TRATAMENTO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

TREATMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN PRIMARY HEALTH CARE

TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN INFANTOJUVENIL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

10.56238/IIMedCientifica-054

Kaio Macel de Carvalho Cortez
Mestrando em Saúde da Família
Instituição: Universidade Federal do Piauí
E-mail: kaiomccortez@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4946-7747
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0202937195616524

Luisa Helena de Oliveira Lima
Doutora em Enfermagem
Instituição: Universidade Federal do Piauí

Lany Leide de Castro Rocha Campelo
Doutora em Ciências
Instituição: Universidade Federal do Piauí

RESUMO
Introdução: O tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes exige decisões proporcionais à gravidade, ao prejuízo funcional, às comorbidades e à capacidade de acompanhamento. Na Atenção Primária à Saúde, o cuidado deve integrar intervenções psicológicas, familiares, escolares e farmacológicas, evitando tanto a medicalização precoce quanto o atraso terapêutico em quadros moderados ou graves. Objetivo: Analisar as evidências sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas, doses, efeitos adversos, duração e acompanhamento do tratamento da ansiedade e da depressão infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde. Metodologia: Revisão de literatura estruturada, de caráter integrativo, com seleção temática de estudos recuperados em MEDLINE/PubMed, Cochrane Library, LILACS/Biblioteca Virtual em Saúde e busca acadêmica complementar. Foram incluídas revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo, revisões guarda-chuva e documentos clínicos, publicados prioritariamente entre 2016 e 2026, além de referências clássicas necessárias à discussão de doses e sequenciamento farmacológico. Resultados e discussão: A terapia cognitivo-comportamental apresentou a evidência mais consistente para ansiedade, enquanto terapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental e tratamento combinado se destacaram na depressão. Nos quadros moderados a graves, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina constituem a principal estratégia farmacológica, com melhor sustentação para fluoxetina e uso de sertralina ou escitalopram conforme diagnóstico e faixa etária. Conclusão: O tratamento pode ser conduzido na atenção primária quando integrado à psicoterapia, à participação familiar, ao monitoramento sistemático, à avaliação de efeitos adversos e à articulação com a atenção especializada.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Saúde Mental da Criança. Saúde Mental do Adolescente. Atenção Primária à Saúde.

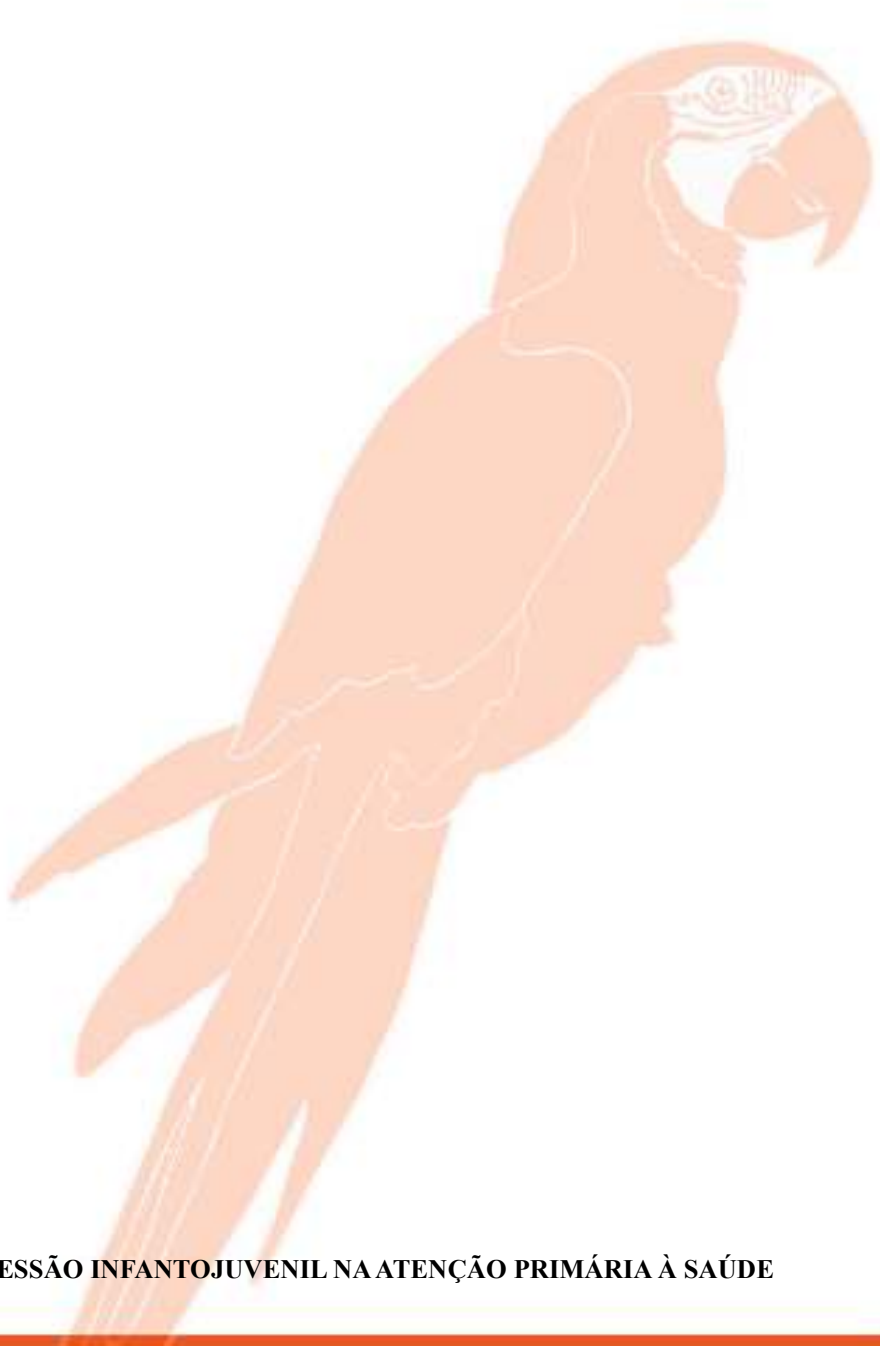
ABSTRACT
Introduction: The treatment of anxiety and depression disorders in children and adolescents requires decisions proportional to severity, functional impairment, comorbidities, and follow-up capacity. In Primary Health Care, care should integrate psychological, family, school, and pharmacological interventions, avoiding both premature medicalization and therapeutic delay in moderate or severe presentations. Objective: To analyze evidence on pharmacological and non-pharmacological strategies, doses, adverse effects, duration, and monitoring of treatment for anxiety and childhood-adolescent depression in Primary Health Care. Methodology: Structured literature review of integrative character, with thematic selection of studies retrieved from MEDLINE/PubMed, Cochrane Library, LILACS/Virtual Health Library and complementary academic search. Systematic reviews, meta-analyses, scoping reviews, umbrella reviews, and clinical documents published primarily between 2016 and 2026 were included, in addition to classic references necessary for discussion of doses and pharmacological sequencing. Results and discussion: Cognitive-behavioral therapy presented the most consistent evidence for anxiety, while interpersonal therapy, cognitive-behavioral therapy, and combined treatment stood out in depression. In moderate to severe presentations, selective serotonin reuptake inhibitors constitute the main pharmacological strategy, with better support for fluoxetine and use of sertraline or escitalopram according to diagnosis and age group. Conclusion: Treatment can be conducted in primary care when integrated with psychotherapy, family participation, systematic monitoring, assessment of adverse effects, and articulation with specialized care.

