

Aspectos práticos da psicofarmacoterapia em crianças e adolescentes

Heloisa Helena Alves Brasil

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria.

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo, Psiquiatra, Coordenadora do serviço de psiquiatria da infância e adolescência do IPUB/UF RJ.

A maioria das questões de saúde mental desse período etário necessita de um enfoque múltiplo no qual, em certas situações, o tratamento farmacológico pode ser necessário. Em geral, num projeto terapêutico com crianças e adolescentes, o psicofármaco não exerce um papel central ou exclusivo e deve ser utilizado em conjunto com outras condutas como o trabalho psicoterápico, orientação aos pais e da escola. Os psicofármacos não oferecem riscos quando bem indicados e utilizados.

Podemos classificar as medicações psiquiátricas da seguinte forma:

Antipsicóticos: eles oferecem meios de controlar rapidamente manifestações clínicas críticas, dentre elas, o delírio, alucinação e, em algumas ocasiões, episódios de agressividade ou de agitação psicomotora grave. Podemos dividi-las em dois tipos: antipsicóticos tradicionais (clorpromazina, haloperidol, tioridazina etc.) e antipsicóticos atípicos ou mais recentes (risperidona, olanzapina, clozapina etc.). Os atípicos apresentam um perfil de efeitos adversos, mais toleráveis pelos pacientes, com exceção da clozapina que precisa ser muito bem monitorada pela gravidade de seu principal efeito adverso, a agranulocitose.

Antidepressivos: estão indicados nos Transtornos do Humor e em determinados Transtornos

de Ansiedade. Em geral, eles demoram de duas a quatro semanas para produzirem o efeito desejado. Os antidepressivos mais tradicionais são os tricíclicos (imipramina, amitriptilina, clomipramina etc.), sendo que alguns deles, como a imipramina, necessitam de especial atenção principalmente quando usados em crianças, pois são potencialmente cardiotóxicos e letais no caso de overdose. Hoje em dia a classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) é a mais utilizada por apresentara um perfil mais seguro e menos efeitos adversos (fluoxetina, paroxetina, sertralina, entre outros).

Ansiolíticos: a indicação desses fármacos na infância é mais restrita do que em adultos e o uso deve se restringir a um curto período. De modo geral, apesar de existir um número muito grande desses fármacos seus efeitos e mecanismos de ação são semelhantes. O grupamento mais conhecido é o dos benzodiazepínicos (diazepan, bromazepam, alprazolam etc.).

Estabilizadores do Humor: estão indicados no Transtorno Bipolar do Humor e no controle da fase maníaca. O uso em crianças e adolescentes está baseado em estudos com pacientes adultos, pois são escassas as pesquisas com esses fármacos na população infantojuvenil com Transtorno Bipolar. Em crianças os mais utilizados são o ácido valproi-

co e a carbamazepina. Além desses, a partir da adolescência o carbonato de lítio¹ também é uma droga muito empregada no controle dos episódios de mania e na prevenção de novos episódios.

Estimulantes do sistema nervoso central: eles estão indicados, principalmente no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Quando bem indicados eles beneficiam muito à criança, favorecendo seu rendimento escolar e convívio social. Porém, com frequência cada vez maior, eles estão sendo prescritos de forma abusiva. A mais conhecida dessas drogas é o metilfenidato (conhecida comercialmente como Ritalina) cujo efeito é de curta duração. Atualmente foi lançado no mercado o metilfenidato de longa ação que tem como inconveniente seu alto custo.

Ao nos decidirmos pela utilização de psicofármacos devemos procurar atender alguns princípios:

1. Avaliar os sintomas que o paciente apresenta, levando em conta seu funcionamento, pessoal, familiar e social.

2. Investigar não só as áreas comprometidas, mas também as áreas que permanecem saudáveis.

3. Detectar o impacto, o grau de prejuízo ou de sofrimento que os sintomas acarretam na criança/adolescente e/ou no ambiente.

4. Avaliar o quanto o ambiente

está envolvido nas manifestações psicopatológicas como fator desencadeante, perpetuante ou se pode ser considerado um fator protetor.

5. Procurar realizar uma avaliação que resulte num diagnóstico, ao menos operacional, do caso.

Na formulação diagnóstica nem sempre a sintomatologia apresentada pelo paciente constitui um transtorno mental tal como definido pelos principais manuais de diagnóstico e de classificação. Muitas vezes, o diagnóstico possível é apenas de uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas que pode ser produzido por mais de uma causa) e o tratamento farmacológico é sintomático, na maioria dos casos. A medicação visa sintomas-alvo apresentados pelo paciente, conforme o quadro sindrômico

de base. Assim, um dos pontos-chaves da farmacoterapia é saber o que se está medicando e o que se pretende, especificamente, com o uso de determinada droga. Portanto, o conhecimento da natureza do sintoma é fundamental na escolha da droga a ser usada. Porém prescrever não nos impede de refletirmos sobre o sentido dos sintomas e sobre a dinâmica pessoal e relacional da criança. Em muitos casos, sempre que possível, é importante associar outras modalidades de intervenções.

No quadro a seguir vamos exemplificar como sintomas de ansiedade podem estar associados a quadros clínicos diferentes e como o quadro de base é quem determina a conduta ou droga a ser indicada.

