

A psicofarmacologia nos transtornos de ansiedade na infância e adolescência

Psychopharmacology in anxiety disorders in childhood and adolescence

DOI:10.34117/bjdv8n5-389

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Edelson Lourenço da Silva Filho

Bacharel em Farmácia pela Faculdade Santíssima Trindade

Instituição: Faculdade Santíssima Trindade

Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE

E-mail: delfilho_@hotmail.com

Maria José Pereira da Silva

Bacharela em Farmácia pela Faculdade Santíssima Trindade

Instituição: Faculdade Santíssima Trindade

Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE

E-mail: mjps.cidag@gmail.com

Thiara Cristina Cavalcanti da Silva

Graduanda em Farmácia pela Faculdade Santíssima Trindade

Instituição: Faculdade Santíssima Trindade

Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE

E-mail: thiara_cesbrito@hotmail.com

Álefe de Andrade Pereira da Silva

Graduando em Farmácia pela Faculdade Santíssima Trindade

Instituição: Faculdade Santíssima Trindade

Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE

E-mail: alefe2002@hotmail.com

Iandra Camila da Silva Souza

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santíssima Trindade

Instituição: Faculdade Santíssima Trindade

Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE

E-mail: iandracamila11@gmail.com

Luís Henrique de Oliveira Rodrigues

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Santíssima Trindade

Instituição: Faculdade Santíssima Trindade

Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE

E-mail: luishenriqueor@gmail.com

Liliane Beatriz de Oliveira Rodrigues

Graduanda em Pedagogia pela Faculdade Santíssima Trindade
Instituição: Faculdade Santíssima Trindade
Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE
E-mail: liliane.rdgs15@gmail.com

Karen Caitlin Moura e Silva

Graduanda em Farmácia pela Faculdade Santíssima Trindade
Instituição: Faculdade Santíssima Trindade
Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE
E-mail: karencaitlin89@gmail.com

Clara Iris Apolinário Melo

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santíssima Trindade
Instituição: Faculdade Santíssima Trindade
Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE
E-mail: claraapolinario@hotmail.com

Hevelly Carlos Cabral

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santíssima Trindade
Instituição: Faculdade Santíssima Trindade
Endereço: Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE
E-mail: hevellycarloscabral@gmail.com

Renan Pires Maia

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba e mestre em Filosofia pela mesma instituição, Docente da Faculdade Santíssima Trindade
Instituição: Universidade Federal da Paraíba
Rua Prof. Américo Brandão - 46, Centro, Nazaré da Mata – PE
E-mail: renanpmaia@gmail.com

RESUMO

Os transtornos de ansiedade (TA), caracterizados por quadros de ansiedade acentuada, são alguns dos transtornos mentais que mais acometem crianças e adolescentes. Cada vez mais prevalentes nessa faixa etária, são responsáveis por déficits no desenvolvimento do infante. Quando não tratados corretamente, implicam na possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida. Essa revisão objetiva apresentar uma discussão crítica, amparada em achados provenientes dos estudos recentes na psicofarmacologia infanto-juvenil referente ao tratamento do TA, além de observar quais manifestações clínicas os TA pode assumir na infância, bem como identificar os principais fármacos e o melhor tratamento um quadro de ansiedade. A pesquisa seguiu uma metodologia de revisão narrativa, baseando-se em artigos publicados sobre o tema nas duas últimas décadas, selecionados a partir da base de dados Google Acadêmico, SciELO e Lilacs, utilizando como descritores os termos “ansiedade”, “criança”, “adolescente” e “tratamento farmacológico”, retirados dos *Descritores em Ciências da Saúde*. De acordo com os resultados achados, pôde-se constatar que há poucos estudos de ensaios clínicos no desenvolvimento de psicofármacos para a população pediátrica, e, diante do uso desenfreado dos psicofármacos, sugere-se que sejam elaborados mais estudos abordando a temática. Pôde-se perceber também a importância de um tratamento medicamentoso responsável,

à luz do uso racional dos medicamentos, e conjugado com psicoterapia e com um acompanhamento multiprofissional.

Palavra-chave: psicofarmacologia, transtorno de ansiedade, infância, adolescência

ABSTRACT

Anxiety disorders, characterized by severe anxiety, are some of the mental disorders that most affect children and adolescents. Increasingly prevalent in this age group, they are responsible for deficits in the infant's development. When not treated correctly, they imply the possibility of progressive worsening of the morbid condition throughout life. This review aims to present a critical discussion, supported by findings from recent studies in child and adolescent psychopharmacology regarding the treatment of anxiety disorder, in addition to observing which clinical manifestations anxiety can assume in childhood, as well as identifying the main drugs and the best treatment for the disorder. The research followed a narrative review methodology, based on papers published on the subject in the last two decades, selected from the Google Scholar, SciELO and Lilacs database, using the terms “anxiety”, “child”, “adolescent” and “pharmacological treatment”, taken from the *Descritores em Ciências da Saúde* website. According to the results found, it could be seen that there are few studies of clinical trials in the development of psychotropic drugs for the pediatric population, and, given the uncontrolled use of psychotropic drugs, it is suggested that more studies be carried out on the subject. It was also possible to perceive the importance of a responsible drug treatment, in the light of the rational use of drugs, combined with psychotherapy and multiprofessional monitoring.