Keywords: Anxiety. Depression. Child Mental Health. Adolescent Mental Health. Primary Health Care.

RESUMEN
Introducción: El tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes requiere decisiones proporcionales a la gravedad, el deterioro funcional, las comorbilidades y la capacidad de seguimiento. En la Atención Primaria de Salud, la atención debe integrar intervenciones psicológicas, familiares, escolares y farmacológicas, evitando tanto la medicalización prematura como el retraso terapéutico en cuadros moderados o graves. Objetivo: Analizar las evidencias sobre estrategias farmacológicas y no farmacológicas, dosis, efectos adversos, duración y seguimiento del tratamiento de la ansiedad y la depresión infantojuvenil en la Atención Primaria de Salud. Metodología: Revisión de literatura estructurada, de carácter integrativo, con selección temática de estudios recuperados en MEDLINE/PubMed, Cochrane Library, LILACS/Biblioteca Virtual en Salud y búsqueda académica complementaria. Se incluyeron revisiones sistemáticas, metanálisis, revisiones de alcance, revisiones paraguas y documentos clínicos, publicados prioritariamente entre 2016 y 2026, además de referencias clásicas necesarias para la discusión de dosis y secuenciamiento farmacológico. Resultados y discusión: La terapia cognitivo-conductual presentó la evidencia más consistente para la ansiedad, mientras que la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento combinado se destacaron en la depresión. En cuadros moderados a graves, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina constituyen la principal estrategia farmacológica, con mejor sustentación para fluoxetina y uso de sertralina o escitalopram según el diagnóstico y grupo etario. Conclusión: El tratamiento puede ser conducido en la atención primaria cuando esté integrado a la psicoterapia, la participación

familiar, el monitoreo sistemático, la evaluación de efectos adversos y la articulación con la atención especializada.

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. Salud Mental del Niño. Salud Mental del Adolescente. Atención Primaria de Salud.



1 INTRODUÇÃO

O tratamento da ansiedade e da depressão na infância e na adolescência deve ser compreendido como um processo clínico longitudinal, e não como uma decisão isolada entre prescrever ou encaminhar. A expressão dos sintomas varia conforme a etapa do desenvolvimento, o ambiente familiar, a escola, as condições sociais e a capacidade da criança ou do adolescente de reconhecer e comunicar o próprio sofrimento. Por isso, a indicação terapêutica precisa considerar intensidade, persistência, prejuízo funcional, comorbidades, fatores de proteção, disponibilidade de intervenções e possibilidade de acompanhamento contínuo (Yoo *et al.*, 2025; Khosravi, 2026).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o manejo é favorecido pelo vínculo, pela longitudinalidade e pelo conhecimento do território. Esses atributos permitem acompanhar a evolução, observar mudanças no desempenho escolar e nas relações, envolver responsáveis, identificar dificuldades de adesão e coordenar o acesso à psicologia, à atenção especializada e a recursos comunitários. Entretanto, a literatura brasileira indica que a assistência em saúde mental infantojuvenil ainda é frequentemente marcada por intervenções pontuais, encaminhamentos sem contrarreferência e baixa integração entre os componentes da rede (Esswein *et al.*, 2021; Sarakbi *et al.*, 2022).

As intervenções não farmacológicas ocupam posição central no tratamento. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresenta a evidência mais consolidada para transtornos de ansiedade e também integra estratégias eficazes para depressão, sobretudo quando combinada à farmacoterapia em quadros de maior gravidade. Terapia interpessoal, terapia de aceitação e compromisso, mindfulness, atividade física e outras intervenções psicossociais podem contribuir, embora a certeza e a aplicabilidade das evidências variem entre modalidades, faixas etárias e contextos (James *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020; Kumar *et al.*, 2025; Li *et al.*, 2025).

A farmacoterapia exige maior cautela na população pediátrica. Os benefícios médios dos antidepressivos são modestos em parte das metanálises, a evidência de longo prazo é limitada e a tolerabilidade difere entre medicamentos e indivíduos. Assim, a escolha não deve ser guiada apenas por rankings de eficácia, mas pelo conjunto formado por sustentação científica, perfil de segurança, experiência clínica, faixa etária, comorbidades, preferências da família e capacidade de monitoramento. A fluoxetina possui a base mais consistente para depressão, enquanto fluoxetina, sertralina e fluvoxamina aparecem entre as opções mais estudadas para transtornos ansiosos, muitas vezes em uso off-label conforme o diagnóstico (Cipriani *et al.*, 2016; Hetrick *et al.*, 2021; Kodish; Rockhill; Varley, 2011).

O acompanhamento é parte constitutiva do tratamento. Antes do início de um psicofármaco, devem ser revistos diagnóstico, gravidade, funcionamento, medicações concomitantes, possibilidade de transtorno bipolar, riscos clínicos e capacidade familiar de observar mudanças. Após a prescrição, a atenção deve abranger resposta sintomática, recuperação funcional, adesão, efeitos adversos, alterações comportamentais e necessidade de ajuste, associação, troca ou encaminhamento. Interrupções abruptas, escalonamento rápido e manutenção indefinida sem reavaliação aumentam a possibilidade de eventos evitáveis (Solmi *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2026).

Embora doses e sequências terapêuticas sejam frequentemente apresentadas em tabelas, elas não substituem avaliação individualizada. Crianças mais novas, pacientes com baixo peso, comorbidades clínicas, uso concomitante de outros medicamentos ou sensibilidade a efeitos adversos podem exigir início mais conservador e titulação mais lenta. Além disso, aprovação regulatória para determinada idade e indicação não equivale automaticamente a superioridade clínica, e o uso off-label demanda decisão compartilhada, documentação e vigilância proporcional (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Hetrick *et al.*, 2021).

