

Orli Carvalho da
Silva Filho¹
Mariana Pereira
da Silva²

Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria

Anxiety disorders in adolescents: considerations for pediatrics and adolescent health

RESUMO

Objetivo: O artigo trata as principais habilidades que pediatras e hebiatras devem ter ao abordar sintomas ansiosos nos adolescentes. **Conclusão:** Ansiedade é um sinal normal de alerta que prepara o indivíduo ao perigo, sendo constituída por manifestações somáticas e psíquicas; configura um transtorno quando sua intensidade, duração, frequência e repercussão sintomática extrapolam a normalidade, segundo desenvolvimento e vivências de cada adolescente. Descartar diagnósticos diferenciais clínicos e iniciar a condução dos casos devem ser práticas conhecidas pela medicina de adolescentes, pela importância e prevalência dos transtornos de ansiedade e suas comorbidades.

PALAVRAS-CHAVE

Ansiedade, transtornos ansiosos, adolescente.

ABSTRACT

Objective: The paper discusses the main ability that pediatricians and specialists in adolescent health should have to approach anxious symptoms in adolescents. **Conclusion:** Anxiety is a normal sign of alert that prepares the individual to the danger, composed by somatic and psychic manifestations; an anxiety disorder is configured when intensity, duration, frequency and repercussion of the symptoms exceed the normality, in accordance to the development and experiences of each adolescent. Rule out clinical differential diagnoses and initiate case conduction should be a routine known by specialists in adolescents medicine, because of the importance and prevalence of the anxiety disorders and its comorbidities.

KEY WORDS

Anxiety, anxiety disorders, adolescent.

¹Hebiatra, Pediatra do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), residente do terceiro ano de psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB/UFRJ) e colaborador do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA/UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Graduanda de Psicologia, 10º período, Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ, Brasil.

Orli Carvalho da Silva Filho (orlicsf@gmail.com) - Ambulatório de Pediatria IFF, Primeiro Andar. Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo - Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22250-020.

Recebido em 13/08/2013 - Aprovado em 18/09/2013

> INTRODUÇÃO

Não é incomum, nas consultas médicas, um adolescente queixar-se com frases como: “estou ansioso demais com as provas”, “tô sempre estressado com minha mãe”, “só de pensar naquele estágio tenho dor de cabeça” ou “tenho tido muito medo depois que aquilo ocorreu lá perto de casa, nem quero mais andar sozinha”; algumas vezes são os cuidadores que reportam essas queixas para o consultório, acrescentando suas explicações e versões, como: “desde que me separei do pai dela, tá muito preocupada com doenças de todos os tipos”. Numa fase do desenvolvimento com tantas mudanças, como a adolescência, é de extrema importância reconhecer, ou pelo menos estar atento, às variações da normalidade e à estreita distinção entre o normal e o patológico^{1,2}. Assim, em toda a hebiatria deve-se ter esse cuidado, principalmente quando se lida com questões subjetivas dessa faixa etária, como ansiedade, medo e angústia¹.

As falas acima, desse modo, podem representar um momento pontual do cotidiano (do paciente ou de sua família), um comportamento reativo e funcional a algum evento ou, ainda, apenas refletir um “exagero” comum nessa idade. Mas também podem ser queixas, ainda que vagas, de um transtorno psiquiátrico inicial ou em curso, considerando ser, a adolescência, um período de vulnerabilidade a seu surgimento ou agravamento^{1,3}; queixas que devem ser investigadas e avaliadas se consistentes e/ou disfuncionais, sendo, então, diagnosticadas e tratadas como um transtorno de ansiedade⁴. Ressalta-se que o fato de a utilização de termos como *ansiedade*, *medo*, *estresse*, *angústia* ser corriqueira no discurso dos pacientes, seus pares e suas famílias, não pode levar à antecipação do diagnóstico de um transtorno de ansiedade pelo pediatra e hebiatra.

> DEFINIÇÕES E PREVALÊNCIA

Todos experimentam ansiedade, é um sinal de alerta, indicando um perigo iminente e capacitando o indivíduo para lidar com uma ameaça^{4,5}.