Keywords: psychopharmacology, anxiety disorder, childhood, adolescence

1 INTRODUÇÃO

A infância e a juventude são fases ímpares na vida do indivíduo, nas quais nossa identidade se forma e nas quais aprendemos a lidar com nossas próprias emoções, que muitas vezes nestes períodos afiguram-se como turbulentas, dando ao mesmo um tom próprio e característico. Além disso, em consonância com o que nos coloca a psicanálise, as experiências destas fases revestem-se de singular importância. Um episódio traumático sucedido na infância ou mesmo na adolescência irá refletir-se no porvir, num processo que pode demorar um longo período. Destarte, vários dos transtornos de ansiedade se manifestam na infância e tendem a perseverar em outras fases da vida, caso não tratado (VIDALE, 2021).

As pioneiras informações de casos clínicos de crianças com manifestações de ansiedade remontam ao começo do século XX. Inicialmente, foram consideradas apenas com relação às condições genéticas e ao neurodesenvolvimento. O tema ganhou entusiasmo nos anos quarenta, decorrente do crescimento do número órfãos em virtude

da segunda grande guerra. Motivados pelo progresso no campo psicológico dos adultos, a psiquiatria infanto-juvenil começa a tomar a forma de uma disciplina exclusiva, destacando-se a preocupação em distinguir as razões dos incômodos psiquiátricos nos jovens pacientes, passando a não restringir-se a questões sobre a hereditariedade da doença, mas avaliando outros aspectos no surgimento das desordens mentais, como o papel de enfermidades de um dos pais, alcoolismo nos pais, complicações obstétricas e doenças da mãe durante a gestação (MILLER, 2003; VIANNA *et al.*, 2009; CUNHA, 2006).

Santos (2016) cita que os transtornos de ansiedade podem atuar tanto física como emocionalmente, mudando a maneira como os sujeitos apresentam sua perspectiva de vida, posicionando-o no centro do mundo. Experiências positivas ou negativas podem ser o estopim para o desencadeamento da ansiedade. Tais desordens psicológicas compartilham características de medo e ansiedade excessivos, bem como suas perturbações comportamentais relacionadas. Medo é a resposta emocional à ameaça iminente, real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014, p. 189).

Cunha (2006) reforça que existe uma redução da quantidade e no conteúdo dos medos com o avançar da maturidade do paciente. Estes medos evoluem de ideias comuns, fictícias e desorientadas (como monstros, escuridão, etc) para ideias mais típicas, racionais e distintas (como rejeição social, reprovação escolar etc). Ambos os sentimentos – medo e ansiedade - são vistos como doentios quando excessivos e desproporcionais ao que se espera como sendo normal para cada idade, ou quando influenciam na qualidade de vida, bem-estar emocional ou no desenvolvimento do infante (CAÍRES; SHINOHARA, 2010). Apesar disso, medo e ansiedade são distintas não apenas por definição – como colocado no parágrafo precedente -, mas também por o medo enquadrar-se muito mais como um sintoma de diversas psicopatologias, ao passo que a ansiedade é por si mesma um transtorno, como constatamos no *DSM-5*, quando além dos limites esperáveis, sendo, aliás, um dos mais prevalentes hodiernamente.

Considerando o que foi posto, e considerando que faz-se mister analisarmos o problema da ansiedade não apenas de uma forma geral, mas também como a mesma afeta cada idade, a presente pesquisa buscou investigar aspectos gerais do transtorno

de ansiedade na infância e adolescência, bem como suas características e tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa seguiu uma metodologia de revisão narrativa, consultando escritos relevantes sobre o tema, tais como livros, artigos científicos publicados em periódicos científicos nas últimas décadas, entre outros materiais acadêmicos, tais como trabalhos de conclusão de curso. Utilizou-se também, secundariamente, matérias jornalísticas e fontes do Ministério da Saúde. Para a seleção dos artigos científicos, consultou-se as bases de dados Google Acadêmico, SciELO e Lilacs, utilizando-se como descritores os termos “ansiedade”, “criança”, “adolescente” e “tratamento farmacológico”, retirados dos *Descritores em Ciências da Saúde*. Como único critério de inclusão definiu-se: artigos completos que retratam o tema e que apresentem convergência com os objetivos propostos. Demais materiais que não se enquadraram neste critério foram excluídos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RAZÕES QUE TÊM ELEVADO O ÍNDICE DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Não há como estabelecer uma causa precisa e geral do TA (Transtorno de ansiedade) nos jovens, uma vez que a mesma varia em cada caso, podendo assumir etiologias estritamente psicogênicas, orgânicas ou mesmo externas ao indivíduo. As causas que desencadeiam a ansiedade podem ser fatores relativos à cultura, gênero ou ambientais, como perda por morte ou separação, crise conjugal dos pais ou dos cuidadores, doença na família ou a chegada de irmãos – tendo em vista o temperamento da criança –, e a atitude de superproteção dos pais nos seus cuidados (SANTOS, 2016).

