

Transtornos de ansiedade:

Guia de medicamentos para pais

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
www.aacap.org

American Psychiatric Association

Transtornos de ansiedade: grupo de trabalho do Guia de medicamentos para pais

COPRESIDENTES:
John T. Walkup, MD
Jeffrey R. Strawn, MD

MEMBROS:
Kareem Ghalib, MD
Kimberly A. Gordon, MD
Tanya Murphy, MD, MS
Daniel S. Pine, MD
Adelaide S. Robb, MD
Moira A. Rynn, MD
Timothy E. Wilens, MD

EQUIPE:
Carmen J. Thornton, MPH, CHES, diretora de pesquisa, desenvolvimento e força de trabalho
Sarah Hellwege, MEd, diretora assistente de pesquisa, treinamento e educação

CONSULTORA:
Esha Gupta, redatora de ciências médicas

A American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência) promove o desenvolvimento saudável de crianças, adolescentes e famílias por meio da defesa de direitos, da educação e da pesquisa. Os psiquiatras da infância e adolescência são as principais autoridades médicas em saúde mental infantil.

©2020 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Todos os direitos reservados.



Sumário

Introdução 4

Os transtornos de ansiedade 6

Avaliação e tratamento 8

Medicamentos como ferramenta no tratamento da ansiedade 9

Tratamentos psicossociais para a ansiedade 16

Recursos 17

Introdução

O objetivo do *transtornos de ansiedade: Guia de medicamentos para pais* é fornecer aos pais um recurso de fácil leitura e compreensão sobre o tratamento dos transtornos de ansiedade em crianças. Neste Guia, discutimos as formas mais comuns de ansiedade e transtornos relacionados, incluindo:

- Fobia Específica
- Transtorno de Ansiedade de Separação
- Transtorno de Ansiedade Generalizada
- Transtorno de Ansiedade Social
- Transtorno de Pânico
- Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O que é ansiedade?

A ansiedade é uma emoção normal, fundamental para nossa sobrevivência e funcionamento. Ela pode nos ajudar a evitar situações potencialmente perigosas e a nos preparar para desafios. Eventos estressantes da vida, como fazer uma prova, começar em uma nova escola ou falar diante de um grupo, podem desencadear formas normais de ansiedade na infância, úteis para preparar a criança para o desafio que está por vir. Dito isso, às vezes pode haver dificuldades na expressão das emoções que podem afetar negativamente a vida cotidiana. Medo, ansiedade, tristeza e até mesmo nossa capacidade de sentir prazer podem ser um problema se essas emoções se tornarem extremas e prejudicarem nossa capacidade de funcionar.

Quão comuns são os transtornos de ansiedade e quem é afetado?

Os transtornos de ansiedade são comuns em crianças e adolescentes e geralmente começam durante a infância e a adolescência. Na verdade, alguns sugerem que os transtornos de ansiedade podem afetar 1 em cada 8 crianças. O National Institute of Mental Health (NIMH) estima que 25,1% dos adolescentes entre 13 e 18 anos terão um transtorno de ansiedade, e que 5,9% terão um transtorno de ansiedade grave. Meninos e meninas são igualmente afetados na infância e, após a puberdade, as meninas parecem ser mais comumente afetadas do que os meninos.

Tanto a genética quanto o ambiente desempenham um papel nos transtornos de ansiedade. Um histórico familiar genético de transtornos de ansiedade aumenta o risco de um jovem desenvolver um transtorno de ansiedade. Além disso, cuidadores ou familiares podem reagir a uma criança ansiosa de uma maneira que agrave ainda mais sua ansiedade, ao apoiar, sem perceber, a evitação em vez do enfrentamento e reforçar involuntariamente o medo e a preocupação em vez de boas estratégias de enfrentamento.

Qual é a diferença entre ansiedade "normal" e transtorno de ansiedade?

Os transtornos de ansiedade diferem da ansiedade comum ou típica, assim como a depressão difere da tristeza cotidiana, ou como a mania (humor elevado e expansivo) difere da felicidade e da empolgação comuns.

Apesar das diferentes formas pelas quais a ansiedade é expressa entre crianças de diferentes origens e etnias, os sintomas dos transtornos de ansiedade diferem dos da ansiedade normal de várias maneiras importantes.

1. A ansiedade normal ocorre em todas as fases da vida. No entanto, os transtornos de ansiedade **afetam as crianças pela primeira vez antes da puberdade** e podem começar ou piorar inesperadamente, "do nada".

2. Atividades típicas e adequadas à faixa etária, que a maioria das crianças aprecia, podem ser **difíceis de realizar** para crianças com transtornos de ansiedade. Para uma criança com transtorno de ansiedade, ir à escola, dormir na casa de amigos ou ir a colônias de férias, fazer novos amigos em uma festa, "se exibir" e participar de experiências novas e potencialmente gratificantes (como ir a



parques de diversões) pode causar muita ansiedade. Na verdade, a reação intensa da criança costuma surpreender seus cuidadores, pois o fator desencadeador costuma ser um acontecimento rotineiro e normal da vida que se espera que uma criança de determinada idade seja capaz de realizar.

3. Crianças com transtornos de ansiedade geralmente apresentam vários **sintomas físicos sem explicação**, como dores de barriga, dores de cabeça, falta de ar, dor no peito, preocupação em engasgar, em ter ânsia de vômito ou vômitos. Elas muitas vezes se preocupam com a própria saúde em geral. Crianças ansiosas podem prestar muita atenção às sensações do corpo e acreditar erroneamente que essas sensações são sintomas de uma doença. Como resultado, é provável que essas crianças pareçam fisicamente doentes aos olhos dos pais e procurem a enfermeira da escola e/ou o pediatra com mais frequência, o que pode levar a faltas escolares e até mesmo a procedimentos médicos desnecessários.