Diante dessas exigências, uma síntese centrada exclusivamente no tratamento pode apoiar decisões mais seguras e reduzir a variabilidade de condutas. Este artigo tem como objetivo analisar as evidências sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas, doses, efeitos adversos, duração e acompanhamento do tratamento da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão de literatura estruturada, com abordagem integrativa e síntese temática qualitativa. A pergunta de revisão foi formulada a partir do acrônimo População, Conceito e Contexto: população - crianças e adolescentes; conceito - tratamento farmacológico e não farmacológico de transtornos de ansiedade e depressão, incluindo doses, efeitos adversos, acompanhamento, duração, falha e descontinuação; contexto - intervenções exequíveis ou coordenáveis pela Atenção Primária à Saúde (APS). A questão norteadora foi: quais evidências orientam o tratamento seguro e longitudinal da ansiedade e da depressão infantojuvenil na APS?

A seleção documental partiu de busca estruturada nas bases MEDLINE/PubMed, Cochrane Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Biblioteca Virtual em Saúde, complementada por busca acadêmica exploratória. Foram utilizados descritores e termos livres

equivalentes a child, adolescent, anxiety, depression, primary health care, treatment, pharmacotherapy, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, dose, adverse effects, monitoring e follow-up, combinados pelos operadores AND e OR. O recorte principal compreendeu publicações de 2016 a julho de 2026, sem restrição de idioma.

Foram incluídas revisões sistemáticas com ou sem metanálise, metanálises em rede, revisões guarda-chuva, revisões de escopo, revisões integrativas e documentos clínicos que abordassem eficácia, aceitabilidade, dose, segurança, duração, acompanhamento ou organização do tratamento. Referências anteriores a 2016 foram mantidas quando representavam sínteses clássicas diretamente utilizadas para doses e algoritmos farmacológicos da ansiedade pediátrica, particularmente Ipser *et al.* (2009) e Kodish, Rockhill e Varley (2011).

Foram excluídos estudos exclusivamente epidemiológicos, publicações centradas apenas em rastreamento ou diagnóstico, trabalhos com população adulta sem análise pediátrica separada, estudos sobre outros transtornos sem resultados específicos para ansiedade ou depressão e textos sem implicação para tratamento ou seguimento. Também foram excluídas recomendações farmacológicas sem base explícita nas referências selecionadas. A busca e a seleção priorizaram a correspondência entre a população estudada, a modalidade terapêutica e os desfechos de resposta, remissão, tolerabilidade, funcionamento e segurança.

A extração contemplou autor, ano, desenho, população, intervenção, comparador, principais resultados, limitações e implicações para a APS. Para medicamentos, foram adicionalmente extraídos dose inicial, faixa terapêutica, idade ou situação regulatória descrita, efeitos adversos e necessidades de monitoramento. Vinte e cinco publicações foram selecionadas para a síntese final. Os estudos foram organizados em seis eixos: princípios de decisão terapêutica; intervenções não farmacológicas; farmacoterapia da ansiedade; farmacoterapia da depressão; segurança e efeitos adversos; e acompanhamento, duração e descontinuação.

Não foi realizada nova metanálise, nem avaliação formal do risco de viés de cada estudo primário, pois a unidade de análise foi constituída principalmente por revisões e metanálises. Para preservar o rigor interpretativo, foram distinguidos resultados de eficácia, aceitabilidade, aprovação regulatória e aplicabilidade na APS. Recomendações foram apresentadas de forma proporcional à consistência das evidências, e intervenções promissoras ou off-label foram explicitamente diferenciadas das opções de primeira linha.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 25 publicações incluídas reuniram revisões sistemáticas, metanálises convencionais e em rede, revisões guarda-chuva, revisões de escopo e documentos clínicos. A maior densidade de evidência concentrou-se em TCC para ansiedade, antidepressivos e psicoterapias para depressão e segurança de psicofármacos. Houve menor robustez para intervenções digitais, mindfulness, atividade física como tratamento isolado, suplementação com ômega-3, antipsicóticos off-label e estratégias farmacológicas após falha de múltiplas linhas. O Quadro 1 apresenta a síntese dos principais núcleos de evidência.

Quadro 1. Síntese das evidências terapêuticas incluídas na revisão.

Eixo	Base de evidência	Síntese dos achados	Referência
Ansiedade - TCC	Revisão Cochrane com 87 estudos e 5.964 participantes.	Aumentou a remissão em comparação à lista de espera ou ausência de tratamento; evidência mais consolidada entre as intervenções não farmacológicas.	James et al. (2020)
Ansiedade - intervenções comparadas	Metanálise em rede com 30 ensaios e 1.711 participantes.	Benefícios para terapia de aceitação e compromisso, TCC, exposição por realidade virtual e exercício; baixa qualidade global e heterogeneidade.	Li et al. (2025)
Ansiedade e depressão - intervenções não farmacológicas	Metanálise de 15 ensaios, 32 braços e 6.851 participantes.	Redução significativa de sintomas, com variação por idade, modalidade e desfecho.	Kumar et al. (2025)
Depressão - fármacos e psicoterapias	Metanálise em rede com 71 ensaios e 9.510 participantes.	Fluoxetina, combinação fluoxetina + TCC e terapia interpessoal apresentaram melhor sustentação relativa.	Zhou et al. (2020)
Depressão - antidepressivos	Metanálise em rede com 34 ensaios, 5.260 participantes e 14 antidepressivos.	Apenas fluoxetina foi superior ao placebo em eficácia; maior descontinuação por eventos adversos com alguns fármacos.	Cipriani et al. (2016)
Depressão - nova geração	Revisão Cochrane com 26 estudos em jovens de 6 a 18 anos.	Benefícios médios pequenos; fluoxetina mantém maior sustentação histórica; diferenças de tolerabilidade entre agentes.	Hetrick et al. (2021)
Segurança	Meta-revisão de psicofármacos com 337.686 crianças e adolescentes.	Náuseas/vômitos e abandono por eventos adversos foram frequentes; escitalopram e fluoxetina apresentaram perfil relativamente mais favorável entre antidepressivos.	Solmi et al. (2020)
Atividade física	Revisão guarda-chuva de 18 metanálises, 112 estudos e 21.232 participantes.	Efeitos favoráveis em sintomas e desfechos psicossociais, mas com certeza variável; estratégia complementar.	Purgato et al. (2024)
Ômega-3	Revisão Cochrane com cinco ensaios e 228 participantes.	Evidência muito incerta; não deve ser considerado tratamento estabelecido.	Campisi et al. (2024)

Eixo	Base de evidência	Síntese dos achados	Referência
Antipsicóticos off-label	Revisão sistemática com 13 estudos, sem ensaios randomizados para várias indicações.	Evidência muito baixa; não constituem primeira linha para ansiedade ou depressão.	Holopainen et al. (2026)

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das publicações incluídas (2026).