Como fator de risco genético, Lafer e Amaral (2000) corroboram que jovens com pais que sofrem de transtornos psicológicos têm um risco três vezes maior do que aqueles cujos pais não apresentam tais transtornos. Esse índice eleva-se ainda mais se não somente um, mas ambos os pais apresentarem o problema. Ou seja, pais ansiosos podem passar, por assim dizer, ansiedade aos filhos, tanto por meio de emulação das ações ansiosas que os pequenos espelham dos pais, constituindo dessa maneira a ansiedade exógena, como através da probabilidade do legado genético, qualificando a ansiedade endógena (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999). Malgrado o fato de tais

fontes terem sido publicadas já há algumas décadas, hoje é amplamente aceita a tese que defende a importância dos fatores genéticos como explicações etiológicas de diversos transtornos mentais, como vemos em diferentes transtornos catalogados no *DSM-5* (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

Acerca da identificação do TA, Fagundes (2017) destacou o papel da escola, onde boa parte dos casos é detectada através de indicadores como dificuldade de aprendizagem ou mesmo como comportamentos fora dos parâmetros sociais esperados. Alguns comportamentos antigamente vistos como comuns da idade (agitação, angústias, medos, certas imaginações etc.), atualmente podem sinalizar um TA, devendo ser tratado com presteza, sendo fundamental o papel da equipe multidisciplinar escolar na detecção do problema.

Como hoje bem se sabe, a pandemia trouxe a crianças e adultos diversos prejuízos do ponto de vista da saúde mental, e pode-se dizer também que a mesma tornou explícito um paradoxo: se por um lado são menos vulneráveis ao vírus quando comparados aos adultos, por outro lado pôde-se notar um prejuízo do ponto de vista do amadurecimento emocional, de modo que crianças e adolescentes passaram a apresentar mais ansiedade, impulsionada pelo isolamento social imposto pela pandemia, que submeteu a sociedade a um remodelamento, transformando rotinas e hábitos consolidados. O período de isolamento esteve por detrás de experiências dramáticas para boa parte dos jovens (VIDALE; BRITO, 2021).

3.2 PREVALÊNCIA

Os transtornos de ansiedade não são um problema exclusivo do universo adulto. Muito pelo contrário, a ocorrência em crianças e adolescentes é também alarmante. Conforme evidências da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estima-se que em torno de 20% das crianças e adolescentes do mundo, com idades variando entre 10 e 19 anos vivem ou já viveram alguma desarmonia de ordem psicológica (SANTOS *et al.*, 2020). Segundo Pereira *et al.* (2016), a Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que o TA acomete cerca de 13% da população entre 0 a 17 anos, com o sexo feminino sendo mais acometido que o masculino, numa proporção de 2:1.

O estudo de Vidale (2021) a respeito das sequelas da Covid-19 na saúde psicológica observou um agigantamento de sinais de ansiedade entre os jovens e crianças. O estudo reuniu dados de 29 artigos que trataram os anseios psíquicos de 80.000 jovens participantes das mais variadas partes do mundo. O percentual dos

pequenos ansiosos pulou de 11,6% antes da pandemia para 25,2% após, significando um crescimento acima de 100%. Ou seja, em um a cada quatro crianças/jovens floresceu algum sintoma de ansiedade no período pandêmico (VIDALE, 2021).

Estatisticamente, de acordo com o DSM-5 (2014), o transtorno de ansiedade de separação (TAS) e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) são mais comumente identificado nas crianças, enquanto que o transtorno do pânico (TP) e a fobia social (FS) ocorrem mais regularmente em adolescentes. A prevalência de TAS fica por volta de 4%, o TAG em torno de 0,9%, a FS fica em torno de 7% e a de TP em 3%.

Já o estudo de Manfro *et al.* (2002) expôs que 60% dos pacientes em terapia para tratamento da síndrome do pânico manifestavam histórico de ansiedade quando criança, com destaque no predomínio de TAG, e, segundo projeções, mais de 50% dos jovens ansiosos provarão algum evento depressivo ligado à sua síndrome ansiosa (MANFRO *et al.*, 2002).

Um dos primeiros estudos de coorte realizados no Brasil com 4.746 crianças revelou que 56% faziam uso de psicofármacos. Em outro estudo, realizado em 15 creches com 1.382 crianças na cidade de São Paulo, constatou-se que 37% das crianças utilizavam medicamentos, sendo 80% da amostra composta por menores de dois anos (MACIEL *et al.*, 2013).

3.3 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Em que pese o fato de os modelos de diagnóstico do TA em crianças e jovens ser muitas vezes similares aos empregados em adultos, a classificação e a terapia da ansiedade patológica na infância são específicas. Devido a uma pluralidade de definições operacionais sobre os transtornos, aliada à variedade de sintomas, nem sempre tão facilmente reduzidas a um grupo restrito, o diagnóstico diferencial não raro torna-se difícil. As referências mais utilizadas no diagnóstico da ansiedade são o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*, a *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)* e o *Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*, desenvolvido pela OMS (ASBAHR, 2004).