4. A **persistência e a consistência** do quadro de sintomas de ansiedade ao longo do tempo são fundamentais para diagnosticar um transtorno de ansiedade. Dito isso, algumas crianças ansiosas podem experimentar uma piora repentina dos sintomas de ansiedade. Por exemplo, uma criança de 8 anos que tenha apresentado ansiedade leve quando mais nova, mas que gostava da escola, pode agora sofrer de ansiedade de separação e se recusar a ir à escola.

5. Crianças com ansiedade tendem a lidar com ela **evitando situações** que as deixem ansiosas. Se as experiências desencadeadoras forem atividades rotineiras e necessárias do processo de crescimento, o funcionamento da criança no dia a dia e sua vida em casa ou na escola podem ser prejudicados.

6. Crianças com transtornos de ansiedade **também podem ter ansiedade normal**. Profissionais treinados, como psiquiatras da infância e adolescência, podem reconhecer os padrões de sintomas de um transtorno de ansiedade, em parte porque os tipos de sintomas são muito semelhantes entre crianças com transtornos de ansiedade.

Os pais e cuidadores muitas vezes adotam um padrão de antecipar os comportamentos ansiosos da criança e, na tentativa de aliviar seu sofrimento, ajudam a criança a evitar um possível gatilho de ansiedade. Infelizmente, embora os pais e cuidadores tenham as melhores intenções, suas ações podem, na verdade, agravar a ansiedade e impedir que a criança lide com tarefas típicas e importantes do desenvolvimento e se adapte a elas. Evitação, crises ou outros comportamentos que impedem continuamente a criança de realizar atividades adequadas à sua idade resultam em prejuízo "funcional". Além disso, o sofrimento físico e emocional causado pela ansiedade constitui prejuízo "psicológico". Quando uma criança com ansiedade apresenta prejuízo *funcional* e *psicológico*, ela está sofrendo de um transtorno de ansiedade.

Os transtornos de ansiedade

Os transtornos de ansiedade são categorizados em diferentes tipos, dependendo dos sintomas apresentados pelas crianças. **(Tabela 1)**

Sintomas comuns em todos os transtornos de ansiedade

Embora existam sintomas específicos associados a cada um dos transtornos de ansiedade listados na Tabela 1, há sintomas comuns entre esses transtornos.

- Hipervigilância: monitoramento contínuo do ambiente em busca de qualquer coisa nova ou diferente.
- Reatividade: enquanto a maioria das crianças é curiosa e se interessa por coisas novas, crianças com ansiedade frequentemente se sentem ameaçadas por eventos ou expectativas novos ou em mudança e reagem de acordo.



- Queixas físicas: dores de cabeça, medo de ter ânsia de vômito, de engasgar ou de vomitar, dor no peito, falta de ar, falta de apetite, dor de barriga, necessidade urgente de ir ao banheiro, aumento da transpiração, tensão muscular, tremores e dificuldade para pegar no sono.
- Evitação: a maneira mais comum e fácil de uma criança lidar com a ansiedade é evitar. Em vez de encarar uma nova situação com curiosidade, como a maioria das crianças, as crianças com transtornos de ansiedade evitam situações que desencadeiam ansiedade. Evitar tarefas importantes do desenvolvimento é um sinal de que a ansiedade da criança precisa ser tratada.
- Problemas comportamentais: se a criança não puder evitar uma situação que desencadeie ansiedade, ela poderá apresentar problemas comportamentais significativos, frequentemente descritos como “crises”, como se recusar a participar, tornar-se opositora e ter acessos de raiva. A ansiedade intensa ou as crises são muito desafiadoras para a maioria dos cuidadores e muitas vezes os fazem se sentir impotentes diante da dificuldade de ajudar a criança.

Tabela 1.