3.1 PRINCÍPIOS PARA ESCOLHA E SEQUENCIAMENTO DO TRATAMENTO

A decisão terapêutica deve partir da gravidade clínica e do prejuízo funcional. Sintomas leves, recentes e sem comprometimento significativo podem ser manejados inicialmente com psicoeducação, intervenções breves, organização de rotinas, orientação familiar e psicoterapia. A presença de sintomas persistentes, sofrimento intenso, queda importante do funcionamento, comorbidades ou resposta insuficiente às medidas iniciais favorece intensificação do cuidado e consideração de tratamento combinado (Yoo *et al.*, 2025; Khosravi, 2026).

A escolha entre psicoterapia, farmacoterapia e combinação não deve ser reduzida a um algoritmo rígido. Disponibilidade de profissionais, preferência da criança ou do adolescente, participação dos responsáveis, capacidade de comparecimento, experiências anteriores, comorbidades e barreiras territoriais modificam a viabilidade de cada opção. A APS deve construir um plano terapêutico compartilhado, com objetivos clínicos e funcionais explícitos e responsabilidades definidas entre equipe, família e serviços de referência (Esswein *et al.*, 2021; Sarakbi *et al.*, 2022).

Para ansiedade leve a moderada, a psicoeducação e a TCC são preferidas como abordagem inicial. Em quadros moderados a graves, quando o sofrimento ou a evitação impedem participação escolar e social ou dificultam adesão à psicoterapia, a combinação de TCC e inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) tende a ser mais apropriada. Em casos graves, a medicação pode ser iniciada simultaneamente à psicoterapia para reduzir a intensidade dos sintomas e permitir maior engajamento nas intervenções (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Khosravi, 2026).

Na depressão leve, psicoterapia e acompanhamento clínico estruturado permanecem como estratégias iniciais. Nos episódios moderados a graves, na persistência do quadro ou na ausência de resposta suficiente à psicoterapia, os ISRS constituem a principal classe farmacológica. A associação entre fluoxetina e TCC apresenta sustentação consistente, mas a decisão deve ser individualizada e incluir avaliação regular de benefício, tolerabilidade e funcionamento (Zhou *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2026).

Antes de classificar um tratamento como ineficaz, é necessário verificar se houve tempo, dose e adesão suficientes. A reavaliação também deve confirmar o diagnóstico, explorar comorbidades, revisar fatores psicossociais e verificar se a intervenção psicológica foi efetivamente acessada. Trocas precoces podem interromper uma resposta em desenvolvimento, enquanto a manutenção prolongada de uma estratégia sem benefício expõe o paciente a riscos sem justificativa (Cipriani *et al.*, 2016; Hetrick *et al.*, 2021).

3.2 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

A TCC é a intervenção não farmacológica mais estudada para transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. Seus componentes incluem psicoeducação, identificação de pensamentos associados ao medo, reestruturação cognitiva, treinamento de habilidades, técnicas de relaxamento e exposição gradual às situações evitadas. A exposição é particularmente relevante porque reduz a evitação e favorece aprendizagem de enfrentamento, devendo ser planejada de forma progressiva, compatível com a idade e articulada com os responsáveis quando necessário (James *et al.*, 2020; Yoo *et al.*, 2025).

Na revisão Cochrane de James *et al.* (2020), a TCC aumentou a remissão do diagnóstico primário de ansiedade em comparação à lista de espera ou à ausência de tratamento. A magnitude do benefício variou conforme o comparador e a qualidade da evidência, mas o conjunto sustenta sua posição como primeira linha. Para a APS, isso implica reconhecer que a efetividade depende de acesso real à intervenção, continuidade das sessões e integração das tarefas terapêuticas às rotinas familiares e escolares.

A terapia de aceitação e compromisso, a exposição por realidade virtual e o exercício físico também apresentaram benefícios em metanálise em rede, mas a baixa qualidade global da evidência e a heterogeneidade impedem afirmar superioridade definitiva. Essas modalidades podem ser consideradas quando há disponibilidade, preferência ou dificuldade de acesso à TCC tradicional, desde que não sejam apresentadas como substitutos equivalentes sem considerar as limitações metodológicas (Li *et al.*, 2025).

Para depressão, a TCC e a terapia interpessoal constituem intervenções relevantes. A terapia interpessoal foi a modalidade psicoterápica que apresentou melhor desempenho relativo em comparação a controles psicológicos na metanálise em rede de Zhou *et al.* (2020). A TCC, por sua vez, ganha importância no tratamento combinado, especialmente pela capacidade de trabalhar padrões

cognitivos, resolução de problemas, habilidades sociais e ativação de atividades compatíveis com o desenvolvimento.

A combinação de psicoterapia e antidepressivo deve ser particularmente considerada em depressão moderada a grave, comprometimento funcional importante ou resposta parcial à monoterapia. Na síntese de Zhou *et al.* (2020), fluoxetina associada à TCC apresentou resultados favoráveis em diversas comparações, embora nem sempre tenha sido superior à fluoxetina isolada. Isso reforça que o valor da combinação não decorre apenas da redução sintomática média, mas também da possibilidade de abordar mecanismos cognitivos, relacionais e comportamentais que a medicação isolada não modifica.

Intervenções baseadas em mindfulness foram associadas a redução de sintomas ansiosos e depressivos e a melhora de regulação emocional, atenção e adaptação psicossocial. Entretanto, a heterogeneidade de protocolos e populações exige cautela. Na APS, mindfulness pode ser incorporado como componente complementar, especialmente em grupos, escolas ou atividades comunitárias, mas não deve substituir psicoterapia estruturada quando esta estiver indicada (Goyeneche *et al.*, 2025).

A atividade física também deve ser compreendida como adjuvante. A revisão guarda-chuva de Purgato *et al.* (2024) identificou efeitos favoráveis sobre sintomas psicológicos e alguns desfechos psicossociais, porém com certeza variável. A prescrição deve ser realista, considerar preferências, condições clínicas, segurança, acesso e possibilidade de manutenção. A atividade física não deve ser apresentada como tratamento único para quadros moderados ou graves.

Outras intervenções apresentam evidência mais limitada. Yoga do riso mostrou redução de ansiedade e estresse, sem benefício estatisticamente significativo para depressão, e pode ser entendido como recurso complementar de baixo risco (Dur; Erkin; Çetin, 2026). Intervenções digitais e aconselhamento em grupo demonstram potencial, mas os achados são fracos ou indiretos para a população e o contexto da APS (Lu *et al.*, 2025). A suplementação com ômega-3 possui evidência muito incerta e não deve ser tratada como terapia estabelecida (Campisi *et al.*, 2024).

O tratamento não farmacológico exige coordenação multiprofissional. Psicólogos, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, profissionais da escola e assistência social podem participar, mas as intervenções devem integrar um único plano, com metas e comunicação entre os envolvidos. A fragmentação em encaminhamentos independentes reduz continuidade e pode transferir à família a responsabilidade de articular serviços que deveriam funcionar em rede (Esswein *et al.*, 2021).