Conforme o DSM-5 (2014), a ansiedade é tratada como fora dos padrões quando é descomunal à ameaça e num período acima de seis meses. A intervenção para o tratamento dos TA na infância e adolescência inclui psicólogo, pais/cuidadores e professores, sendo dever destes conhecer o ciclo de amizade da criança ou do jovem, suas preferências, vontades, inclinações e fantasias. Cabe ao terapeuta classificar se o

jovem paciente tem sintomas que condizem com o transtorno, determinando uma classificação no âmbito do diagnóstico diferencial que orientará o processo terapêutico. Assim, a terapêutica é formada por um enfoque multimodal, que insere a orientação aos pais e ao jovem/infante paciente (quando este dispõe de maturidade suficiente) e o tratamento psicoterápico, que pode conter intervenções familiares associados ou não ao uso de psicofármacos (V EPCC, 2007).

3.4 TRATAMENTOS NÃO-FARMACOLÓGICOS

No que concerne à utilização de medicamentos, temos que esta vem sendo amplamente disseminada em diversos meios, incluindo familiares e escolares. Todavia, os profissionais da área da saúde devem buscar alternativas, de modo que o uso de psicofármacos só deve ser considerado quando o processo psicoterapêutico por si só não for suficiente para melhorar o estado atual da pessoa, como em casos de maior gravidade ou quando o transtorno tem fortes influências orgânicas, como no caso de bases etiológicas genéticas. É interessante salientar que os tratamentos medicamentoso e psicoterápico não são mutuamente excludentes, ou seja, o uso associado de ambos os tratamentos foi visto como melhor resultado do que apenas a monoterapia farmacológica (VITIELLO, 2009).

No Brasil, a rede focalizada na demanda dos problemas de saúde psicológicos da criança e do adolescente ainda é bastante precária, muito embora os cuidados com essa faixa etária venha tendo melhor enfoque nos últimos anos. Na esfera da saúde pública, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) o acolhimento e a atenção aos portadores de psicopatologias através de uma equipe multidisciplinar, atendendo também aos familiares dos pacientes, oferecendo possibilidades de terapias além do habitual uso dos psicotrópicos por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) – atualmente com 2.657 unidades espalhadas pelo país. E, caso seja necessário, o paciente é conduzido para outro serviço especializado da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Além disso, o SUS também conta com 691 Residências Terapêuticas, 66 Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), 50 equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental e 144 Consultórios na Rua (PAGNO, 2021).

Existe um vasto número de pesquisas que avaliam a função e a eficácia da psicoterapia para situações como a do transtorno de ansiedade. A psicoterapia pode assumir diferentes abordagens, como a psicanalítica, a Abordagem Centrada na Pessoa,

a Terapia Cognitivo-Comportamental ou outras, e também pode envolver uma diversidade de técnicas. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem evidenciado grande efetividade e destaca-se entre as terapias que combinam estratégias com sintoma-alvo, como relaxamento e exposição graduais as fobias específicas, iniciando com os sintomas mais leves e gradativamente aumentando a exposição de sintomas mais complexos. Consiste em tratar a ansiedade como o problema, ao invés de focar no pequeno paciente ou em seus familiares como sendo o problema. Na maioria dos casos, os pacientes com sintomas leves e moderados recuperam-se naturalmente. Contudo, quando os sintomas são intensos ou o paciente não aceita bem as diretrizes psicoterapêuticas, a farmacoterapia pode ser uma alternativa (ASBAHR, 2004; MIRANDA, 2013), muito embora a farmacoterapia por si só não seja o mais recomendado.

3.5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTOS FARMACÓLOGICOS

Os Psicofármacos são agentes químicos que atuam sobre o sistema nervoso central, alterando alguns processos mentais, resultando em modificações na percepção, consciência e conduta (FERREIRA *et al.*, 2017). Mares e Woodgate (2020) destacam que a pluralidade dos psicotrópicos foram criados prioritariamente para adultos e apenas posteriormente apresentados para crianças, com ressalva dos fármacos para o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), que foi inserido para população infanto-juvenil e conseqüentemente ampliada para adultos.

As manifestações clínicas mais comuns dos principais transtornos ansiosos na infância e adolescência, fatores que as desencadeiam, seus principais quadros clínicos e principais psicofármacos usados no tratamento são listados a seguir.

- Transtorno de ansiedade de separação: Caracteriza-se por ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos. Acometidos evidenciam retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade de concentração, percepção de perigo à família ou a eles próprios, recusa de ir à escola, e necessidade de atenção constante. Frequentemente são acompanhadas de manifestações somáticas de ansiedade, como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos. Crianças maiores podem apresentar sintomas cardiovasculares, como palpitações, tontura e sensação de desmaio. Podendo ser um fator de risco para o desenvolvimento de outros TA, entre eles os transtornos do pânico na vida adulta e é associado a risco aumentado de suicídio (ASSIS, 2007).

Os ISRS (fluvoxamina e a fluoxetina) podem ter eficácia no consolo dos sintomas de ansiedade, tidos como fármacos de primeira linha conforme sua relação de efeitos adversos e melhor segurança. Os tratamentos de segunda linha envolvem uso de Antidepressivos Tricíclicos (ATC), como a imipramina, e nos Benzodiazepínicos (BZ), ainda que haja poucos estudos controlados que qualifiquem a sua efetividade (STAHL, 2014).