Ansiedade é definida como estado de humor desagradável, apreensão negativa em relação ao futuro e inquietação desconfortável; inclui manifestações somáticas (cefaleia, dispneia, taquicardia, tremores, vertigem, sudorese, parestesias, náuseas, diarreia etc.) e psíquicas (inquietação interna, insegurança, insônia, irritabilidade, desconforto mental, dificuldade para se concentrar etc.)^{5,6}. É uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga e conflituosa; isso a diferencia do medo, que embora seja um sinal de alerta semelhante, é em consequência a uma ameaça conhecida, externa, definida e sem conflitos, geralmente um objeto preciso. O medo configura uma resposta emocional de uma condição súbita e a ansiedade de uma condição insidiosa⁶. Já a angústia tem conotação mais corporal (“sufocamento”, “sensação de aperto e nó no peito e na garganta”) e relaciona-se ao passado; assim como a ansiedade, apresenta-se reativa a um objeto menos preciso e determinado^{5,6,7}.

A apresentação da ansiedade, medo e angústia pode variar de acordo com o período de desenvolvimento da adolescência, aproximando-se mais de um padrão infantil ou adulto^{3,7,8}. Nos adolescentes, é mais comum encontrar ansiedade relacionada à competência, às ameaças abstratas e às situações sociais, sendo menos frequentemente associada a situações/pessoas/objetos desconhecidos, separação de cuidadores e danos físicos⁸.

É apropriado identificar, durante a adolescência normal, períodos curtos de ansiedade em relação às questões citadas, num modelo adaptativo aos novos estressores e coerente com as diferentes fases do desenvolvimento. É essa possibilidade de se justificar um comportamento ansioso como uma etapa de um psiquismo em formação que permitiu a criação da terminologia “Distúrbios de Aparência Neurótica” (Ajuriaguerra, 1976), em argumentação ao estabelecimento inicial de um quadro neurótico, a partir da observação de sintomas ansiosos nessa idade^{1,7,9}. A presença de medo e ansiedade, em proporções normais, reduz a morbidade em adolescentes, diminuindo a “exposição irresponsável” a certos

riscos predispostos pela idade. Assim, é o grau de prejuízo e a interferência no funcionamento diário do adolescente que configuram esses sintomas como um transtorno de ansiedade. Considera-se também como patológico, quando o nível de medo e ansiedade evocado por determinada situação/objeto é extremo, se comparado a seus pares.⁸ Intensidade, duração, frequência e repercussão dos sintomas, então, são os critérios utilizados na distinção entre o normal e o patológico.

Além dessa disfuncionalidade, comum nos transtornos de ansiedades em todas as idades, adolescentes, principalmente os mais novos, e crianças podem não reconhecer seus medos e preocupações como irracionais, sendo o surgimento de queixas somáticas, também usual. Episódios de irritabilidade, choro intenso e explosões de raiva, muitas vezes interpretados como desobediência e rebeldia, podem expressar, ainda, tentativa de um indivíduo mais novo de evitar o estímulo desencadeante da agressividade³.

Os transtornos de ansiedade fazem parte das doenças psiquiátricas mais comuns na adolescência, com uma prevalência em torno de 10 a 30%, sendo mais comuns em meninas, estando associados à menor escolaridade^{4,7,8}. Mais de 50% desses adolescentes já experimentaram, ou experimentarão, na evolução de seu transtorno ansioso, um episódio depressivo⁸.

> ETIOLOGIA

Os transtornos de ansiedade apresentam etiologia multifatorial, destacando-se, didaticamente, a etiologia genética, neurobiológica, psicológica e ambiental.

Sobre os fatores genéticos, não existem evidências de um gene específico associado à ansiedade, mas há indícios de que as contribuições de diversos genes parecem se somar para determinar uma vulnerabilidade biológica para o desenvolvimento de um transtorno ansioso⁵.

Há três aspectos principais dentre os fatores neurobiológicos: neuroanatômicos, neuroquímicos e neuroendócrinos. Neuroanatomicamente,

alterações funcionais nas regiões cerebrais que modulam emoções e medo parecem implicadas na etiologia dos transtornos de ansiedade, principalmente: amígdala (condicionamento e resposta ao medo), hipocampo (processamento do contexto) e córtex pré-frontal (modulação do medo e suas respostas de extinção)^{5,7,8}. No aspecto neuroquímico, os neurotransmissores ácido gama-aminobutírico (GABA), noradrenalina e serotonina tem-se demonstrado envolvidos na regulação da ansiedade, exercendo atividade no sistema límbico^{5,7,8}. Anormalidades no funcionamento e ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, componente importante na resposta normal e fisiológica ao estresse, são verificadas em alguns transtornos de ansiedade, respaldando o aspecto neuroendócrino⁵.