Ansiedade e transtornos relacionados	
Fobia Específica	• Reações de medo irracionais ou extremas a um objeto ou situação (por exemplo: animais, altura, personagens fantasiados e meios de transporte) • Resulta em evitar os objetos ou situações ou em demonstrar sofrimento quando exposto a eles na vida cotidiana • Frequentemente é o primeiro sinal de um transtorno de ansiedade e pode estar associado a outros transtornos de ansiedade
Ansiedade de Separação	• Preocupação específica de que algo ruim aconteça com eles ou com seus cuidadores quando estiverem separados (por exemplo: estar em um cômodo da casa diferente daquele em que estão seus cuidadores, dormir sozinho na própria cama, ir à escola pela manhã, passar a noite na casa de um amigo próximo ou preocupar-se quando seus cuidadores não estão em casa ou demoram a voltar) • Podem ser descritos como excessivamente apegados ou como alguém que sente saudades de casa com facilidade
Transtorno de Ansiedade Generalizada	• Uma variedade de medos e preocupações relacionados às experiências da vida cotidiana (ou seja, frequentemente antecipam desastres [por exemplo, apresentam pensamento catastrófico], preocupam-se com seus problemas de saúde e sua situação financeira, bem como com a saúde e as finanças de suas famílias, pensam sobre a vida e a morte, assim como sobre problemas familiares e de relacionamento interpessoal, e sentem intensa pressão acadêmica) • Podem ser descritos como preocupados, tensos, rígidos, inflexíveis e perfeccionistas • Podem sentir que "algo ruim sempre vai acontecer" (se os sentimentos de apreensão forem extremamente intensos, podem ser diagnosticados erroneamente com depressão) • Podem ter problemas para adormecer à noite por causa de preocupações • Às vezes, podem ter dificuldade para manter o foco e se concentrar na escola por estarem preocupados (se a dificuldade for significativa, podem ser diagnosticados erroneamente com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade)
Transtorno de Ansiedade Social	• Medo ou preocupação com seu desempenho nas interações sociais (ou seja, sentem-se extremamente constrangidos diante dos outros e têm medo de serem julgados ou humilhados em uma situação social, de fazer algo tolo ou constrangedor, ou ficam assustados com a ideia de se tornarem o foco da atenção dos outros) • Pode se limitar a situações específicas (como falar diante de um grupo) ou pode ser um problema generalizado e afetá-los em interações um a um (como pedir comida em um restaurante e/ou fazer uma pergunta a um estranho confiável, como um professor, ou pedir informações a um policial) • Eles são frequentemente considerados tímidos, muito inibidos, "lentos para se soltar", hesitantes em falar em situações sociais, "que falam baixo" e relutantes em fazer perguntas aos outros, ou podem responder às perguntas com frases curtas e evitar fazer contato visual socialmente apropriado • Frequentemente apresentam sintomas físicos (como rubor, sudorese, tremores ou sensação de náusea ou mal-estar no barriga) quando enfrentam uma situação social
Transtorno de Pânico	• Apresentam ataques de pânico caracterizados pelo surgimento súbito (em questão de minutos) de medo intenso de que algo ruim esteja acontecendo ou vá acontecer, ou de perder o controle • O ataque de pânico geralmente atinge seu pico em 10 minutos e dura aproximadamente de 15 a 30 minutos, mas os efeitos de ter tido um ataque de pânico podem continuar, à medida que a pessoa se preocupa em ter outro ataque e com o que o ataque pode significar para sua saúde, fazendo com que evite situações associadas à sensação de pânico • Os sintomas físicos de um ataque de pânico podem incluir falta de ar, dor no peito, sensação de batimentos cardíacos irregulares, coração batendo forte ou rápido demais, aumento da frequência respiratória (hiperventilação) com formigamento ou dormência ao redor da boca e nos dedos, sudorese e tremores; embora pareçam representar risco à vida, não são perigosos
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	• Caracterizado por obsessões, que são pensamentos, impulsos ou imagens mentais repetitivos e indesejados que causam ansiedade e sofrimento e estão associados a comportamentos compulsivos • Os rituais compulsivos parecem aliviar, a curto prazo, a ansiedade causada por esses pensamentos, mas a criança frequentemente passa uma quantidade substancial de tempo obcecada ou envolvida em compulsões (mais de 1 hora por dia), o que causa sofrimento e prejudica seu funcionamento diário • As obsessões comuns incluem: medo de germes ou contaminação; pensamentos indesejados e considerados tabus sobre sexo, religião e causar danos a si mesmo ou a outras pessoas; pensamentos agressivos indesejados; e necessidade de que as coisas estejam equilibradas, simétricas ou em perfeita ordem • As compulsões comuns incluem: higiene pessoal e lavagem das mãos excessivas; organizar e arrumar as coisas de uma maneira específica e precisa; verificar repetidamente coisas como se a porta está trancada ou se o fogão está desligado; e realizar rituais mentais, como substituir um "pensamento ruim" por um "pensamento bom"

Avaliação e tratamento

É importante que o profissional de saúde que avalia uma criança quanto a um transtorno de ansiedade esteja familiarizado com o diagnóstico, a evolução e o tratamento dos transtornos de ansiedade. Dada a possibilidade de sobreposição entre a ansiedade normal e os transtornos de ansiedade, alguns pediatras, médicos da atenção primária, profissionais da escola e profissionais de saúde mental podem não compreender como os transtornos de ansiedade se manifestam em crianças e podem não reconhecer plenamente os transtornos de ansiedade como um problema importante de saúde mental.

Os psiquiatras da infância e adolescência, médicos especializados no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, são membros importantes da equipe de cuidados de saúde mental do seu filho, pois oferecem às famílias as vantagens de uma formação médica, dos princípios éticos da profissão médica e da responsabilidade médica de proporcionar cuidados abrangentes.

É importante diferenciar reações de ansiedade intensas e persistentes a eventos significativos da vida (ou seja, reações de ansiedade "normais" a circunstâncias extremas da vida) de um transtorno de ansiedade. Os transtornos de ansiedade exigem tratamentos específicos, enquanto as reações de ansiedade a circunstâncias extremas da vida são manejadas proporcionando às crianças ambientes seguros, estáveis e previsíveis, e até mesmo tratamento, incluindo apoio psicológico. Em ambas as situações, crianças com dificuldade para lidar com as atividades do dia a dia devem consultar um profissional de saúde para uma avaliação completa e para determinar o tratamento necessário.

Como muitos dos sintomas de ansiedade são vivenciados internamente pela criança (por exemplo, medo ou preocupação), um cuidador pode reconhecer apenas o prejuízo funcional que a criança apresenta; por exemplo: dificuldade para adormecer, não ir à escola, ansiedade em situações de desempenho, relutância em participar de atividades sociais e fazer amigos, reações emocionais intensas e outros comportamentos de evitação. Uma avaliação abrangente realizada por um profissional de saúde provavelmente incluirá o preenchimento de escalas de avaliação e entrevistas com os pais e a criança sobre os sintomas internos e o prejuízo funcional da criança. O profissional de saúde buscará compreender o padrão dos sintomas de ansiedade da criança, o nível de evitação e a disposição da família para participar do tratamento. Ele também determinará se a criança tem outros problemas que possam tornar o plano de tratamento mais desafiador.

O profissional de saúde levará em consideração diversos fatores para decidir qual tratamento é necessário para uma criança com transtorno de ansiedade. Após avaliar a criança, o profissional de saúde deve comunicar os resultados da avaliação, as recomendações específicas de tratamento e os motivos que fundamentam essas recomendações. As recomendações de tratamento geralmente incluem orientações específicas sobre como a família pode se envolver e apoiar a criança da melhor maneira possível, tornando-se essencialmente "orientadores" que trabalham com a criança para "enfrentar" seus medos e preocupações.