- Transtorno do pânico (TP): Descrito pela presença de ataques de pânico (presença de medo intenso de morrer, associado a sintomas autonômicos, como taquicardia, sudorese, tontura, falta de ar, dor no peito, dor abdominal, tremores). Observa-se o desenvolvimento de agorafobia, esquiva de situações ou locais de difícil saída (cinemas, aglomerações como entrada/saída da escola, etc.). Está relacionado a uma taxa mais elevada de tentativas de suicídio e ideação suicida (ASSIS, 2007).

Os tratamentos de primeira linha contemplam os ISRS e Inibidores da recaptação de serotonina e de noradrenalina (IRSN), bem como BZ e anticonvulsivantes. Contudo, os BZ são regularmente usados como psicofármacos de segunda linha, no decorrer do início no tratamento com ISRS/IRSN, para uso de emergência decorrente de um ataque de pânico ou caso haja resposta incompleta dos de primeira linha. Os anticonvulsivantes foram aprovados para a TA na Europa e em outros países. Porém, nos Estados Unidos não foram aprovados (STAHL, 2014).

Os tratamentos de segunda linha envolvem os antidepressivos mais antigos, como os ATC, e os antidepressivos sedativos (mirtazapina e a trazodona), que podem ser usados em algumas circunstâncias como potencializadores dos ISRS e IRSN, quando estes atingem apenas resposta parcial. O uso dos inibidores da monoamina oxidase (IMAO) deve ser considerado apenas quando os agentes de primeira linha e as estratégias potencializadoras não obtiverem êxito (STAHL, 2014).

- Transtorno de ansiedade generalizada (TAG): Marcado por medos e preocupações exageradas e irracionais, preocupação demasiada com o julgamento de terceiros, necessidade excessiva de confiança, dificuldade em relaxar, queixas somáticas sem causa aparente, como palidez, sudorese, taquipnéia, taquicardia, tensão muscular e vigilância aumentada (ASSIS, 2007).

Os tratamentos de primeira linha consistem nos ISRS e IRSN, BZ, buspirona e anticonvulsivantes, como pregabalina e gabapentina. Alguns clínicos resistem em indicar os BZ para o TAG por conta de sua natureza duradoura, que pode acarretar na dependência e uso abusivo, e, nesse sentido, os anticonvulsivantes acabam por ser uma

boa alternativa no tratamento. Ambos atuam em alguns casos como agentes potencializadores. Em outros pacientes, os BZ podem agir complementando o ISRS/IRSN, podendo ainda agir no uso emergencial, na medida em que os sintomas se acentuam e que seja crucial conseguir alívio rapidamente (STAHL, 2014).

Convém destacar que a remissão da totalidade dos sintomas dos acometidos com TAG em uso de ISRS/IRSN leva em média seis meses ou mais tempo. A ausência de resposta aos fármacos de primeira linha pode levar à tentativa com antidepressivos sedativos, como mirtazapina, trazodona ou ATC, ou antihistamínicos sedativos, como hidroxizina. Mesmo que ainda não esteja profundamente estudada, a vilazodona, um agonista parcial do receptor 5-HT_{1A} e inibidor da recaptação de serotonina (APIRS), parece ter eficácia para o TAG, sendo também classificada como fármaco de segunda linha (STAHL, 2014).

- Fobia social (FS) (ou ansiedade social): Destaca-se pelo medo persistente e intenso de situações onde se julgar estar exposto à avaliação de terceiros. Pode ser expressa por choro, acessos de raiva ou afastamento de situações sociais, presença de sintomas físicos, como palpitações, tremores, falta de ar, ondas de calor e frio, sudorese e náusea (ASSIS, 2007).

Os ISRS, IRSN e anticonvulsivantes compõem os tratamentos de primeira linha. Há menos evidências sobre a utilidade dos antidepressivos mais antigos, particularmente dos ATC, assim como de outros antidepressivos sedativos, como a mirtazapina e a trazodona. Os betabloqueadores e BZ podem ter utilidade em alguns casos com tipos muito variados de FS, como ansiedade de desempenho. Foi demonstrado que os IMAO são benéficos e podem ser opção de segunda linha (STAHL, 2014).

- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): Constituído pela presença de medo intenso, sensação de impotência ou horror em consequência à exposição a um evento traumático, como ameaça de morte ou abuso sexual, por exemplo. Destacam-se modificações intensas de comportamento, como inibição excessiva ou desinibição, agitação, reatividade emocional excessiva, hipervigilância, além de pensamentos obsessivos com conteúdo relacionado à vivência traumática (em vigília e como conteúdo de pesadelos). Observa-se comumente o comportamento de esquiva a estímulos associados ao evento traumático, juntamente com comprometimento das atividades do paciente (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

As opções de agentes de primeira linha são os ISRS e IRSN. Não foi provado atividade com os BZ, contudo podem ser considerados, com cautela, como alternativa de segunda linha. Outros tratamentos de segunda linha são os anticonvulsivantes, os ATC e os IMAO (STAHL, 2014).