3.3 FARMACOTERAPIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os ISRS constituem a primeira classe farmacológica para transtornos ansiosos pediátricos quando a medicação é indicada. Fluoxetina, sertralina e fluvoxamina são as opções mais descritas nas referências selecionadas, embora a aprovação regulatória varie conforme idade e diagnóstico. Para transtornos ansiosos não obsessivo-compulsivos, parte considerável do uso é off-label, o que exige decisão compartilhada, documentação e acompanhamento clínico estruturado (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Ipser *et al.*, 2009).

O princípio "iniciar baixo e aumentar devagar" é especialmente relevante. O algoritmo descrito por Kodish, Rockhill e Varley (2011) recomenda doses iniciais reduzidas e aumentos a cada duas a quatro semanas conforme resposta e tolerabilidade. Crianças menores, pacientes com maior sensibilidade a ativação, comorbidades ou uso concomitante de outros medicamentos podem demandar titulação ainda mais conservadora.

A fluoxetina pode ser iniciada em 5 a 10 mg/dia, com faixa terapêutica de 10 a 60 mg/dia. Sua meia-vida prolongada reduz a intensidade de sintomas de descontinuação, mas também faz com que efeitos adversos e interações persistam por mais tempo. A sertralina pode ser iniciada em 12,5 a 25 mg/dia e titulada para 50 a 200 mg/dia. A fluvoxamina pode começar em 12,5 a 25 mg/dia, com faixa de 50 a 200 mg/dia, sendo possível dividir doses acima de 50 mg conforme tolerabilidade e orientação clínica (Kodish; Rockhill; Varley, 2011).

Quando o primeiro ISRS é ineficaz ou não tolerado, recomenda-se um segundo ensaio adequado com outro medicamento da mesma classe antes de considerar alternativas. Após duas tentativas, devem ser reavaliados diagnóstico, adesão, dose, duração, comorbidades e participação em psicoterapia. Nesse ponto, a consulta com psiquiatria da infância e adolescência ganha importância, sobretudo para venlafaxina de liberação prolongada, clomipramina ou outras estratégias de segunda linha (Kodish; Rockhill; Varley, 2011).

A venlafaxina de liberação prolongada aparece como alternativa para transtornos ansiosos não obsessivo-compulsivos, com dose inicial de 37,5 mg/dia e faixa proposta de 75 a 225 mg/dia. Sua utilização requer cautela devido a náuseas, tontura, cefaleia, redução do apetite, efeitos cardiovasculares e síndrome de descontinuação. A clomipramina pode ser considerada em situações selecionadas de transtorno obsessivo-compulsivo, com dose inicial de 25 mg/dia e faixa de 100 a 150 mg/dia, mas o perfil anticolinérgico e cardiotóxico exige monitoramento eletrocardiográfico e de pressão arterial (Kodish; Rockhill; Varley, 2011).

Benzodiazepínicos não devem ser empregados rotineiramente como tratamento de manutenção. Sedação, prejuízo cognitivo, reações paradoxais, tolerância, dependência e sintomas de retirada limitam sua utilidade, e as evidências controladas em crianças e adolescentes são insuficientes. Caso considerados em circunstâncias excepcionais, devem ser utilizados por período breve e sob supervisão de serviço com experiência em psicofarmacologia infantojuvenil (Ipser *et al.*, 2009; Solmi *et al.*, 2020).

Quadro 2. Doses e cuidados farmacológicos nos transtornos de ansiedade.

Fármaco	Dose inicial	Faixa terapêutica	Situação de uso	Efeitos adversos e cuidados
Fluoxetina	5-10 mg/dia	10-60 mg/dia	Aprovação pediátrica para TOC a partir de 7 anos; uso em outros transtornos ansiosos pode ser off-label.	Ativação, agitação, náuseas, desconforto abdominal e insônia; meia-vida prolongada.
Sertralina	12,5-25 mg/dia	50-200 mg/dia	Aprovação para TOC a partir de 6 anos; estudada em outros transtornos ansiosos.	Náuseas, sedação, cefaleia, insônia, fadiga, inquietação, ativação e sintomas de descontinuação.
Fluvoxamina	12,5-25 mg/dia	50-200 mg/dia; doses maiores podem ser divididas	Aprovação para TOC a partir de 8 anos; estudos incluíram participantes mais jovens.	Hiperatividade, desconforto abdominal, aumento de atividade e sintomas de descontinuação.
Venlafaxina XR	37,5 mg/dia	75-225 mg/dia	Alternativa após falha de ISRS; preferir avaliação especializada.	Náuseas, tontura, cefaleia, redução do apetite, hipertensão, taquicardia e descontinuação.
Clomipramina	25 mg/dia	100-150 mg/dia	Situações selecionadas de TOC; não é primeira linha.	Boca seca, constipação, sudorese, sedação, hipotensão e cardiotoxicidade; ECG e pressão arterial.

As doses não substituem avaliação individual, condições regulatórias locais ou acompanhamento especializado.
Fonte: Adaptado de Kodish, Rockhill e Varley (2011), Ipser *et al.* (2009) e Solmi *et al.* (2020).

3.4 FARMACOTERAPIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Na depressão infantojuvenil, a farmacoterapia é mais frequentemente indicada em episódios moderados ou graves, comprometimento funcional relevante, persistência dos sintomas ou resposta

insuficiente às intervenções psicológicas. Os benefícios médios dos antidepressivos de nova geração são pequenos em parte das análises, o que torna indispensável integrar preferência, tolerabilidade, disponibilidade de psicoterapia e possibilidade de acompanhamento (Hetrick *et al.*, 2021; Zhou *et al.*, 2020).

A fluoxetina apresenta a evidência mais consistente. Na metanálise de Cipriani *et al.* (2016), foi o único antidepressivo estatisticamente superior ao placebo em eficácia e também demonstrou aceitabilidade relativamente favorável. A revisão guarda-chuva de Correll *et al.* (2021) reforçou a sustentação para fluoxetina, fluoxetina associada à TCC e terapia interpessoal. Por isso, a fluoxetina permanece como primeira opção farmacológica geral quando um antidepressivo é indicado.

O escitalopram é outra opção de primeira linha para adolescentes, com evidência e perfil de tolerabilidade relativamente favoráveis. A sertralina aparece em estudos comparativos e é amplamente utilizada, mas não possui a mesma aprovação regulatória para depressão pediátrica. Duloxetina, venlafaxina, paroxetina, vilazodona, agomelatina e outros agentes foram avaliados, porém os rankings variam conforme desfecho e não demonstram superioridade uniforme de um medicamento em todos os domínios (Hetrick *et al.*, 2021; Wu *et al.*, 2025).