Embora seja uma decisão importante iniciar o tratamento de uma criança com transtorno de ansiedade, é importante entender que também é uma decisão importante não iniciar o tratamento. Estudos clínicos sugerem que crianças com transtornos de ansiedade não melhoram apenas com apoio, e estudos de longo prazo sugerem que a ansiedade, quando não tratada, está associada a uma série de desfechos negativos na vida, incluindo o risco de depressão, uso indevido de substâncias, pensamentos e comportamentos suicidas e dificuldades de adaptação e enfrentamento.

Independentemente da situação, quando uma criança tem dificuldade para lidar com as atividades do dia a dia devido à ansiedade, ela deve ser avaliada por um profissional de saúde para uma avaliação completa e para determinar se há indicação de tratamento.

Papel da família na avaliação e no tratamento

É muito importante o envolvimento da família na avaliação e no tratamento da ansiedade. Os profissionais de saúde conhecem os transtornos de ansiedade em crianças, mas dependem muito do envolvimento ativo dos cuidadores na avaliação e no tratamento para poderem oferecer o melhor cuidado possível à criança. Os cuidadores da criança são os "olhos e ouvidos" do profissional de saúde. O tratamento é muito mais eficaz quando pais e profissionais de saúde trabalham juntos para reduzir a ansiedade da criança.

Medicamentos como ferramenta no tratamento da ansiedade

A Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos supervisiona o processo de aprovação para demonstrar que um medicamento é seguro e eficaz para uma condição específica (por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada). Após a aprovação de um medicamento pela FDA, os profissionais de saúde podem utilizá-lo para a condição específica para a qual foi aprovado (ou seja, prescrição *on-label*) ou para qualquer outra condição na qual estudos tenham demonstrado sua eficácia ou o médico considere que o medicamento pode ser eficaz e seguro (ou seja, prescrição off-label).

É importante reconhecer que os profissionais de saúde que oferecem tratamento medicamentoso de alta qualidade e "baseado em evidências" para crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade frequentemente recomendam e prescrevem medicamentos seguros e eficazes *"off-label"*. Isso não é algo ruim, pois os medicamentos demonstraram ser eficazes e seguros, embora não tenham passado pelo processo de aprovação da FDA.

Para transtornos de ansiedade na infância, apenas um medicamento, a duloxetina, recebeu aprovação da FDA e pode ser prescrito "on-label" para crianças com 7 anos de idade ou mais com transtorno de ansiedade generalizada. No entanto, diversos outros medicamentos demonstraram ser seguros e eficazes no tratamento dos transtornos de ansiedade na infância, mas não passaram pelo processo de aprovação da FDA.



É importante reconhecer que os profissionais de saúde que oferecem tratamento medicamentoso de alta qualidade e "baseado em evidências" para crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade frequentemente recomendam e prescrevem medicamentos seguros e eficazes *"off-label"*.



O objetivo do tratamento de uma criança é sempre a remissão do transtorno de ansiedade (apresentar poucos sintomas ou nenhum sintoma).

Quais medicamentos reduzem a ansiedade e seus sintomas de forma consistente ao longo do tempo?

Os medicamentos antidepressivos representam a base do tratamento medicamentoso para jovens com transtornos de ansiedade e TOC. Muitos dos medicamentos que beneficiam os transtornos de ansiedade e o TOC foram inicialmente reconhecidos como medicamentos para a depressão e, portanto, chamados de antidepressivos. Os medicamentos antidepressivos mais eficazes, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), aumentam os efeitos da serotonina e da noradrenalina, neurotransmissores químicos do organismo humano que ajudam a regular a ansiedade, o humor e o comportamento social.

Medicamentos antidepressivos que demonstraram ser eficazes no tratamento de transtornos de ansiedade na infância e que podem ser prescritos "on-label" incluem a duloxetina (Cymbalta™), enquanto os que podem ser prescritos "off-label" incluem a sertralina (Zoloft™), a fluoxetina (Prozac™), a fluvoxamina (Luvox™), a paroxetina (Paxil™) e a venlafaxina ER (Effexor XR™).

Qual é o objetivo do tratamento em uma criança ou adolescente com ansiedade?

O objetivo do tratamento de uma criança é sempre a remissão do transtorno de ansiedade (apresentar poucos sintomas ou nenhum sintoma). Se a remissão não for alcançada com o tratamento com antidepressivos ou com a combinação de tratamento com antidepressivos e tratamento psicológico, o profissional de saúde poderá considerar diferentes abordagens, incluindo mudanças na medicação ou a adição de outras intervenções psicológicas. É importante ter em mente que não há problema se for sugerida uma mudança de medicamento para atingir a meta de remissão, pois a criança pode responder melhor ao segundo medicamento. A mudança do tratamento de crianças e adolescentes que não respondem ao tratamento medicamentoso inicial demonstrou ser benéfica.

O que os estudos sobre o uso de medicamentos antidepressivos em crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade demonstraram?

Quase uma dúzia de estudos avaliaram medicamentos antidepressivos em crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade generalizada, social e de separação. **(Tabela 2)** Em quase todos os estudos, os jovens que receberam medicamentos antidepressivos se saíram melhor do que aqueles que receberam placebo (pílula de açúcar). E as crianças que receberam uma combinação de medicamentos e tratamento psicológico para ansiedade tiveram os melhores resultados. Da mesma forma, em crianças com TOC, os ISRS foram estudados e são eficazes na redução dos sintomas do TOC. Estudos que compararam ISRS e psicoterapia em crianças e adolescentes com TOC geralmente demonstraram que a combinação de um medicamento



antidepressivo e psicoterapia é muito mais eficaz do que a psicoterapia ou o medicamento isoladamente.

Como os medicamentos são escolhidos?

Um profissional de saúde considerará vários fatores
ao escolher se deve prescrever
um medicamento específico para uma criança.

