Como diferenciar TDAH de ansiedade na criança?

Pela função do sintoma, não pela aparência. Reconstrua o episódio: o que ocupava a mente, qual era o gatilho, o que a criança fez depois e se o sintoma cedeu quando o medo passou. Desatenção que persiste em períodos tranquilos e em atividades sem conteúdo ameaçador favorece TDAH; desatenção que acompanha os gatilhos e as preocupações favorece ansiedade. É uma pista clínica, não um teste diagnóstico.

Quais perguntas mais discriminam os dois quadros?

Qual foi a primeira dificuldade reconhecível: esquecimentos e impulsividade já existiam antes dos medos, ou a desatenção começou depois de um estressor? Existem intervalos sem preocupação, e como fica a atenção neles? A criança evita para aliviar medo ou abandona por perda de foco? O padrão acompanha a demanda da tarefa ou do ambiente?

Em quantos ambientes os sintomas precisam aparecer para pensar em TDAH?

Em dois ou mais contextos relevantes, em geral casa e escola, mas também esporte, convivência com pares ou outros cuidadores, com prejuízo funcional clinicamente significativo. A diretriz da American Academy of Pediatrics recomenda obter relatos de responsáveis, professores e outros profissionais envolvidos. Divergência entre informantes não invalida a avaliação: ela indica o que muda entre os ambientes.

A escala SNAP-IV ou o SCARED fecham o diagnóstico?

Não. São rastreadores ou medidas de sintomas, não entrevistas diagnósticas, e os pontos de corte não substituem a verificação dos critérios. O NICE afirma que TDAH não deve ser diagnosticado apenas por escala ou observação. Servem para organizar a coleta entre informantes, estabelecer linha de base e acompanhar a evolução com a mesma versão e o mesmo informante.

TDAH e ansiedade podem coexistir?

Podem, e a comorbidade é clinicamente relevante. Considere os dois diagnósticos quando cada síndrome mantém seus sintomas nucleares, sua temporalidade e seu prejuízo, sem que uma explique integralmente a outra. A CID-11 esclarece que a preocupação ansiosa pode causar dificuldade de concentração e inquietude; para também diagnosticar TDAH, esses sintomas não devem ocorrer apenas durante períodos de preocupação.

O que precisa ser afastado antes de fechar o diagnóstico?

Privação de sono e apneia, deficiência auditiva ou visual, epilepsia, efeitos pós-concussão, disfunção tireoidiana, dor ou doença crônica, transtornos de aprendizagem e linguagem, deficiência intelectual, transtorno do espectro autista, depressão, bipolaridade, trauma, TOC, transtorno opositor desafiante e uso de substâncias, além de medicamentos e estimulantes capazes de alterar atenção, sono ou ativação.

Quando encaminhar com urgência?

Imediatamente, diante de tentativa recente ou em curso, ideação suicida com intenção, plano ou acesso a meios, autoagressão grave, agitação, psicose ou mania com risco, incapacidade grave de autocuidado, deterioração rápida ou intoxicação e abstinência potencialmente graves.

Encaminhamento prioritário ao especialista quando houver início abrupto ou regressão, pré-escolar com quadro grave, prejuízo intenso, dúvida entre múltiplos transtornos ou falta de resposta ao plano inicial.

Continue estudando com o CENBRAP

A Pós-graduação em Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP discute casos como este dentro da rotina do consultório, com preceptoria, discussão clínica e material atualizado.

cenbrap.edu.br/PosGraduacoesEaD/PIEAD