A fluoxetina é descrita na dose de 10 a 20 mg/dia, com início geralmente em 10 mg e aumento conforme tolerabilidade e resposta. O escitalopram é apresentado na faixa de 10 a 20 mg/dia para adolescentes. Na ausência de melhora satisfatória após quatro a seis semanas, deve-se verificar adesão, diagnóstico, comorbidades e dose; pode-se aumentar dentro da faixa recomendada ou associar TCC quando ainda não estiver presente (Li *et al.*, 2026).

A sertralina aparece em faixa de 50 a 200 mg/dia, enquanto duloxetina é descrita em 30 a 60 mg/dia. Essas opções não devem ser escolhidas apenas por posições em metanálises, pois a certeza da evidência, a aprovação regulatória e o perfil de segurança variam. O uso deve ser individualizado e, especialmente fora das opções com maior sustentação, preferencialmente compartilhado com especialista (Hetrick *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2026).

Paroxetina e venlafaxina apresentaram resultados menos favoráveis em análises de eficácia, aceitabilidade ou segurança e não devem ser escolhas rotineiras na APS pediátrica. A venlafaxina também exige atenção à pressão arterial e à síndrome de descontinuação. Antidepressivos tricíclicos possuem perfil menos favorável, com sedação, efeitos anticolinérgicos, hipotensão e risco cardíaco, o que limita seu uso habitual (Cipriani *et al.*, 2016; Solmi *et al.*, 2020).

A ausência de resposta a pelo menos dois antidepressivos adequados exige revisão diagnóstica, adesão, possibilidade de transtorno bipolar, comorbidades e fatores psicossociais. Estratégias como mudança para outro ISRS ou uso de um inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina devem ocorrer com apoio especializado. Mirtazapina, bupropiona e trazodona são alternativas posteriores ou para situações clínicas específicas; ketamina e escetamina permanecem investigacionais na população adolescente nas referências selecionadas (Li *et al.*, 2026).

O uso off-label de antipsicóticos para depressão, ansiedade, desregulação do humor e outras condições apresenta evidência muito baixa. A revisão de Holopainen *et al.* (2026) não identificou base que sustente esses medicamentos como primeira linha, e os potenciais efeitos adversos reforçam que sua utilização deve ser excepcional, diagnóstica e terapeuticamente justificada e conduzida por especialista.

Quadro 3. Doses e cuidados farmacológicos na depressão infantojuvenil.

Fármaco	Dose inicial	Faixa usual	Situação de uso	Efeitos adversos e cuidados
Fluoxetina	10 mg/dia	10-20 mg/dia	Aprovação para depressão a partir de 8 anos; maior sustentação geral.	Agitação, desconforto gastrointestinal, alterações do sono e comportamento; monitoramento próximo.
Escitalopram	10 mg/dia	10-20 mg/dia	Aprovação para depressão a partir de 12 anos.	Náuseas, alterações do sono e possível prolongamento do QTc; avaliar fatores de risco cardíaco.
Sertralina	25-50 mg/dia conforme tolerabilidade	50-200 mg/dia	Uso frequente, sem aprovação específica para depressão pediátrica.	Agitação, sintomas gastrointestinais, alterações do sono e síndrome de descontinuação.
Venlafaxina	25-50 mg/dia	Ajuste individual sob avaliação especializada	Não é opção de rotina; considerar após falhas selecionadas.	Elevação da pressão arterial, descontinuação e alterações comportamentais emergentes.
Duloxetina	30 mg/dia	30-60 mg/dia	Evidência variável e sem aprovação para depressão adolescente.	Reações gastrointestinais, fadiga e atenção a efeitos cardiovasculares.
Mirtazapina	15 mg/dia	15-45 mg/dia	Alternativa após falha das opções de primeira linha ou situações específicas.	Ganho de peso e sedação; ausência de aprovação para depressão adolescente.

A situação regulatória deve ser confirmada no local de prática.
Fonte: Adaptado de Li *et al.* (2026), Hetrick *et al.* (2021), Cipriani *et al.* (2016) e Solmi *et al.* (2020).

3.5 EFEITOS ADVERSOS E MONITORAMENTO DE SEGURANÇA

Os efeitos adversos mais frequentes dos ISRS incluem náuseas, desconforto abdominal, diarreia, cefaleia, insônia ou sonolência. Alterações de apetite e peso podem ocorrer. Em parte dos pacientes observa-se ativação comportamental, caracterizada por maior agitação, irritabilidade, inquietação ou piora do sono após início ou aumento de dose. A identificação precoce é importante para diferenciar efeito transitório, dose excessiva, progressão do quadro ou manifestação de comorbidade (Solmi *et al.*, 2020).

A avaliação da segurança deve ser individualizada. A ausência de abandono em ensaios não significa ausência de risco, pois estudos de curto prazo podem subestimar eventos raros, tardios ou dependentes de exposição cumulativa. Idade, peso, doenças clínicas, histórico familiar, polifarmácia e capacidade de acompanhamento modificam o balanço entre benefício e risco (Solmi *et al.*, 2020; Hetrick *et al.*, 2021).

Antes da prescrição, devem ser registrados sintomas-alvo, funcionamento escolar, familiar e social, sono, apetite, peso, estatura, pressão arterial, frequência cardíaca, medicamentos e comorbidades. Também é necessário investigar história sugestiva de episódios maníacos ou hipomaníacos, pois antidepressivos podem precipitar mudanças de humor em pacientes com transtorno bipolar não reconhecido. A família deve receber orientação sobre efeitos esperados, sinais de piora e canais de contato com a equipe (Li *et al.*, 2026; Yoo *et al.*, 2025).

O escitalopram exige atenção a fatores que aumentem risco de prolongamento do intervalo QTc, como doença cardíaca, história familiar relevante, distúrbios eletrolíticos ou uso de outros medicamentos que prolonguem o intervalo. A necessidade de eletrocardiograma deve ser definida pela avaliação clínica. A clomipramina, por apresentar risco cardíaco mais relevante, requer monitoramento eletrocardiográfico e de pressão arterial quando utilizada (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Li *et al.*, 2026).

Venlafaxina e outros inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina requerem monitoramento de pressão arterial e frequência cardíaca. A síndrome de descontinuação pode ser mais intensa em fármacos de meia-vida curta, com sintomas físicos e neuropsíquicos após redução rápida ou interrupção. A retirada deve ser gradual e planejada, e a família deve ser orientada a não suspender a medicação por conta própria (Solmi *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2026).

Mirtazapina exige atenção a sedação e ganho de peso. Antidepressivos tricíclicos podem provocar efeitos anticolinérgicos, sedação, hipotensão e alterações cardíacas. Benzodiazepínicos

acrescentam risco de sedação, prejuízo cognitivo, reações paradoxais, tolerância e dependência. Esses perfis justificam por que tais fármacos não ocupam posição de primeira linha na APS infantojuvenil (Ipser *et al.*, 2009; Solmi *et al.*, 2020).

