

## Antidepressivos na Adolescência

### Introdução

Nos últimos anos, em todo o mundo, houve aumento no uso de antidepressivos na adolescência. Nessa perspectiva é indispensável conhecer o contexto em que ocorre sua utilização, a fim de que sejam desenvolvidas ações promotoras de uso racional e seguro desses medicamentos. A qualidade dos sistemas de saúde é um dos elementos que interfere diretamente nesses aspectos.

A baixa disponibilidade de profissionais da saúde mental impacta na decisão dos prestadores de cuidado primário, o que resulta na prescrição de medicamentos como medida de contenção dos sintomas até uma avaliação mais pertinente. Ademais, há carência de comunicação entre os profissionais da atenção primária e do atendimento especializado.

Isto contribui para o uso prolongado de antidepressivos, visto que não é realizado o acompanhamento efetivo do progresso do tratamento.

O tratamento com antidepressivos em adolescentes é considerado quando os benefícios de seu uso são maiores do que os riscos e quando outras opções terapêuticas, como terapia cognitivo-comportamental, não foram eficazes sozinhas. Assim, é válido reforçar que o tratamento com antidepressivos requer acompanhamento profissional qualificado e indicação correta.



Fonte: Canva, 2023.

## Eficácia

A eficácia do uso de antidepressivos na adolescência pode variar, o que depende de alguns fatores. Dentre eles, está a gravidade dos sintomas e o tipo de transtorno. Exemplo disto é que a maioria medicamentos antidepressivos são mais eficazes para transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo do que para transtorno depressivo maior.

Ainda que, nas últimas décadas, as revisões de eficácia e segurança aumentaram em sofisticação, as conclusões gerais permaneceram semelhantes. Além disso, é importante destacar que as evidências de eficácia do uso de antidepressivos em adolescentes são menores do que em adultos. Isto ocorre, visto que há menos ensaios em crianças e adolescentes, além de os tamanhos das amostras serem pequenos e a qualidade dos estudos ser baixa.

Uma meta-revisão com dados até outubro de 2019, evidenciou que os medicamentos mais eficazes para o tratamento das seguintes condições, são:

### **a) Transtorno de ansiedade (incluindo ansiedade generalizada, ansiedade mista, ansiedade social, ansiedade de separação, fobia escolar e mutismo eletivo) :**

- Fluvoxamina (dose inicial 25 mg/dia e dose máxima 300 mg/dia). Obs: doses acima de 50 mg devem ser divididas;
- Sertralina (dose inicial 50 mg/dia e dose máxima 200 mg/dia);
- Paroxetina (dose inicial 20 mg/dia e dose máxima 60 mg/dia);
- Fluoxetina (dose inicial 20 mg/dia e dose máxima 80 mg/dia).

### **b) Transtorno obsessivo-compulsivo:**

- Fluoxetina (dose inicial 20 mg/dia e dose máxima 80 mg/dia);
- Sertralina (dose inicial 50 mg/dia e dose máxima 200 mg/dia);
- Paroxetina (dose inicial 20 mg/dia e dose máxima 60 mg/dia).
- Clomipramina (dose inicial 25mg/dia e dose máxima 250 mg/dia).

### c) Transtorno depressivo maior:

- Fluoxetina (dose inicial 20 mg/dia e dose máxima 80 mg/dia).

### Efeitos Adversos



Os efeitos adversos comuns, geralmente são leves, incluem:

- Desconforto gastrointestinal;
- Distúrbios do sono;
- Disfunção sexual;
- Tremores;
- Sudorese.

Deve-se ter atenção a alguns antidepressivos, quanto a interrupção abrupta do tratamento, tais como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), que podem levar a uma síndrome de descontinuação. Esta é caracterizada por mal-estar e outros sintomas semelhantes aos da gripe.

Ademais, os antidepressivos também podem causar ativação comportamental, caracterizada por irritabilidade, agitação e ansiedade. Quanto as reações adversas importantes, mas raras, são a indução de sintomas maníacos (conhecidos como “troca”) e a síndrome da serotonina.

### Comportamento Suicida

De acordo com as informações sobre a segurança de medicamentos no pós-mercado publicadas pela agência regulatória norte-americana, Food and Drug Administration (FDA), os antidepressivos aumentam o risco de pensamentos e comportamentos suicidas em crianças e adolescentes com transtorno depressivo maior e outros transtornos psiquiátricos. Além disso, não há nenhuma associação positiva encontrada entre prescrições de antidepressivos e mortes por suicídio. Entre os comportamentos relacionados com o suicídio, referem-se a automutilação e pensamentos suicidas, que por vezes estão associados a estimulação ou agitação (conhecida como “síndrome de ativação”).

Após o início dos medicamentos antidepressivos, nas primeiras semanas, esses comportamentos prevalecem em cerca de 4% dos adolescentes, o que é o dobro da taxa observada naqueles que receberam placebo.

Os comportamentos citados são mais prováveis de ocorrer com os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (IRSN), tais como a venlafaxina e menos prováveis de ocorrer com os ISRS como a fluoxetina e o escitalopram. Outrossim, uma análise dos dados de segurança de ensaios pediátricos com antidepressivos descobriu que o risco de desenvolver comportamentos relacionados ao suicídio foi significativamente elevado em pacientes com transtorno depressivo maior, mas não em outros transtornos mentais. É válido destacar que os ISRS e os IRSN são mais seguros em overdose do que os antigos antidepressivos tricíclicos e IMAOs.