Dentre os fatores psicológicos, dois modelos prevalecem na explicação da ansiedade, a partir de conceitos cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos⁵. No primeiro, é postulado que adolescentes ansiosos apresentam, como padrão, a avaliação de situações ambíguas como ameaçadoras, preferindo evitá-las. Isso teria origem ainda na infância, quando apareceriam as primeiras cognições disfuncionais. Os aspectos psicodinâmicos propõem que os sintomas ansiosos refletem e são decorrentes da existência de um conflito inconsciente e da tentativa de organizar mecanismos de defesa para lidar com ele. Entendendo como vínculo o meio pelo qual a criança tenta assegurar sua proteção e segurança no mundo (Bowlby, 1982), esse conflito teria origem em transtornos de vínculos afetivos formados na infância, entre pais e filhos^{7,9}.

Como fatores ambientais, definem-se as situações psicossociais e estressantes pelas quais passa o adolescente no decorrer de sua vida, como relacionamentos interpessoais, doenças pregressas e internações, violências e abusos, uso/abstinência de drogas, entre outros².

O principal fator de risco para ansiedade na infância e adolescência é a presença de transtornos ansiosos e/ou depressivos em familiares - a maior proximidade parental aumenta esse risco^{3,7}. A inibição do comportamento verificada na infância (Kagan, 1984 e 1987) aumenta a preva-

lência de transtornos ansiosos em adolescentes; o comportamento inibido é caracterizado por bebês irritados, pré-escolares medrosos e escolares introvertidos e cautelosos^{4,7,10}.

➤ QUADROS CLÍNICOS DE ANSIEDADE

Os principais quadros de ansiedade identificados pelo Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR), através de critérios diagnósticos, são: transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobia específica (FE), transtorno de estresse pós traumático (TEPT), transtorno de ansiedade de separação (TAS), transtorno de pânico (TP), fobia social (FS), transtorno obsessivo compulsivo (TOC), mutismo seletivo (MS)^{7,8,11}. TAG, TAS e FE são os mais prevalentes na adolescência⁸. Apesar de estarem descritos diferentes diagnósticos nosológicos para as síndromes ansiosas, muitos pacientes apresentam comorbidades ansiosas, de forma que muitas dessas características podem se sobrepor.

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

O TAG tem seu início, geralmente, na infância⁷; apresenta-se como uma preocupação excessiva, com prejuízo funcional em uma variedade de aspectos, como competência, desempenho, segurança pessoal, interações sociais, eventos futuros e passados, associados à irritabilidade crônica. Os adolescentes tendem a ser conformistas, inseguros e perfeccionistas, demonstrando muito zelo e busca de aprovação⁸. A preocupação é difícil de ser controlada e se associa a sintomas somáticos, sendo os mais encontrados: cefaleia, náuseas e vômitos, taquicardia, sudorese, parestesias e dor muscular⁵. Essa presença de queixas somáticas, em adolescentes, é marcante no TAG e é motivo de visitas regulares a serviços de emergência³. Inadvertidamente, a necessidade ansiosa em cumprir prazos, seguir regras e prevenir danos pode levar a rótulos de “maturidade precoce” a adolescentes com TAG⁸. Isto é mais comum em meninas e está associado a transtornos depressivos em adultos⁷. Mostra-se em comorbidade com vários

distúrbios psiquiátricos do espectro ansioso, do humor (depressão e distímia) e relacionado ao uso de substâncias e ideação suicida^{4,8}.

Fobia Específica (FE)

Define-se fobia como um medo excessivo e irracional, que provoca evitações conscientes, apresentando grau de prejuízo em alguma esfera do desenvolvimento⁷; assim como o medo, é dirigida a um objeto, circunstância ou situação específicos. As FE são acompanhadas por três classes de respostas: cognitiva (pensamentos sobre o se sentir aterrorizado e ideias negativas dessa expectativa), fisiológica (por ativação simpática) e comportamental (resultando em esquiva e evitação do que é temido)⁸. O reconhecimento de um medo irracional pode não existir em adolescentes mais novos e crianças, favorecendo expressões reativas em forma de crises de choro, acessos de raiva, paralisias ou apreensões súbitas a um adulto. É mais comum do que a fobia social e tem maior incidência em meninas. Quanto mais precoce seu surgimento, melhor é seu prognóstico, de forma que devem ser pesquisadas comorbidades, quando não se observa nenhuma redução sintomática no avançar da idade⁷. Outros transtornos de ansiedade, do humor e relacionados ao uso de drogas são os mais associados às FE. O tipo de FE deve ser especificado no diagnóstico e costuma ter idades de aparecimento variadas, acompanhando o desenvolvimento do indivíduo³; na adolescência tardia, é comum terem início as fobias do tipo situacional e agorafobia⁵. Animais, tempestades, altura, doença, lesão e morte são os temores mais encontrados quando se avaliam as fobias em todas as idades⁵.

Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)

O TEPT ocorre quando uma pessoa reage a uma experiência, na qual foi direta ou indiretamente envolvida, com medo e impotência, revivendo-a persistentemente, embora evite ativamente suas lembranças (incluindo pensamentos, sentimentos ou atividades)⁵. As revivências se dão de diferentes formas, destacando-se na adolescência, as atuações impulsivas secundárias

a ações fantasiadas de intervenção ou vingança e as reencenações^{7,8}. Assim, pode-se observar atuação sexual, abuso de drogas e delinquência.

Os fatores de vulnerabilidade para o TEPT são: presença de trauma na infância; traços de transtornos de personalidade *borderline*, paranoide, dependente ou antissocial; rede social de suporte fragilizada; sexo feminino; comorbidades psiquiátricas; mudanças estressantes recentes; ingestão abusiva de álcool. Outros transtornos do espectro ansioso, transtornos depressivo e bipolar e abuso de substâncias são comorbidades importantes⁷.

Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS)

Crianças pequenas experimentam ansiedade quando separadas de seus pais, principalmente se em ambiente estranho, tais manifestações tendem a reduzir sua frequência em torno dos cinco anos¹⁰. Quando crianças mais velhas e adolescentes mantêm esse padrão de comportamento e/ou obtêm prejuízo funcional devido a ele, observa-se o TAS^{5,7}. O TAS está entre os quadros psiquiátricos mais comuns na infância e adolescência, tendo relação de comorbidade com outros transtornos ansiosos e depressivos e relação prognóstica com o transtorno do pânico na idade adulta^{7,8}. Os sintomas variam conforme a fase de desenvolvimento dos pacientes, sendo frequentes os sintomas somáticos e a recusa escolar em casos mais graves^{3,10}. Verifica-se apego excessivo aos pais, ou outros cuidadores, e a criação de estratégias para continuamente se assegurar do bem-estar desses indivíduos.

Transtorno de Pânico (TP)

O diagnóstico de TP depende da presença recorrente e/ou das implicações seguintes à ocorrência dos ataques de pânico; esses podem ocorrer em outros quadros psiquiátricos ou, ainda, serem deflagrados por condições médicas e uso de substâncias, o que não preencherá os critérios para TP⁷. O quadro inicia-se, geralmente, no fim da adolescência, sendo mais frequente em mulheres⁵. Didaticamente, os ataques de pânico podem ser divididos em um componente somático e um

cognitivo⁷. O somático caracteriza a maioria dos sinais e sintomas apresentados num ataque de pânico; já o cognitivo está relacionado à aquisição do pensamento abstrato. Tal fato leva a maior incidência de transtorno de pânico na adolescência intermediária e faz com que se aumentem os casos de Síndrome de Hiperventilação em crianças e adolescentes mais novos^{7,12}. No decorrer do artigo, há descrição dos ataques de pânico.

Fobia Social (FS)

A FS é caracterizada por um significativo e persistente medo de situações sociais ou da *performance* social, resultando em inibição e timidez exageradas⁷. Suas manifestações clínicas e padrão de respostas são semelhantes às da FE e estão associados à necessidade de socialização. É mais prevalente em rapazes e seu início, em geral, ocorre após a puberdade; tem caráter crônico, sendo comum a manutenção do quadro na vida adulta e, geralmente, não incapacitante⁸. Quadros comórbidos são frequentes, principalmente o uso de substâncias psicoativas e transtornos de humor⁵.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