A monitorização não deve se restringir a efeitos adversos. A melhora clínica deve incluir redução dos sintomas e recuperação do funcionamento. Um paciente pode apresentar diminuição parcial em uma escala e permanecer com recusa escolar, isolamento, conflitos familiares ou incapacidade de retomar atividades. A decisão de manter, ajustar ou trocar o tratamento deve incorporar desfechos funcionais e a percepção da criança, do adolescente e dos responsáveis (Sarakbi *et al.*, 2022; Hetrick *et al.*, 2021).

3.6 ACOMPANHAMENTO, TITULAÇÃO, DURAÇÃO E RETIRADA

O seguimento deve ser mais próximo no início do tratamento e após mudanças de dose. Para ansiedade, o algoritmo analisado propõe reavaliações a cada duas a quatro semanas durante titulação, com avaliação de eficácia, tolerabilidade, adesão e funcionamento por medidas padronizadas e entrevista clínica. Para depressão, as revisões recomendam contato precoce e intervalos curtos definidos conforme gravidade, risco e suporte familiar, sem limitar a avaliação à pontuação de sintomas (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Hetrick *et al.*, 2021).

Em cada retorno, a equipe deve confirmar uso correto, horário, esquecimentos, efeitos adversos, mudanças no sono e no apetite, participação em psicoterapia, funcionamento escolar e social e percepção de benefício. Escalas podem auxiliar a mensurar trajetória, mas não substituem julgamento clínico. O objetivo deve ser remissão e recuperação funcional, e não apenas melhora parcial.

A titulação dos ISRS deve respeitar intervalos suficientes para avaliar resposta. Na ansiedade, aumentos a cada duas a quatro semanas são descritos conforme tolerabilidade. Na depressão, ausência de melhora satisfatória após quatro a seis semanas em dose adequada pode justificar aumento dentro da faixa, associação de TCC ou revisão da estratégia. Antes de mudar, devem ser verificados adesão, diagnóstico, comorbidades e fatores psicossociais (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Li *et al.*, 2026).

Após remissão da ansiedade, recomenda-se manutenção por aproximadamente um ano antes de retirada gradual. Na depressão, a manutenção deve ocorrer por seis a 12 meses após remissão, com parte das evidências favorecendo período próximo de 12 meses. Casos recorrentes, residuais, com comorbidades ou maior gravidade podem exigir seguimento mais prolongado e decisão compartilhada com especialista (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Li *et al.*, 2026).

A retirada deve ser gradual, preferencialmente em período de menor estresse psicossocial e com continuidade da psicoterapia e do acompanhamento. Fármacos de meia-vida curta requerem redução mais cautelosa. O plano deve incluir orientação sobre possíveis sintomas de descontinuação, possibilidade de retorno de sintomas e acesso rápido à equipe caso haja piora. Interrupção abrupta deve ser evitada (Solmi *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2026).

Falha terapêutica não deve ser definida apenas pela ausência de remissão. Resposta parcial persistente, efeitos adversos impeditivos, baixa adesão por barreiras práticas e incapacidade de acessar psicoterapia também exigem replanejamento. A consulta compartilhada ou encaminhamento é indicado após duas tentativas farmacológicas adequadas, suspeita de diagnóstico complexo, efeitos adversos relevantes, necessidade de fármacos de segunda linha ou incapacidade da APS de garantir monitoramento (Kodish; Rockhill; Varley, 2011; Esswein *et al.*, 2021).

Quadro 4. Componentes mínimos do acompanhamento terapêutico na Atenção Primária à Saúde.

Momento	Ações essenciais
Antes do início	Confirmar diagnóstico e gravidade; avaliar comorbidades, possibilidade de transtorno bipolar, medicações, peso/estatura, pressão arterial, frequência cardíaca, sono, apetite e funcionamento; pactuar objetivos e orientar família.
Após início ou mudança de dose	Realizar reavaliação precoce, com atenção a ativação, piora clínica, sintomas gastrointestinais, sono, adesão e capacidade familiar de observação.
Durante titulação	Consultas em intervalos curtos; na ansiedade, a cada 2-4 semanas conforme o algoritmo; revisar resposta, tolerabilidade, funcionamento, psicoterapia e necessidade de ajuste.
Avaliação de resposta	Comparar sintomas-alvo e funcionamento com a linha de base; usar escalas como apoio; confirmar dose, tempo, adesão e participação nas intervenções não farmacológicas.
Após remissão	Manter tratamento pelo período recomendado, reduzir frequência de consultas gradualmente e sustentar intervenções psicossociais, familiares e escolares.
Retirada	Planejar redução gradual em período de menor estresse; orientar sobre descontinuação e recorrência; garantir acesso à equipe e reavaliação.
Critérios de apoio especializado	Duas tentativas adequadas sem resposta, efeitos adversos relevantes, diagnóstico complexo, necessidade de segunda linha, uso off-label de maior risco ou impossibilidade de monitoramento seguro.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Kodish, Rockhill e Varley (2011), Hetrick *et al.* (2021), Solmi *et al.* (2020), Sarakbi *et al.* (2022) e Li *et al.* (2026).

3.7 INTEGRAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS pode acompanhar grande parte dos casos leves e moderados quando dispõe de equipe capacitada, acesso a intervenções psicológicas e critérios de compartilhamento. O tratamento não deve ser reduzido a “prescrever ou encaminhar”. Psicoeducação, orientação familiar, acompanhamento de

adesão, articulação com escola, promoção de atividade física, identificação de barreiras e monitoramento da resposta são ações próprias do cuidado primário (Esswein *et al.*, 2021).

O cuidado colaborativo e orientado por medidas oferece uma estrutura aplicável. Registros de pacientes, uso de escalas para acompanhar trajetória, discussão multiprofissional, apoio matricial, prontuário compartilhado e comunicação com a atenção especializada favorecem continuidade. Essas estratégias são particularmente relevantes quando o acesso ao especialista é demorado, pois permitem que a APS mantenha intervenções e vigilância em vez de transferir integralmente o caso (Sarakbi *et al.*, 2022).

A família deve participar da decisão terapêutica de maneira compatível com a idade e a autonomia progressiva do adolescente. A orientação deve abranger objetivos, tempo esperado de resposta, efeitos adversos, necessidade de continuidade e importância da psicoterapia. A escuta do paciente é indispensável, pois preferências, estigma, dificuldades escolares, experiências de discriminação e conflitos familiares podem determinar adesão e resultado.

A escola pode contribuir com observações sobre frequência, desempenho, interação e mudanças de comportamento, desde que haja consentimento e preservação da confidencialidade. Intervenções escolares e comunitárias não substituem tratamento clínico, mas podem reduzir barreiras e favorecer reintegração funcional. A comunicação deve ser objetiva, limitada ao necessário e orientada pelo plano terapêutico.