## **Ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo**

No tratamento da ansiedade, há evidências mais fortes que apoiam o uso da fluvoxamina do que os outros medicamentos. A fluvoxamina é relativamente sedativa, o que pode ser útil para um paciente com distúrbios do sono.

Quanto o transtorno obsessivo-compulsivo, o medicamento de primeira escolha é a fluoxetina, devido ao seu perfil de segurança favorável em relação a outros

medicamentos. A clomipramina (um antidepressivo tricíclico com forte ação serotoninérgica) é reservada para casos refratários ao tratamento.

## **Depressão**

É comum que adolescentes com transtorno depressivo maior não apresentem uma resposta particularmente boa à terapia psicológica ou à farmacoterapia. Além disso, a adesão à farmacoterapia também pode ser fraca.

Adolescentes que manifestam sintomas de depressão podem não necessariamente apresentar transtorno de humor primário. O humor deprimido (ou mais frequentemente disfórico) pode ser uma característica de transtorno de personalidade limítrofe, transtorno alimentar, distúrbio de identidade de gênero, transtorno de conduta ou uma reação a experiências traumáticas. Com exceção do transtorno alimentar bulimia, é improvável que essas condições respondam positivamente à terapia antidepressiva. Assim, é fundamental investigar tais sintomas.

Em caso leve de transtornos depressivo maior, que é quando o paciente é sintomático, mas sem ou com o mínimo

comportamento funcional, cuidados de suporte e psicoeducação são o tratamento de primeira linha. Outrossim, cuidados com a rotina de sono, dieta e exercícios podem ser suficientes para resolver os sintomas, caso não seja suficiente é necessário encaminhar para terapia psicológica.

Quanto a abordagem dos casos moderados e graves de transtorno depressivo maior, ou seja, quando o paciente apresenta comprometimento funcional significativo ou tendência suicida, na adolescência é menos clara. As diretrizes do Reino Unido recomendam primeiro a terapia psicológica. Já diretrizes americana recomendam começar com terapia psicológica ou farmacoterapia e depois mudar para ou adicionar outra modalidade se houver uma resposta indesejada.

Além disso, as evidências mostram que a resposta à terapia psicológica e à fluoxetina são semelhantes. No entanto, o tempo de resposta é mais curto com a fluoxetina do que com a terapia psicológica, mas os comportamentos relacionados com o suicídio são mais comuns com o uso desse medicamento.

A fluoxetina é o tratamento de primeira escolha quando uma remissão rápida é uma alta prioridade. Isto é importante porque quanto mais longo for o episódio de transtorno depressivo maior, maior será o impacto no funcionamento acadêmico e social. Já se a segurança é a principal prioridade, a terapia psicológica é o tratamento de escolha, o que é relevante quando um jovem com transtorno depressivo maior tem ideação suicida proeminente ou se envolveu em automutilação. Em contraste com estudos em adultos, a terapia combinada não é superior à monoterapia psicológica ou farmacológica no tratamento de primeira linha de adolescentes com transtorno depressivo maior.

A resposta a fluoxetina pode variar entre pacientes, alguns podem apresentar melhoras com algumas semanas e outros com meses de uso do medicamento. Na fase inicial, o adolescente deve ser avaliado pelo menos quinzenalmente. A ênfase nas primeiras semanas será na detecção de efeitos adversos graves, como ativação comportamental e tendência suicida emergente ou crescente.

É extremamente importante colaboração da família e de pessoas próximas durante o tratamento, uma vez que o adolescente costuma ser a última pessoa a notar melhorias. Assim, informações corroborativas de familiares ou de professores e amigos podem ser muito úteis.

Na avaliação do progresso do tratamento, os médicos devem atentar para a melhoria funcional (dados objetivos) em detrimento dos relatos subjetivos de humor. Um maior envolvimento nas atividades escolares e sociais e uma melhoria no tempo total de sono são marcadores úteis de melhoria.

Em relação a revisão de tratamentos, o intervalo é maior para transtorno depressivo maior, do que para transtornos de ansiedade, visto que sua resposta é mais lenta. Quando o adolescente responde positivamente ao tratamento, o uso do medicamento deve ser continuado por 12 meses, a fim de não haver recaídas. O paciente deve estar ciente disto. Além disso, é importante reiterar, a cada revisão do tratamento, sobre os efeitos adversos, para que não ocorra interrupção do tratamento.

## Parando o tratamento

A interrupção do tratamento deve ser sempre realizada de forma gradual, podendo ser dividida em duas ou mais etapas no período de uma a duas semanas. É recomendado em casos de síndrome de descontinuação, o aumento da dose para interromper os sintomas e depois retomada da retirada do medicamento em um ritmo mais lento.

## Referências

BOADEN, K. et al. Antidepressants in children and adolescents: Meta-review of efficacy, tolerability and suicidality in acute treatment. *Frontiers in psychiatry*, v. 11, p. 717, 2020.

CUNHA, R. P. L. DA et al. Uso de antidepressivos na adolescência: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, p. e208111436174, 2022.

HAZELL, P. Antidepressants in adolescence. *Australian prescriber*, v. 45, n. 2, p. 49–52, 2022.

## Equipe

Julia Maria Reis Evangelista - Estagiária CIM/UFC.  
Farm. Dra. Ana Cláudia de Brito Passos.  
Profa Dra Mirian Parente Monteiro.