O Brasil é um dos países super-consumidores de psicofármacos no mundo. No ano 2000 foram vendidos aproximadamente 71 mil caixas de remédios direcionados para TA. Já em 2010 essa quantidade cresceu 1400%, considerando que o consumo elevou-se sobretudo entre os jovens. De acordo com dados do IMS Health, a comercialização no Brasil de fármacos contra ansiedade arrecadou US\$ 271,6 milhões em 2006 e, quatro anos mais tarde, esse montante saltou para US\$ 647,8 milhões (CALMON, 2016).

Even *et al.* (2012) destacam que há mais gastos com comercialização e marketing realizados pela indústria farmacêutica do que com pesquisas - sendo apenas 5% da receita da indústria empregados em pesquisa, 10% na fabricação dos medicamentos e 50% em marketing. Ressaltam também que 35% das medicações utilizadas são ineficazes; 25% mal toleradas por seus usuários; e 5% potencialmente perigosas. Os pesquisadores destacam ainda a falácia de que a maior parte desses “remédios da mente” são vendidos junto com a ideia de que são atuais e inovadores, quando na verdade são réplicas de princípios ativos antigos já disponíveis em balcões de farmácias, criando-se apenas um novo uso.

Os psicofármacos são indicados para muitas condições psiquiátricas além dos TA, sendo os medicamentos mais receitados atualmente. É crescente o encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental com demandas sociais e, conseqüentemente, também é crescente o consumo de psicofármacos por essa população, o que dá destaque a alguns temas importantes, como a segurança destas medicações a longo prazo, e eficácia e ajustes delas para a faixa etária específica (V EPCC, 2007).

A base de dados atual relacionada ao uso de medicamentos no tratamento de TA em crianças e adolescentes está incompleta, pela falta de uma melhor compreensão dos benefícios e riscos do uso pediátrico de alguns psicotrópicos. Os ensaios clínicos para o desenvolvimento de novos medicamentos são inconclusivos, pois há dificuldades em se realizar testes com crianças, especialmente de primeira infância. Assim, a eficácia, segurança, benefícios e efeitos colaterais destes psicotrópicos só se tornam conhecidos na prática clínica, sem as evidências suficientes que justifiquem seu uso e

os efeitos do seu uso continuado, tendo como farol os estudos realizados em adultos. Desse modo, a prescrição desses medicamentos ocorrem de maneira *off label*, ou seja, dependendo de uma análise particular do prescritor, da sua prática diagnóstica, da procedência de evidências que considera pertinente e do relacionamento com o pequeno paciente, seus familiares, demais profissionais de saúde e instituições (PANDE, 2020).

Mares e Woodgate (2020) reforçam que, tendo em vista que as crianças apresentam massa corporal absoluta inferior aos adultos, o uso e escolha dos psicofármacos nos pacientes infanto-juvenis precisam considerar a farmacodinâmica específica dos mesmos e a farmacocinética (ver Tabela 1), que também apresentam peculiaridades nos jovens. As crianças também possuem mais água no corpo, menos gordura, e menos albumina plasmática à qual os fármacos tendem a se ligar. Em consequência, a quantidade da distribuição de um medicamento irá ser maior nas crianças do que nos adultos. Em decorrência dessas desigualdades, as crianças possuem maior perda do princípio ativo ao longo do metabolismo de primeira passagem no fígado, menor biodisponibilidade e metabolismo e eliminação mais rápidos. Isso quer dizer que meramente reduzir as doses de adultos baseando no peso da criança pode decorrer num tratamento subótimo. Desta maneira, as doses usadas não devem estar baseadas em valores pré-fixados, e sim serem reguladas pelo peso corporal.

Fonte: MARES; WOODGATE (2020, p. 9).

Tabela 1: Características farmacocinéticas nas crianças	s em comparação aos adultos
Ajuste da massa renal e hepática para peso corporal	Maior
Metabolismo e eliminação	Mais rápido
Dose	Maior
Meia vida da eliminação	Mais curta
Estado estacionário de plasma	Mais cedo
Síndrome de retirada	Mais provável
Posologia das doses	Mais frequentemente

Tais medicamentos podem causar uma variedade de efeitos adversos, alguns podendo causar um atraso no crescimento físico relacionado à dosagem, desfechos cardiovasculares indesejados, incluindo morte súbita, risco de abuso de substâncias na vida adulta, probabilidade aumentado de diabetes, ganho de peso e até mesmo risco de suicídio. Um exemplo dos malefícios a longo prazo é evidenciado em casos de rapazes norte-americanos que fizeram uso da risperidona ainda quando crianças, tendo sido acometidos por um efeito indesejado irreversível, a ginecomastia. Além de uma

grande lista de contraindicações ou restrições na prescrição dos psicotrópicos – como no caso da carbamazepina indicada para uso em crianças com menos de um ano de idade, a fluoxetina contraindicada para pessoas com menos de 18 anos, o metilfenidato a partir de seis anos – faltam experiências sobre o uso da risperidona em crianças abaixo de 13 anos, e a bula do haloperidol informa que foi feita uma pesquisa clínica com 100 crianças e adolescentes hospitalizados, sem especificar suas idades. Alguns psicotrópicos têm a permissão de uso pediátrico por algumas agências reguladoras de medicamentos, como a FDA (*Food Drug Administration* – Agência de Alimentos e Remédios) nos EUA e a EMA (*European Medicines Agency* – Agência Europeia de Medicamentos) na União Europeia, ao mesmo tempo em que os outros são utilizados sem indicação formal (MARES; WOODGATE, 2020).