Manifestações de Ansiedade Grave	Psicoses	Antipsicóticos Manejo do ambiente
	Retardo mental	Antipsicóticos Manejo do ambiente
	Reativo a Eventos Externos	Orientação de pais Psicoterapia Benzodiazepínicos
	Inerentes ao Próprio Desenvolvimento	Orientação de pais Benzodiazepínicos
	Transtornos de Ansiedade	Benzodiazepínicos Antidepressivos Tricíclicos ISRS* Beta-bloqueadores

*ISRS: Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina

Além das indicações habituais, baseadas em evidências clínicas, há situações em que o uso de psicofármacos pode ser temporariamente justificado, mesmo que não claramente indicado. Por exemplo, numa situação em que o sintoma se faz fator patogênico por si mesmo, criando uma situação de conflito familiar, social e/ou escolar ou quando seu uso é considerado o único recurso possível frente a circunstâncias adversas ao bom atendimento (moradia distante, os limites e a realidade de um ambulatório de grande movimento, famílias muito comprometidas e com pouca capacidade de insight, entre outros).

Nesses casos,

O SINTOMA → LEVA AO PREJUÍZO FUNCIONAL / SOFRIMENTO DA CRIANÇA → REAÇÃO NEGATIVA DO AMBIENTE → AGRAVAMENTO DO SINTOMA

e, a DROGA → QUEBRA O CÍRCULO VICIOSO → MELHORA AS RELAÇÕES → porém é importante GARANTIR A MANUTENÇÃO DA ESTABILIDADE ADQUIRIDA → FAZENDO O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA.

Em outras situações não justificáveis, a utilização de psicofármacos pode ser, muitas vezes, uma “passagem ao ato” pela dificuldade no manejo do caso em si e não ser a conduta mais indicada. Com isso queremos dizer que o profissional, algumas vezes, baseia sua decisão

em medicar o paciente simplesmente para atender às solicitações de familiares preferindo não frustrá-los em suas expectativas, a curto prazo, em detrimento de esclarecê-los que a ação do medicamento não terá a eficácia desejada.

Como regra geral, é importante não buscar objetivos gerais, mas específicos, de acordo com o sintoma-alvo. Isto promove: (1) um melhor controle da eficácia do tratamento; (2) o controle do tempo de tratamento e (3) a individualização do tratamento.

Isso também permite explicar à família o que esperar do uso de determinada droga em relação ao quadro geral do paciente. Ou seja, esclarecer que a medicação é sintomática, que nem sempre vai resolver o problema de base (p.ex., psicose infantil, autismo), mas que seu uso pode melhorar a qualidade de vida da criança e dos familiares em determinados aspectos. Também é importante explicar aos pais ou responsáveis que cada medicação requer um determinado período de tempo para agir (p.ex., os antidepressivos demoram mais de uma semana para começar o efeito antidepressivo), que de início podem dar certos efeitos colaterais indesejáveis (p.ex., boca seca, náusea, sonolência, conforme a medicação prescrita), que em geral se atenuam com o tempo e que em caso de dúvidas façam contato com seu médico. Informações simples como essas

podem favorecer a adesão da família e criança ao tratamento tornando-os melhores informantes da atuação e efeitos do medicamento. Também é muito importante conversar com a criança /adolescente sobre a medicação usada e por que empregá-la, utilizando palavras que sejam da compreensão da criança.

Os pacientes e seus responsáveis devem ser alertados de que não se deve interromper, abruptamente, o uso de determinadas drogas explicando-lhes o porquê. Isso favorece que os familiares ou os próprios pacientes tenham maior controle da quantidade de medicamento disponível evitando não só a interrupção abrupta pela falta de comparecimento do paciente na data agendada com seu médico, como também o “pedido de receita” tão comumente feito no balcão de ambulatórios. Ao prescrever determinados medicamentos o clínico deve avaliar se a família (ou o próprio paciente) é suficientemente esclarecida e responsável para o cumprimento de determinados cuidados para se evitar complicações clínicas. Como exemplo, a necessidade do controle estrito da quantidade de lítio em uso para evitar o grave quadro de intoxicação por lítio, o controle ao acesso fácil a determinados medicamentos (p.ex., antidepressivos tricíclicos), em pacientes deprimidos, que usados indevidamente podem levar a óbito.

Por fim, devemos lembrar que ao iniciar-se um tratamento com psicotrópicos o médico deve deixar registrado em prontuário se o paciente já apresentava queixas somáticas, estereotípias, maneirismos, tiques motores para que não sejam confundidos, posteriormente, com efeitos colaterais ou adversos da droga em uso.

Para saber mais:

Green, W. H. - Psicofarmacologia clínica na infância e na adolescência. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.

Brasil, H.H.A. - A Psicofarmacoterapia em crianças e adolescentes: entre o conhecimento científico e a prática. In: Figueiredo, A. C. & Brasil, M. A. (eds.). *Cadernos do IPUB: nº 13 - Psicofarmacoterapia*. UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

_____. Princípios Gerais do Emprego de Psicofármacos. *Rev Bras Psiquiatr.* 22 (Supl. 2):40-41, 2000.

_____. Belisário Filho, J F. Psicofarmacoterapia. *Rev Bras Psiquiatr.* 22 (Supl. 2): 42-47, 2000.

Bordin, I.A.S., Brasil, H.H.A. Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência. In: F. C. Prado; J. Ramos, J. R. Valle (eds.) *Atualização Terapêutica*. 20^a. ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 2001. p. 1359-1362.