As barreiras mais frequentes incluem escassez de psicólogos e especialistas, consultas curtas, formação insuficiente, fragmentação entre saúde, educação e assistência social e desigualdades territoriais. Protocolos e tabelas de dose ajudam, mas não resolvem isoladamente essas limitações. É necessário garantir supervisão clínica, educação permanente, acesso a consulta compartilhada e fluxos de referência e contrarreferência (Esswein *et al.*, 2021).

Em síntese, a farmacoterapia é uma parte do tratamento e deve operar dentro de uma estratégia multimodal. A melhor escolha medicamentosa perde segurança quando não há seguimento, assim como a melhor psicoterapia perde efetividade quando a família não consegue acessar ou manter sessões. O papel da APS é combinar recursos, acompanhar a trajetória e adaptar o plano com base em resposta, tolerabilidade e funcionamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências sustentam a TCC como principal intervenção não farmacológica para ansiedade e apontam TCC, terapia interpessoal e tratamento combinado como estratégias relevantes para depressão. Quando a farmacoterapia é indicada, os ISRS constituem a primeira linha, com maior sustentação geral para fluoxetina, uso frequente de sertralina nos transtornos ansiosos e escitalopram em adolescentes com depressão. Doses baixas iniciais, titulação gradual, metas funcionais e participação da família são elementos centrais para segurança e efetividade.

O acompanhamento deve ser intensificado no início e após ajustes, incluindo resposta, adesão, funcionamento e efeitos adversos. A manutenção aproximada de um ano após controle da ansiedade e de seis a 12 meses após remissão da depressão, seguida de retirada gradual, reduz o risco de interrupção inadequada. Benzodiazepínicos, tricíclicos, antipsicóticos off-label e estratégias após múltiplas falhas não devem integrar o manejo rotineiro da APS sem apoio especializado.

As limitações desta revisão incluem heterogeneidade das intervenções, predomínio de estudos de curto prazo, diferenças regulatórias e escassez de pesquisas diretamente conduzidas na atenção primária brasileira. Estudos futuros devem avaliar efetividade em condições reais, modelos colaborativos, acompanhamento de longo prazo e intervenções escaláveis. Ainda assim, o conjunto disponível permite organizar um tratamento proporcional à gravidade, multimodal e longitudinal, fortalecendo a resolutividade da APS e a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

CAMPISI, S. C. *et al.* Omega-3 fatty acid supplementation for depression in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, art. CD014803, 2024. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD014803.pub2.

CARVALHO, M. L. S. N. D. de *et al.* Saúde mental infantil: detecção precoce e intervenções em transtornos de ansiedade e depressão. **Lumen et Virtus**, 2024. DOI: https://doi.org/10.56238/levv15n39-116.

CIPRIANI, Andrea *et al.* Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 881-890, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30385-3.

CLERY, Philippa *et al.* What treatments work for anxiety and depression in children and adolescents with chronic fatigue syndrome? An updated systematic review. **BMJ Open**, v. 12, e051358, 2022. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051358.

CORRELL, Christoph U. *et al.* Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. **World Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 244-275, 2021. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20881.

DUR, Şadiye; ERKIN, Özüm; ÇETIN, Rakibe Ceyda. Healing with laughter: the therapeutic power of laughter yoga in pediatric health - a systematic review. **BMC Pediatrics**, v. 26, art. 2, 2026. DOI: https://doi.org/10.1186/s12887-025-06151-0.

ESSWEIN, G. C. *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3765-3780, 2021.

GOYENECHE, M. del P. *et al.* Revisión sistemática sobre la utilidad de mindfulness como tratamiento y prevención de trastornos de la salud mental en pediatría. **Medicina Infantil**, p. 113-119, 2025.

HETRICK, S. E. *et al.* New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, art. CD013674, 2021. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD013674.pub2.

HOLOPAINEN, Akseli K. *et al.* Systematic review: efficacy of off-label antipsychotic use in children and adolescents with obsessive-compulsive, mood dysregulation, depression, anxiety, and sleep-related disorders. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 2026. DOI: https://doi.org/10.1007/s00787-026-03049-9.

IPSER, Jonathan C.; STEIN, Dan J.; HAWKRIDGE, Susan; HOPPE, Lara. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, art. CD005170, 2009. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005170.pub2.

JAMES, A. C. *et al.* Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, art. CD013162, 2020. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2.

KHOSRAVI, Mohsen. Prevalence, outcomes, and effective interventions for anxiety disorders in children and adolescents. **Discover Mental Health**, v. 6, art. 56, 2026. DOI: https://doi.org/10.1007/s44192-026-00411-w.

KODISH, Ian; ROCKHILL, Carol; VARLEY, Chris. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 13, n. 4, p. 439-452, 2011. DOI: https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/ikodish.

KUMAR, R. *et al.* Effects of non-pharmacological interventions in depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Medical Journal Armed Forces India**, v. 81, p. 139-150, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2024.12.002.

LI, Longhui *et al.* Effects of different interventions on anxiety disorders in children and adolescents: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 25, art. 809, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-025-07227-y.

LI, Yongbo; WANG, Fang; CHEN, Gang; ZHAI, Shuhong. Pharmacological treatment of adolescent depression: current advances and future perspectives. **Letters in Drug Design & Discovery**, v. 22, art. 100278, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lddd.2026.100278.

LU, P. *et al.* Interventions for digital addiction: umbrella review of meta-analyses. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e59656, 2025. DOI: https://doi.org/10.2196/59656.

PURGATO, Marianna *et al.* Umbrella systematic review and meta-analysis: physical activity as an effective therapeutic strategy for improving psychosocial outcomes in children and adolescents. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 63, n. 2, p. 172-183, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.04.017.

SARAKBI, Diana *et al.* Achieving quality integrated care for adolescent depression: a scoping review. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 13, p. 1-10, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/21501319221131684.

SCOTT, K. *et al.* Pharmacotherapy interventions for adolescent co-occurring substance use and mental health disorders: a systematic review. **Family Practice**, v. 39, n. 2, p. 301-310, 2022. DOI: https://doi.org/10.1093/fampra/cmab096.

SOLMI, Marco *et al.* Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. **World Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 214-232, 2020. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20852.

WU, Tianwei *et al.* Comparative efficacy of antidepressant medication for adolescent depression: a network meta-analysis and systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 25, art. 471, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-025-06941-x.

YOO, H. J.; DAWSON-SQUIBB, J. J.; CHARI, U.; EAPEN, V. (org.). **IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2025. Disponível em: https://iacapaptextbook2.com/. Acesso em: 31 jul. 2026.

ZHOU, Xinyu *et al.* Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 7, p. 581-601, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1.