- Diagnóstico
- Idade da criança
- Eficácia do medicamento
- Efeitos colaterais
- Com que rapidez o medicamento faz efeito
- Interações com outros medicamentos tomados pela criança
- Forma em que o medicamento é tomado (cápsulas, comprimidos, líquido)

Quanto tempo leva para o medicamento começar a fazer efeito?

Frequentemente, a melhora com medicamentos antidepressivos começa em 2 a 4 semanas, com melhora adicional ao longo de 8 a 12 semanas. Algumas crianças apresentam melhora com doses baixas de medicamentos antidepressivos logo no início do tratamento; no entanto, os profissionais de saúde podem aumentar a dose do medicamento para garantir que a criança tenha a melhor chance de alcançar a remissão. Nos estudos clínicos sobre medicamentos, a melhor dose terapêutica é frequentemente identificada após 8 a 12 semanas de tratamento, com os sintomas continuando a melhorar mesmo depois disso. Estudos sugerem que os efeitos benéficos do tratamento com ISRS — independentemente de ser administrado em conjunto com a terapia cognitivo-comportamental (TCC) — atingem seu benefício máximo após 6 a 9 meses de tratamento.

Quais medicamentos são usados ocasionalmente para episódios intensos de ansiedade?

Os profissionais de saúde frequentemente usam medicamentos de diferentes classes para lidar com situações específicas que provocam ansiedade, como viajar de avião, fazer um discurso ou realizar outras atividades de desempenho. Alguns desses medicamentos pertencem à classe dos benzodiazepínicos, como o lorazepam (Ativan™) e o clonazepam (Klonopin™). Os benzodiazepínicos são geralmente usados para tratamento de curto prazo. Quando usados por longos períodos, alguns pacientes têm dificuldade em interromper o medicamento e apresentam sintomas de abstinência.

Alguns profissionais de saúde também usam anti-histamínicos, como a difenidramina (Benadryl™) ou a hidroxizina (Atarax™, Vistaril™), para reduzir a ansiedade por períodos curtos. Além disso, medicamentos da classe dos betabloqueadores, como o propranolol (Inderal™), têm sido usados em situações de desempenho, como apresentações em público.

Nos estudos clínicos sobre medicamentos, a melhor dose terapêutica é frequentemente identificada após 8 a 12 semanas de tratamento, com os sintomas continuando a melhorar mesmo depois disso.

Tabela 2.

Medicamentos que podem ser usados para tratar transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes.						
Classe	**Medicamento (nome comercial)**	**Faixa de dose habitual (mg/dia)**	**Concentração do comprimido (mg)**	**Efeitos colaterais comuns**	**Efeitos colaterais graves**	**Efeitos colaterais graves incomuns**
ISRS	Citalopram/escitalopram (Celexa/Lexapro™)	10/5–40/20	10/5, 20/10, 40	• Dor de cabeça • Insônia • Diarreia • Apetite diminuído • Hiperatividade/ inquietação • Vômito • Aumento da raiva/ irritabilidade • Disfunção sexual • Dor muscular • Perda/ganho de peso	• Advertência em destaque — pensamentos e comportamentos suicidas em crianças, adolescentes e adultos jovens • Potencial para ritmo cardíaco anormal • Mania	• Síndrome serotoninérgica • Problemas de sangramento
	Fluvoxamina (Luvox™, Luvox CR™)	100–300	25, 50, 100, 150			
	Sertralina (Zoloft™)	25–200	25, 50, 100			
	Fluoxetina (Prozac™, Sarafem™)	10–60	10, 20, 40, 60			
	Paroxetina (Paxil™, Pexeva™)	10–50	10, 20, 40			
IRSN **Agente noradrenérgico**	Venlafaxina ER (Effexor™)	37,5–225	37,5; 75; 150; 225	• Sonolência • Insônia • Inquietação • Disfunção sexual • Dor de cabeça • Boca seca • Aumento da raiva/ irritabilidade • Aumento da pressão arterial • Aumento da frequência cardíaca • Dor muscular • Perda/ganho de peso	• Advertência em destaque — pensamentos e comportamentos suicidas em crianças, adolescentes e adultos jovens • Mania	• Síndrome serotoninérgica • Problemas de sangramento
	Duloxetina (Cymbalta™)	30–120	20, 30, 40, 60			
	Atomoxetina (Strattera™)	10–100	10, 18, 25, 40, 60, 80, 100			
Antidepressivo tricíclico	Clomipramina (Anafranil™)	75–250	25, 50, 75	• Sonolência • Boca seca • Ganho de peso	• Advertência em destaque — pensamentos e comportamentos suicidas em crianças, adolescentes e adultos jovens • Alterações do ritmo cardíaco; eletrocardiograma e níveis sanguíneos • Mania	Síndrome serotoninérgica
	Imipramina (Trofanil™, Trofranil-PM™)		10, 25, 50			
Benzodiazepínico	Alprazolam (Xanax™, Alprazolam Intensol™)	0,5–1,5	0,25; 0,5; 1; 2	• Sonolência • Falta de coordenação motora • Boca seca • Tontura • Dor abdominal	• Possível dependência • Sintomas de abstinência quando usado em altas doses, especialmente quando administrado por longos períodos. Diminuir a dose gradualmente é uma estratégia comum para diminuir o risco de sintomas de abstinência. • Desinibição • Comprometimento da memória • Agravamento da depressão	Depressão respiratória (possível em altas doses e quando combinada com outros depressores do sistema nervoso central)
	Clonazepam (Klonopin™)	0,5–3	0,5; 1; 2			
	Lorazepam (Ativan™, Lorazepam Intensol™)	1–2	1, 2			
Ansiolítico atípico	Buspirona (Buspar™)	15–60	5, 10, 15, 30	• Tontura • Sensação de cabeça leve • Cansaço		
Anti-histamínico	Difenidramina (Benadryl™, Banophen™, Diphenhist™)	12,5–50	25, 50	• Sonolência • Boca seca • Diminuição do suor	• Ritmos cardíacos anormais • Agitação • Dificuldade em esvaziar a bexiga completamente • Danos a certos tipos de células sanguíneas • Convulsões	
	Doxilamina (Unisom™, WalSom™)	12,5–50	25, 50			
	Hidroxizina (Atarax™)	25–50	10, 25, 50			

Adaptado de Wilens, Hammerness. Straight Talk about Psychiatric Medications in Kids (Guilford Press, 2016).