Obsessões são pensamentos, sentimentos, ideias ou sensações recorrentes ou intrusivas; causam desconforto e ansiedade no indivíduo, tendo um caráter incontrolável. Já as compulsões são um comportamento consciente, padronizado e repetitivo, feito para aliviar um desconforto, geralmente originado nas obsessões^{5,8}. Embora haja um reconhecimento no quadro de obsessões levando a compulsões e que essa relação configuraria um transtorno de ansiedade (TOC), observa-se que, em crianças e adolescentes mais novos, pode haver a presença de compulsões previamente a de obsessões ou, ainda, a presença isolada de compulsões⁷. É marcante a distribuição bimodal do TOC, com primeiro pico entre os sete e 12 anos (com prevalência de meninos) e segundo pico na adolescência tardia e idade adulta (com discreta prevalência feminina)⁸. O TOC de início precoce, cujo aparecimento dos sintomas ocorre antes da puberdade

de, tem sido visto como um subtipo da doença, com características peculiares, como presença aumentada de tiques, maior prevalência em meninos, curso crônico e com pior resposta ao tratamento^{7,8}. Manifestações neuropsiquiátricas da febre reumática, como a coreia de Sydenham, tem sido associadas, etiologicamente, a TOC e tiques; a síndrome PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection*) é o protótipo dessa hipótese neuroimunológica pós infecciosa^{3,7,8,12}.

Obsessões e compulsões mais comuns em adolescentes com TOC^{1,5,7}:

- Obsessões: preocupações com germes, sujeira e doenças; preocupações com eventos catastróficos; simetria, ordem ou exatidão; números de sorte e azar; preocupação ou nojo de secreções do corpo; escrupulosidade religiosa.
- Compulsões: lavagem excessiva de mãos, excesso de banhos, rituais de escovar os dentes ou pentear-se; checagem de portas, cadeados, armários e móveis; rituais para evitar ou remover germes de objetos contaminados; repetição de idas e vindas em escadas ou portas; rituais de tocar ou bater (*tic like*); colecionismo.

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de tiques são as comorbidades mais associadas ao TOC na infância e adolescência; transtornos depressivos e ansiosos são comuns e conferem um padrão mais observado no adolescente mais velho e adulto⁵.

> DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Diversos fatores orgânicos e condições médicas não psiquiátricas podem gerar uma síndrome ansiosa, devendo ser feitas avaliações clínica e laboratorial, se necessário, para melhor abordagem do caso e exclusão de diagnósticos diferenciais. Sinais e sintomas atípicos apresentados pelo adolescente, num quadro de ansiedade ou crise de ansiedade, constituem sinais de alarme para a investigação clínica; são eles: vertigem genuína, perda da consciência, alteração da marcha, perda do controle esfinteriano, fala pastosa, cefaleia e amnésia¹³.

Algumas condições médicas que se estabelecem como diagnósticos diferenciais de transtornos de ansiedade^{7,5,12,13}:

- Doenças cardiovasculares - anemia, angina, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, prolapso de valva mitral, infarto do miocárdio, taquicardia atrial paroxística;
- Doenças pulmonares - asma, hiperventilação, embolia pulmonar;
- Doenças neurológicas - acidente vascular encefálico, epilepsia, doença de Huntington, infecções, doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, ataque isquêmico transitório, neoplasia, doença de Wilson;
- Doenças endócrinas - doença de Addison, síndrome carcinóide, síndrome de Cushing, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, menopausa, feocromocitoma, síndrome pré menstrual;
- Intoxicação por drogas - anfetaminas, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina.
- Abstinência a drogas - álcool, anti-hipertensivos, opiáceos, opioides, sedativos e hipnóticos;
- Outras condições - anafilaxia, deficiência de B12, distúrbios hidroeletrólíticos, intoxicação por metais pesados, infecções sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, uremia.

Em contrapartida, deve-se atentar para as situações, pois muitos quadros de transtorno de ansiedade são avaliados, primeiramente, em serviços de atenção primária e de emergência clínica, antes de chegarem a unidades de psiquiatria. A busca por auxílio médico diante da ansiedade pode levar o adolescente a apresentar queixas inespecíficas ou ainda, primariamente somáticas.

Como exemplo, tem-se o transtorno de pânico que, pela possibilidade do caráter espontâneo de seus ataques, leva, com frequência, à intensa procura por emergências médicas, até que o devido diagnóstico seja feito. Os 13 sintomas listados na tabela 1 são os identificados pelo DSM-IV-TR, como possivelmente presentes num ataque de pânico (período distinto de intenso temor e desconforto, no qual quatro, ou mais, desses sintomas se desenvolvem abruptamente e alcançam um pico em 10 minutos).