Jerusalinsky (2011, p. 249) descreve que “estudos em animais mostraram que as drogas que se utilizam suprimem os comportamentos espontâneos, podem incrementar os comportamentos obsessivos-compulsivos”. Conforme a autora, são notórias as sequelas comportamentais, que enfraquecem as atividades rotineiras e, em se tratando de crianças, atingem comportamentos de exploração, curiosidade, socialização e relacionados ao brincar.

A terapia medicamentosa figura como um eficiente e oportuno meio para suprir certas necessidades, considerando sua eficiência relacionada relativamente à velocidade dos resultados alcançados, focando na cura (NAKAMURA; SANTOS, 2007) ou na atenuação do problema. Todavia, percebe-se que, em virtude desta velocidade dos resultados que o medicamento traz, a terapia farmacológica pode vir a ser empregada como uma fórmula mágica que faz sumir os sintomas, sendo não raro encarada como uma promessa mágica de cura, proporcionada por gotinhas e comprimidos. Este modo de encarar as coisas é, como se depreende, um empecilho ao uso racional dos medicamentos, sobretudo quando se nota certa propensão em medicalizar o TA e outros transtornos.

A terapêutica farmacológica, para ser realizada com sucesso, precisa diminuir os sintomas das desordens ansiosas, também curar ou dominar sintomas de possíveis comorbidades e favorecer as intervenções psicossociais. Ou seja, a escolha certa possibilitará à criança receber mais benefícios da terapia medicamentosa, sofrendo o mínimo de efeitos colaterais. O diálogo e a negociação da terapia com os responsáveis é uma etapa primordial para assegurar a aceitação da terapia e o seu êxito (MERCADANTE; SCAHILL, 2005). É controverso iniciar uma terapia antes mesmo de

elaborar uma extensa avaliação do quadro clínico, e buscar informações em casa e na escola a respeito do comportamento da criança ou do adolescente auxilia o profissional a estabelecer o tratamento mais adequado (GREEN, 2001).

A definição do psicofármaco na terapia precisa ser realizada sempre levando em consideração as particularidades do infante, criando uma estratégia para a terapia e se integrando a um pacto terapêutico, que precisa de todos os envolvidos, sempre levando em consideração a precisão quanto ao uso de um ou mais princípios, os fatores biológicos, psicológicos e sociais do consultante, sem deixar de levar em consideração o poder aquisitivo do paciente e priorizando antes de tudo, o diagnóstico correto da criança ou adolescente em questão e acompanhando constantemente o progresso de tratamento. Os riscos da farmacoterapia devem ser pesados contra os riscos de uma doença não tratada. Decisões sobre a prescrição de medicamentos devem também levar em consideração a disponibilidade e eficácia das intervenções não farmacológicas. Importa também sempre deixar claro que o tratamento farmacológico deve sempre acompanhar a psicoterapia que, sobretudo nos casos de TA, deve ser a principal forma de tratamento, sendo a medicação um auxiliar. Com isso percebe-se também a importância de um enfoque multidisciplinar do tratamento, que deve envolver psicólogo, psiquiatra quando necessário, e outras categorias que porventura se fizerem necessárias para mitigar os prejuízos da PA na infância.

Ainda em relação à eficácia dos distintos psicofármacos, nota-se não haver diferenças consideráveis, e sim diferenças em termos de efeitos adversos, preço, riscos, variação na tolerância etc., o que provoca distinção na efetividade dos medicamentos para cada caso. Contudo, na atualidade existe uma imensa gama de opções de psicofármacos que atuam mediante variados mecanismos de ação, auxiliando no sucesso terapêutico. A conduta precisa ser personalizada e, sobretudo, tem de haver a convicção de que exista a necessidade da prescrição de tal medicamento (V EPCC, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há algum tempo atrás, certos comportamentos atípicos eram vistos como normais na infância, por serem considerados transitórios e típicos da tenra idade, sendo socialmente aceitáveis. Hoje, com os avanços dos estudos no campo da saúde mental, sabe-se que nem sempre é o caso, e que certos comportamentos podem sinalizar a existência de algum transtorno que, se não for detectado de forma precoce e tratado de

forma adequada, pode causar sofrimento e prejudicar gravemente o desenvolvimento físico e psicológico da criança ou adolescente. A indicação de medicação vem sendo prioritária nas intervenções psiquiátricas, associada muitas vezes à influência do capitalismo dos impérios farmacêuticos, ao discurso de objetividade da medicina e à ânsia dos pais por uma cura imediata. Muitas vezes, as queixas escolares em torno de comportamentos considerados anormais são o ponto de partida do encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental e seus profissionais, que muitas vezes reforçam o discurso medicamentoso, nem sempre com justificativas diagnósticas suficientes. Uma análise diagnóstica minuciosa e completa antes de considerar a medicação é essencial, assim como a obrigação de monitoramento plausível no decorrer do tratamento.