O que é a advertência da FDA?

A FDA adicionou uma "advertência em destaque" a todos os medicamentos antidepressivos para alertar os médicos prescritores e os pacientes de que devem ser tomados cuidados especiais ao utilizar medicamentos antidepressivos em crianças, adolescentes e adultos jovens. A advertência afirma que os medicamentos antidepressivos estão "associados a um aumento do risco de pensamentos e/ou comportamentos suicidas em uma pequena proporção de crianças e adolescentes, especialmente nas fases iniciais do tratamento". Esses "eventos adversos" (principalmente pensamentos suicidas) foram relatados por aproximadamente 4% de todas as crianças e adolescentes que tomaram o medicamento, em comparação com 2% daqueles que receberam placebo. Estudos mais recentes e de maior porte sugerem que o risco associado é ainda menor. É importante entender que não se sabe por que existe um risco pequeno, mas um pouco maior, de pensamentos ou comportamentos suicidas com o uso de medicamentos do que com o placebo.

Quais medicamentos são usados para problemas ocasionais de sono em jovens com ansiedade?

O sono costuma ser um problema significativo em jovens com ansiedade. O tratamento do transtorno de ansiedade com antidepressivos e/ou TCC costuma ser benéfico na redução da ansiedade e na restauração dos padrões normais de sono. Se a ansiedade da criança estiver muito bem controlada e ela ainda tiver dificuldade para adormecer, devem ser tentadas abordagens comportamentais em seguida. Se as abordagens comportamentais não forem bem-sucedidas, existem diferentes medicamentos que ajudam as crianças com ansiedade a dormir melhor. Os profissionais de saúde frequentemente escolhem entre medicamentos como melatonina, anti-histamínicos, antidepressivos com efeito sedativo, como a mirtazapina, e até mesmo alguns medicamentos comercializados especificamente para insônia em adultos, como o zolpidem (Ambien™) e a zaleplona (Sonata™). Embora os medicamentos usados em adultos para insônia possam ser úteis em crianças, eles não foram estudados extensivamente em crianças.

Como a dose do medicamento é selecionada e alterada?

Para os medicamentos antidepressivos, os médicos selecionam uma dose inicial com base em estudos que avaliaram o medicamento em crianças e adolescentes. Em geral, crianças com ansiedade começam com uma dose baixa do medicamento, com aumentos graduais até atingir a dose adequada que ofereça a melhor chance de remissão, com efeitos colaterais mínimos, se houver. Durante o tratamento, o cuidador e a criança se reunirão com o profissional de saúde para discutir como os sintomas de ansiedade mudaram e se há efeitos colaterais. Alguns profissionais de saúde ajustam as doses mais rapidamente (com consultas de acompanhamento mais frequentes), enquanto outros podem preferir uma abordagem mais gradual. "Começar com uma dose baixa e aumentá-la gradualmente" é uma abordagem adequada; no entanto, é importante entender que começar com uma dose muito baixa e aumentá-la muito lentamente pode prolongar desnecessariamente o sofrimento da criança. As faixas de dose comuns para medicamentos usados para tratar crianças com ansiedade são mostradas na **Tabela 2**.

Como são controlados os efeitos colaterais?

Antidepressivos como os ISRS e os IRSN podem causar diversos efeitos colaterais, conforme mostrado na **Tabela 2**. É importante discutir os efeitos colaterais dos medicamentos com o médico do seu filho. Todos se preocupam com efeitos colaterais, mas é provável que pessoas e crianças com transtornos de ansiedade se preocupem mais do que outras. A presença de efeitos colaterais é uma parte importante da tomada de decisão para ajustes de dose. Às vezes, é difícil dizer se a criança está tendo um efeito colateral ou se é a ansiedade que ainda está afetando a criança (por exemplo, dor de barriga).

Os efeitos colaterais comuns, que ocorrem em aproximadamente 10% a 20% dos pacientes, incluem dores de cabeça, dificuldade para dormir, alterações no apetite, dor abdominal e diarreia. Possíveis efeitos colaterais, que podem ocorrer em 5% dos pacientes, incluem ganho de peso, dor muscular e sintomas de resfriado comum. Efeitos colaterais raros, que ocorrem com frequência muito menor, incluem convulsões, autolesão deliberada, alterações do ritmo cardíaco e mania. Os pensamentos e comportamentos suicidas são discutidos no quadro à esquerda. É importante saber que esse risco não foi demonstrado na maioria dos estudos sobre ISRS em crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade.

Talvez a maior preocupação dos pais seja se o medicamento mudará o comportamento ou a personalidade da criança de uma maneira indesejada. Em geral, quando os ISRS e os IRSN funcionam bem, eles reduzem significativamente a ansiedade da criança e permitem que ela desempenhe suas atividades como faria se não estivesse ansiosa. É importante saber que os medicamentos reduzem a ansiedade, mas não resolvem todos os problemas que uma criança possa ter.

Por fim, em todos os estudos sobre ISRS e IRSN, há um padrão comum de efeitos colaterais que chamamos de "síndrome de ativação" — uma inquietação excessiva e desconfortável que ocorre no início do tratamento ou logo após uma mudança na dose. A ativação pode fazer com que a criança fique mais irritada, impulsiva e, em geral, mais difícil de controlar. Reduzir a dose do medicamento ou descontinuá-lo é a melhor estratégia de manejo até que os sintomas de ativação desapareçam. Como os sintomas de ativação ocorrem com mais frequência no início do tratamento e em doses mais baixas, pode ser difícil atingir a dose terapêutica completa

em uma criança se o medicamento parecer causar ativação.