Tabela 1. Diagnóstico diferencial e avaliação diagnóstica complementar baseada nos sintomas do ataque de pânico.

Sintomas do ataque de pânico	Diagnóstico diferencial	Avaliação diagnóstica complementar
1 - palpitações ou taquicardia	- taquicardia atrial paroxística - taquicardia supraventricular - prolapso de valva mitral - contrações paroxísticas ventriculares - hipertireoidismo - hipoglicemia - feocromocitoma - uso de substâncias psicoativas	- eletrocardiograma - ecocardiograma - dosagem de TSH / T4I - glicemia - metabólitos da serotonina e catecolaminas na urina de 24 horas - toxicológico de urina
2 - sudorese	- hipertireoidismo - feocromocitoma	- dosagem de TSH / T4I - metabólitos da serotonina e catecolaminas na urina de 24 horas
3 - tremores ou abalos	- síndrome de abstinência	
4 - falta de ar ou sufocamento	- asma brônquica - feocromocitoma	- metabólitos da serotonina e catecolaminas na urina
5 - sensação de asfixia	- hiperventilação - embolia pulmonar - insuficiência cardíaca congestiva - asma brônquica	- raio X de tórax - D-dímero - tomografia computadorizada de tórax
6 - dor ou desconforto torácico	- angina - infarto do miocárdio - costochondrite - pneumonia/dor pleurítica	- eletrocardiograma - enzimas cardíacas - raio X de tórax
7 - náusea ou desconforto abdominal	- síndrome do intestino irritável - dismenorréia	
8 - sensações de tonturas, instabilidade, vertigem ou desmaio	- hipertensão ortostática - anemia aguda - vertigem posicional benigna - labirintite aguda - doença de Ménière	
9 - desrealização ou despersonalização	- epilepsia do lobo temporal - processo expansivo no sistema nervoso central - uso de substâncias psicoativas	- eletroencefalograma - neuroimagem - exame toxicológico
10 - medo de perder o controle ou enlouquecer	- hiperventilação	
11 - medo de morrer	- hiperventilação	
12 - parestesias	- ataque isquêmico transitório - processo expansivo no sistema nervoso central - esclerose múltipla	- neuroimagem
13 - calafrios ou ondas de calor	- hipertireoidismo	- dosagem de TSH/T4I

Fonte: Adaptação de Emergências Psiquiátricas¹³.

Diante disso, nota-se que uma primeira avaliação de um quadro de ansiedade patológica deve ter uma história detalhada, numa tentativa de obter dados clínicos que o justifiquem e, se preciso, alguns exames complementares devem ser solicitados, como: hemograma completo, TSH, raio X de tórax, eletrocardiograma, eletrólitos e toxicológico de urina¹³. Sempre se deve considerar a possibilidade de uso de estimulantes e abstinência de depressores do sistema nervoso central, ao se atender um adolescente, principalmente se o quadro ansioso o levou, voluntariamente ou não, até o serviço de emergência. O uso (não necessariamente a intoxicação) ou a descontinuação de diversas substâncias podem produzir síndromes ansiosas, entre elas: álcool, cafeína, cocaína, descongestionantes, maconha, alucinógenos, anfetaminas, inalantes, anticonvulsivantes, broncodilatadores, antiparkinsonianos, insulina, anticoncepcionais, antidepressivos, hormônios tireoidianos, esteroides, nicotina^{2,4,5,13}.

Não sendo possível prever qual especialista será procurado pelo adolescente, seus cuidadores ou seus pais, assim como, se em nível ambulatorial ou em serviços de emergência, pediatras, hebiatras e psiquiatras devem saber reconhecer e manejar, inicialmente, os quadros ansiosos, descartando os diagnósticos diferenciais e confirmando os diagnósticos de transtornos de ansiedade.

Considerando os quadros psiquiátricos, é sempre importante atentar-se para os transtornos de humor, conversivos e de somatização, como diagnósticos diferenciais ou comórbidos aos transtornos de ansiedade¹³.

> TRATAMENTO

A abordagem diante de um diagnóstico de transtorno de ansiedade pode ser dividida em: tratamento não medicamentoso (incluindo suporte, psicoeducação e psicoterapia - de diferentes orientações) e tratamento medicamentoso⁴.

As especificidades e gravidade de cada caso orientam a melhor forma do tratamento³.