É indubitável a utilidade da medicalização como meio terapêutico quando esses fármacos são usados de maneira íntegra e administrados apropriadamente, sincronizados com um processo psicoterapêutico, podendo amenizar significativamente os sintomas de angústia de jovens com transtornos e mesmo favorecer uma melhor resposta à psicoterapia. No entanto, salienta-se como fator desfavorável o seu uso trivial e banal, apenas com o objetivo de normalizar os comportamentos e extinguir os sintomas mais angustiantes do transtorno, sem, por outro lado, haver um compromisso com um processo de transformação mais profunda e permanente, propiciada pela psicoterapia.

Finalmente, importa enfatizar que o presente estudo está longe de negar a utilidade do emprego das substâncias psicotrópicas e desprezar o conforto que elas proporcionam, e sim de abordar a problemática pouco reconhecida na população infantil, despertando um olhar de cuidado e atenção para as crianças, tanto da parte dos pais e/ou responsáveis quanto da própria sociedade. Visto que a ausência de estudos voltados especificamente para a população pediátrica gera grandes dificuldades referentes às informações quanto a doses, efeitos e reações dos medicamentos, e diante do uso desenfreado dos ditos remédios da mente, sugere-se que sejam constituídos mais estudos abordando a temática, contribuindo para o avanço da saúde mental nessa faixa etária que tanto necessita de cuidados e atenção especial.

REFERÊNCIAS

- ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v.12, n.2, 1999.
- ASBAHR, F. R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, v.80, n.2, 2004.
- ASSIS, S. G.; et al. Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na Infância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ENSP / CLAVES / CNPq, 2007.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- CAÍRES, M. C.; SHINOHARA H. Transtornos de Ansiedade na Criança: Um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v.6, n.1, 2010.
- CALMON, A. Afinal, o que é ansiedade? Guia com a Saúde Extra - Ansiedade, São Paulo, Ed.126, 2016.
- CUNHA, M. Ansiedade e Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Teórica. *Revista Interações*, n.10, 2006.
- EVEN, P.; et al. 4000 médicamentsutiles, inutiles ou dangereux. *Le ChercheMidi*, Paris, 2012.
- FAGUNDES, A.P. Medicalização infantil. Trabalho de Conclusão de Curso. 38p. Santa Rosa. Universidade Reg. do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2017.
- FERREIRA, A.C.Z.; et al. A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamentos complexo. *Texto Contexto Enferm*, 2017.
- GREEN, W. H. *Child & Adolescent – Clinical Psychopharmacology*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- JERUSALINKY, D. *Trata-se de caçar o caçador?* São Paulo: Via Lettera, 2011.
- LAFER, B.; AMARAL, J. A. M. S. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- MANFRO, G.; et al. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, 2002.
- MARES, S.; WOODGATE, S. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2020.

MACIEL, A. P. P.; et al. Avaliação do uso de psicofarmacos em crianças nos serviços de saúde mental em Fortaleza – Ceará. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, São Paulo, v.4, n.4, out./dez. 2013.

MERCADANTE, M.T.; SCAHILL, L. *Psicofarmacologia da Criança: um guia para crianças, pais e profissionais*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2005.

MIRANDA, M. V; et al. Depressão infantil. *Caderno de Pesquisa*, São Luís, v.20, n.3, set/dez. 2013.

MILLER, J. O livro de referência para a depressão infantil. (M. M. Tera, Trad.). São Paulo: M. Books, 2003.

NAKAMURA, E.; SANTOS, J. Q. Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista Saúde Pública*, v.41, n.1, 2007.

PAGNO, M. Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia. Ministério da Saúde, disponível em:
<<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47527-ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia>>. Acessado em 18 de outubro de 2021.

PANDE, M. N. R.; et al. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020.

PEREIRA, G. S.; et al. Ansiedade infantil: a influência do ambiente familiar sobre o comportamento da criança. Trabalho de Conclusão de Curso. 23p. Maceió. Centro Universitário Tiradentes, 2016.

SANTOS, J. O. A percepção dos professores frente á ansiedade infantil: uma visão psicopedagógica. Monografia (Bacharelado em Psicopedagogia). 29p. João Pessoa. UFPB, 2016.

SANTOS, D. R. T.; et al. Psicologia e medicalização: reflexão crítica ao uso de psicotrópicos na infância. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.6, n.10, out. 2020.

STAHL, S. M. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

V EPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 5ed, 23 a 26 de outubro de 2007. Maringá. Depressão infantil e as possibilidades de tratamento. Paraná: Centro Universitário de Maringá, 2007. 4p.

VIANNA, R. R. A. B.; et al. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v.5, n.1, 2009.

VIDALE, G.; BRITO, S. Cabeça Feita. *VEJA*, São Paulo, Ed.2754, n.35, p.58, set. 2021.

VITIELLO, B. Combined cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for adolescent depression: does it improve outcomes compared with monotherapy?. *CNS Drugs*, 2009.