A estratégia habitual para controlar os efeitos colaterais é reduzir a dose ou suspender o medicamento. No entanto, ajustar a dose para minimizar os efeitos colaterais pode resultar na perda de alguns dos benefícios do medicamento. Pode ser um equilíbrio delicado que o cuidador e o médico precisam administrar juntos. Se o profissional de saúde precisar reduzir a dose do medicamento para reduzir os efeitos colaterais e os sintomas retornarem, ele revisará as opções de tratamento com o cuidador para que a criança tenha o melhor resultado. Trocar de medicamento é algo que geralmente é feito quando o primeiro medicamento não funciona ou há efeitos colaterais.

Como sei que o medicamento está funcionando?

A questão de saber se o tratamento — medicamentoso, psicológico ou a combinação dos dois — está funcionando é melhor respondida observando se a ansiedade da criança diminui em frequência e intensidade e se a criança parece, de modo geral, mais confortável e capaz de realizar suas atividades. Os pais, cuidadores e profissionais de saúde também podem responder a essa pergunta observando a melhora de sintomas específicos que são alvos do tratamento, como a preocupação excessiva. Em geral, no caso de crianças com transtornos de ansiedade, os pais e cuidadores poderão observar que a criança agora é capaz de fazer coisas que não conseguia fazer antes, como adormecer rapidamente, passar a noite na casa de um amigo, ir a uma festa, frequentar a escola e acampamentos, estar em meio a grupos de pessoas, ir a shoppings ou restaurantes etc. Os sintomas físicos relacionados à ansiedade (por exemplo: dores de cabeça, dores de barriga, dificuldade para engolir etc.) diminuirão ou cessarão completamente.

Por quanto tempo a medicação deve ser mantida?

Ao considerarem quando interromper o tratamento com antidepressivos, os cuidadores e a criança devem lembrar que o objetivo final do tratamento é apresentar poucos ou nenhum sintoma. A criança tem mais chances de interromper o tratamento com sucesso se tiver alcançado remissão e recuperação funcional.



Qualquer discussão sobre se e quando interromper o tratamento só deve ocorrer a partir desse momento. Crianças com sintomas persistentes de ansiedade e prejuízo funcional associado podem não ser as melhores candidatas à interrupção da medicação. Pode ser melhor aumentar a medicação ou intensificar o tratamento psicológico para alcançar a remissão antes de considerar a interrupção do tratamento.

Embora não se saiba qual é o período exato, alguns especialistas recomendam interromper a medicação de 6 a 12 meses após o alcance da remissão. Uma criança que tenha obtido bons resultados ao trabalhar com a família durante a psicoterapia, em conjunto com o tratamento medicamentoso, ou que tenha respondido mais rapidamente ao tratamento (o que é mais provável com a combinação de antidepressivos e psicoterapia), pode estar pronta para interromper o tratamento medicamentoso mais cedo. É importante ter em mente que não há evidências de que o tratamento prolongado com antidepressivos seja inseguro quando o medicamento é, de modo geral, bem tolerado.

Um dos riscos de interromper a medicação é a possibilidade de os sintomas de ansiedade retornarem, mesmo em crianças que tenham se recuperado. As famílias devem considerar a interrupção do tratamento com antidepressivos apenas durante períodos de baixo estresse e, especificamente, não quando se espera que a criança esteja mais ansiosa. Por exemplo, provavelmente não é uma boa ideia interromper a medicação antes do início do ano letivo para uma criança com ansiedade de separação que tinha dificuldade para ir à escola. Além disso, para algumas crianças com ansiedade, períodos aparentemente de baixo estresse, como férias em família ou feriados, podem parecer um bom momento para interromper a medicação, mas, na realidade, podem ser estressantes, e a ansiedade resultante pode ser atribuída equivocadamente à interrupção da medicação.

Se a criança tiver conseguido interromper a medicação com sucesso, pode ser útil monitorá-la sem o medicamento para garantir que sintomas sutis de ansiedade não retornem e que ela mantenha sua recuperação funcional.



Tratamentos psicossociais para a ansiedade

O profissional de saúde que avaliar a criança poderá recomendar um tratamento psicológico específico, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), ou uma combinação de TCC e medicação, que são os tratamentos baseados em evidências para os transtornos de ansiedade com início na infância — especificamente, os transtornos de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada e de ansiedade social, além do TOC.

O tratamento psicológico baseado em evidências (TCC) para os transtornos de ansiedade e o TOC começa com a educação da criança e da família sobre a natureza dos sintomas de ansiedade e sobre como esses sintomas podem piorar com o tempo se não forem tratados de forma eficaz. Por exemplo, uma criança que sente ansiedade e lida com ela evitando determinadas situações pode se sentir melhor no curto prazo, mas a evitação, na verdade, reforça a ansiedade a longo prazo. Depois que a criança e a família compreenderem essa dinâmica importante, o profissional de saúde deve envolver a criança em um processo chamado "exposição e prevenção de resposta". O tratamento de exposição e prevenção de resposta ensina à criança duas coisas importantes: 1) o medo ou a preocupação não são necessários para realizar as tarefas normais do desenvolvimento; e 2) com o tempo, o medo ou a preocupação desaparecerão ou serão mais bem tolerados, e a criança aprenderá a lidar com eles sem evitá-los.

Embora a psicoterapia possa ser uma forma de tratamento muito eficaz para algumas crianças com transtornos de ansiedade, este guia se concentra nos tratamentos medicamentosos. Há outros recursos disponíveis que abordam a TCC com mais detalhes. Além disso, a psicoterapia pode ser utilizada em combinação com a medicação. Crianças que recebem uma combinação de psicoterapia e medicação apresentam menos sintomas de ansiedade do que aquelas que recebem apenas medicação ou apenas psicoterapia.