Os adolescentes com sintomas ansiosos transitórios, ou sintomas leves e pouco, ou nenhum, prejuízo funcional, geralmente respondem a reassurimento e suporte; os com sintomas leves e com prejuízo funcional, assim como os com sintomas mais intensos, devem ser encaminhados a tratamento específico.

Tem-se considerado que a abordagem de escolha, dentro do tratamento específico, é a terapia cognitivo-comportamental (TCC) direcionada ao transtorno, com ou sem farmacoterapia⁴; psicofármacos são utilizados quando não é possível tentar psicoterapia inicialmente, quando não há resposta à abordagem psicoterápica isolada, quando há sintomas graves e/ou presença de comorbidades psiquiátricas, como transtorno depressivo e risco de suicídio⁴.

Tratamento Não Medicamentoso

Garantir um espaço onde o paciente possa expor seus sintomas, seu quadro possa ser explicado, recebendo orientações sobre gravidade, prognóstico e manejo, configura uma etapa suportiva que, embora simples, é muito importante². O ideal é que haja um médico de referência, com o qual se crie um vínculo e se permitam as ações terapêuticas. Um espaço para os pais e familiares, ou outros cuidadores, deve ser oferecido, engajando toda rede social mais próxima e aumentando sua habilidade em reconhecer e tolerar o desconforto do adolescente, sem evitação ou intrusão⁷. Identificar os fatores ansiogênicos e esclarecer os sinais de gravidade e evolução da doença dão segurança ao paciente mais jovem e propiciam a manutenção do tratamento. É importante aproveitar a oportunidade para orientar o adolescente sobre uso de drogas e suas correlações com quadros de ansiedade, inclusive sobre o risco de abuso, numa tentativa de reduzir sintomas ansiosos^{1,3,4}. Essa terapia de suporte e a psicoeducação podem ser feitas pelo hebiatra, sem a necessidade de se recorrer ao especialista em saúde mental.

A abordagem psicoterápica é o tratamento inicial para transtornos de ansiedade em adolescentes e, sempre que possível, deve ser a primeira opção^{1,4}. Há diferentes modelos psicoterapêuticos, cada um com suas especificidades, propostas e tempo de ação, sendo a disponibilidade de um profissional que trabalhe junto ao médico assistente uma maneira sensata de escolher qual forma de psicoterapia deve ser utilizada, inicialmente⁷.

Tratamento Medicamentoso

De forma geral, os casos de ansiedade que necessitam de tratamento medicamentoso, recebem a mesma abordagem, podendo ter pequenas variações segundo os diferentes quadros clínicos apresentados. Nesse momento do tratamento, deve-se recorrer à inclusão ou, pelo menos, à orientação de um psiquiatra para melhor manejo na utilização dos psicofármacos.

Os antidepressivos e os ansiolíticos são as classes de medicações mais estudadas e utilizadas para tratamento de transtornos de ansiedade na adolescência; antipsicóticos, betabloqueadores, anticonvulsivantes e antihistamínicos são opções, cujo uso é preconizado como potencializadores e coadjuvantes⁸. Como em toda prática médica, a escolha da prescrição envolve fatores como: disponibilidade de tratamento, resposta prévia (própria e de familiares), tolerabilidade e perfil de efeitos colaterais, relação custo *versus* efetividade e preferência do paciente^{14,15}. A prescrição deve ser a mais simples possível, preferindo atingir doses máximas de um fármaco antes de se adicionar outros, sabendo ser a polimedicação um fator que dificulta a adesão plena, principalmente em se tratando de adolescentes^{3,15}. Alguns exames laboratoriais, controle das funções hepática e renal e dosagem de eletrólitos, são importantes quando do uso desses medicamentos^{4,14,15}.

Os antidepressivos são os fármacos de primeira escolha nos transtornos ansiosos na adolescência; sua ação é esperada a médio e longo prazo, podendo, inclusive, produzir discreta pio-

ra sintomática inicial. Dentre os antidepressivos, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), os tricíclicos (ADT) e os inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) são os mais utilizados^{7,8}.

Os ISRS (fluoxetina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) apresentam diversas evidências de eficácia terapêutica; são seguros, mesmo em altas doses, tendo como efeitos colaterais principais: náuseas, hiporexia, cefaleia e sonolência ou agitação etc. Tais efeitos costumam ser transitórios e em menor intensidade, quando a introdução e aumento de dose dos ISRS são graduais; sua descontinuação deve ser gradual evitando síndrome de retirada, onde podem ser vistos tontura, náuseas, cefaleias, transtornos sensoriais, retorno da ansiedade, agressividade, entre outros^{14,15}. Atenta-se para o fato de o uso de antidepressivos ISRS ter sido relacionado a um aumento de risco de comportamento e ideação suicidas; seu uso, porém, não se contraindica, pelo benefício observado a longo prazo, devendo ser feito com orientação e vigilância^{4,8}.