O tratamento psicológico baseado em evidências (TCC) para os transtornos de ansiedade e o TOC começa com a educação da criança e da família sobre a natureza dos sintomas de ansiedade e sobre como esses sintomas podem piorar com o tempo.



Recursos

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP)
  https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Anxiety_Disorder_Resource_Center/Home.aspx
- Anxiety and Depression Association of America
  https://adaa.org
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
  https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/depression.html
- National Alliance on Mental Illness (NAMI)
  https://www.nami.org/Find-Support/Family-Members-and-Caregivers
- National Institute of Mental Health (NIMH)
  https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml
- https://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders-listing.shtml



Formulário de controle de medicamentos

Use este formulário para acompanhar o histórico do tratamento medicamentoso de seu filho. Leve este formulário às consultas com seu profissional de saúde e registre as alterações nos medicamentos, nas doses, nos efeitos colaterais e nos resultados.

Data	Medicamento	Dose	Efeitos colaterais	Motivo para manter/ interromper

Declarações dos autores

KAREEM GHALIB, MD
Professor clínico assistente, Departamento de Psiquiatria
Columbia University Medical Center
Nenhuma declaração a fazer

KIMBERLY A. GORDON-ACHEBE, MD
Diretora médica
Hope Health Systems, Inc.
Cargos de liderança: Caucus of Black Psychiatrists; Conselho sobre Crianças, Adolescentes e suas Famílias, American Psychiatric Association

TANYA MURPHY, MD, MS
Cátedra patrocinada, Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina; Diretora e professora, Rothman Center for Pediatric Neuropsychiatry; Professora de Pediatria e Psiquiatria, Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina
University of South Florida
Financiamento de pesquisa: Centers for Disease Control and Prevention; F. Hoffmann-La Roche Ltd.; National Institute of Mental Health; Neurocrine Biosciences, Inc.; PANDAS Network; Pfizer Inc.; Psyadon Pharmaceuticals, Inc.; Shire; Teva Pharmaceuticals Industries, Ltd.; Tourette Association of America

Conselho Consultivo Científico: International OCD Foundation, PANDAS Network, Tourette Association of America

DANIEL S. PINE, MD
Chefe, Divisão de Emoção e Desenvolvimento; Chefe da Seção de Neurociência do Desenvolvimento e Afetiva
National Institute of Mental Health
Nenhuma declaração a fazer

ADELAIDE S. ROBB, MD
Chefe, Psiquiatria e Ciências Comportamentais
Children's National Health System
Assessoria/consultoria: Allergan, Inc.; Neuronetics; National Institute of Mental Health; Supernus Pharmaceuticals, Inc.; University of Cambridge

Conselho de Monitoramento de Dados e Segurança: National Institute of Mental Health para a University of Cincinnati; Neuronetics; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.

Honorários por palestras em reuniões: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; American Academy of Pediatrics

Serviços não monetários: Allergan, Inc.; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; American Academy of Pediatrics; Supernus Pharmaceuticals, Inc.

Financiamento de pesquisa: Allergan, Inc.; Lundbeck; National Center for Advancing Translational Sciences; National Institute of Mental Health; National Institute of Neurological Disorders and Stroke; Pfizer Inc.; Supernus Pharmaceuticals, Inc.

Ações mantidas em IRA: Eli Lilly and Company; GlaxoSmithKline; Johnson & Johnson Services, Inc.; Pfizer Inc.

MOIRA A. RYNN, MD
Chefe, Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais
Duke University School of Medicine
Livros, propriedade intelectual: American Psychiatric Association Publishing; UpToDate

Consultoria: Allergan, Inc.

Conselho de Monitoramento de Dados e Segurança: Allergan, Inc.

Financiamento de pesquisa: National Institute of Child Health and Development; National Institute of Mental Health

JEFFREY R. STRAWN, MD
Professor associado
University of Cincinnati
Livros, propriedade intelectual: Springer

Serviços não monetários: apoio para viagens da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Honorários: CMeology

Apoio material: GeneSight/AssureX Health, Inc.

Financiamento de pesquisa: Allergan, Inc.; Lundbeck; National Institute of Child Health and Development; National Institute of Environmental Health Sciences; National Institute of Mental Health; Neuronetics; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.; Yung Family Foundation

JOHN T. WALKUP, MD
Professor, Departamento de Psiquiatria, Northwestern University Feinberg School of Medicine; Diretor, Departamento de Psiquiatria
Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
Livros, propriedade intelectual: Guilford Press; Oxford Press

Honorários: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; American Psychiatric Association; Tourette Association of America

Financiamento de pesquisa: Abbott Laboratories; Eli Lilly and Company; The Hartwell Foundation; Pfizer Inc.; Tourette Association of America

TIMOTHY E. WILENS, MD
Chefe, Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência; Codiretor, Centro de Medicina da Dependência
Massachusetts General Hospital
Assessoria/consultoria: Bay Cove Human Services; Gavin Foundation; Ironshore Pharmaceuticals Inc.; KemPharm, Inc.; National Institute on Drug Abuse; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.; US Minor/Major League Baseball; US National Football League (ERM Associates)

Livros, propriedade intelectual: Cambridge University Press; Elsevier; Guilford Press

Coproprietário de um questionário diagnóstico protegido por direitos autorais: Before School Functioning Questionnaire (BSFQ)

Contrato de licenciamento: Ironshore Pharmaceuticals Inc.

Financiamento de pesquisa: Lloyd Foundation; National Institute on Drug Abuse



AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY

WWW.AACAP.ORG

3615 Wisconsin Avenue, NW | Washington, DC 20016-3007 | www.aacap.org

©2020 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Todos os direitos reservados.