A venlafaxina é um IRSN que demonstrou resultados eficazes e boa tolerabilidade no tratamento de transtornos ansiosos nessa faixa etária; junto com os ISRS estão como primeira linha terapêutica, embora em menor número de estudos do que esses. A venlafaxina tem perfil de efeitos colaterais de uso e de descontinuação semelhantes aos ISRS, incluindo-se a possibilidade de hipertensão, quando em doses mais altas^{14,15}.

Menos evidências existem para o tratamento com os ADT (clomipramina, amitriptilina, imipramina) o que, junto aos seus efeitos colaterais anticolinérgicos, antihistamínicos e por bloqueio alfa adrenérgico, além do risco de cardiotoxicidade (que leva à necessidade de avaliação cardiológica prévia), faz dessa classe opção secundária, apesar de seu uso seguro na adolescência. Ainda assim, pela sua forte ação serotoninérgica, a clomipramina é uma boa opção principalmente em casos de TOC^{7,14,15}.

Ansiolíticos, como os benzodiazepínicos, são prescritos quando os sintomas são muito intensos e disfuncionais, objetivando melhora rápida e transitória, até o início da ação dos antidepressivos. O tratamento com os benzodiazepínicos deve ser curto e limitado pelo perfil de efeitos colaterais (principalmente desinibição comportamental, sedação e déficits cognitivos) e pelo potencial de abuso e dependência – a tolerância a essas drogas leva à necessidade de doses progressivamente maiores para se obter efeitos semelhantes. Apesar disso, quadros de intoxicação são raros, pela margem de segurança dessas substâncias^{14,15}. A maior facilidade no manejo de benzodiazepínicos pelos hebiatras não deve favorecer sua prescrição nos casos de transtornos de ansiedade; a pronta resposta a esses fármacos, mesmo com a orientação para uso apenas em situações emergenciais, por vezes, dificulta um tratamento a longo prazo e favorece a auto medicação dos adolescentes.

CONCLUSÕES

Dada a prevalência dos transtornos ansiosos nos adolescentes e suas vulnerabilidades biológica e psicossocial, que podem ser entendidas como fatores de risco adicionais a esses transtornos, os médicos de adolescentes devem ser hábeis em reconhecer e manejar esses quadros, inicialmente. Diferenciar o normal do patológico, avaliar globalmente o adolescente e seu meio, descartar quadros orgânicos, abordar uso de substâncias psicoativas e assumir que a assistência médica assegura um importante suporte terapêutico inicial, são as principais habilidades requeridas; a partir delas, propõe-se um tratamento específico, psicoterápico e medicamentoso, se necessário. A possibilidade de um desfecho desfavorável e as comorbidades associadas, também justificam a necessidade desse conhecimento, objetivando uma melhora na qualidade de vida, enquanto adolescentes e na vida adulta.



Cartoon de Clara Gomes

REFERÊNCIAS

1. Marcelli D, Braconier A. Adolescência e psicopatologia. 6a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
2. Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do adolescente. 2a ed. rev. e ampl. São Paulo: Sarvier; 2003.
3. Stubbe D. Psiquiatria da infância e adolescência. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. Polanczyk GV, Lamberte MTMR. Psiquiatria da infância e adolescência. 1a ed. Barueri: Manole; 2012.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Dalgallarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

7. Assumpção Junior FB, Kuczynski E. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003.
 8. Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF. Clínica psiquiátrica: a visão do departamento e do instituto de psiquiatria do HCFMUSP. Barueri: Manole; 2011.
 9. Marcelli D. Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
 10. Marcelli D, Cohen D. Infância e psicopatologia. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
 11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4a ed, versão revisada. Washington: APA; 2000.
 12. Berhrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Tratado de pediatria. 17a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
 13. Quevedo J, Schimitt R, Kapczinski F. Emergências psiquiátricas. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 14. Arana GW, Rosenbaum JF. Terapêutica medicamentosa em psiquiatria. 4a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
 15. Cordioli AV. Psicofármacos: consulta rápida. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
-