

Emergências psiquiátricas na infância e adolescência

Psychiatric emergencies in childhood and adolescence

Sandra Scivoletto^{1,2,3}, Miguel Angelo Boarati⁴, Gizela Turkiewicz⁵

¹ Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

² Ambulatório de Adolescentes e Drogas, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

³ Programa Equilíbrio, Departamento e Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

⁴ Programa de Atendimento a Transtornos Afetivos (PRATA), Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

⁵ Programa de atendimento, ensino e pesquisa em transtornos alimentares na infância e adolescência (PROTAD), Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: A prevalência de transtornos psiquiátricos na infância/adolescência é de 10-15%. As causas mais frequentes de atendimentos psiquiátricos emergenciais nesta faixa etária são: alterações de comportamento sem diagnóstico estabelecido, comportamento suicida e depressão. O objetivo deste estudo é apresentar os principais aspectos clínicos e orientar a conduta inicial das emergências psiquiátricas na infância/adolescência. **Método:** Artigo de revisão não-sistemática. **Resultados:** São apresentados aspectos clínicos relevantes para a avaliação psiquiátrica emergencial de crianças/adolescentes. As apresentações clínicas são divididas em grupos de sintomas relevantes, tanto por sua frequência, quanto pelo impacto para o paciente e sua família. Assim, são apresentadas as seguintes síndromes clínicas: comportamento agressivo, intoxicações, comportamento suicida, psicoses, transtornos ansiosos, transtornos alimentares e maus-tratos contra a crianças/adolescente. É descrita a conduta inicial recomendada para cada uma destas condições. **Conclusão:** Emergências psiquiátricas na infância/adolescência podem ser a reagudização ou a primeira manifestação de um transtorno psiquiátrico. A avaliação emergencial tem como objetivo identificar o diagnóstico, os riscos para a criança/adolescente, os fatores desencadeantes e mantenedores, e a presença de suporte familiar e social.

Descritores: Psiquiatria infantil; Transtornos mentais diagnosticados na infância; Adolescente; Fatores de risco; Medicina de emergência

Abstract

Objective: The prevalence of psychiatric disorders in childhood/adolescence is of 10-15%. The most frequent causes of psychiatric emergency attendances in this age are: behavioral disturbances, suicidal behavior, and depression. The objective of this study is to present the most relevant clinical issues and to guide the initial procedures of psychiatric emergencies in childhood/adolescence. **Method:** Non-systematic review. **Results:** Relevant clinical issues for psychiatric emergency evaluation of children/adolescents are presented. Clinical presentations are divided in relevant groups of symptoms, due to its frequency and to its impact to patients and their families. Therefore, the following syndromes are presented: aggressive behavior, intoxication, suicidal behavior, psychoses, anxiety disorders, eating disorders, maltreatment against children/adolescents. The initial procedures recommended for each of these conditions are described. **Conclusion:** Psychiatric emergencies in childhood/adolescence can be the re-agudization or a first crisis of a psychiatric disorder. The emergency evaluation's objectives are: to identify the diagnosis, the risks for the child/adolescent, the triggering and maintaining factors, and the presence of familiar and social support.

Descriptors: Child psychiatry; Mental disorders diagnosed in childhood; Adolescent; Risk factors; Emergency medicine

Introdução

Estudos epidemiológicos baseados em critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV)¹ apresentam a prevalência de transtornos psiquiátricos na faixa etária da infância e adolescência em torno de 10-15%, sendo mais frequentes os diagnósticos de transtornos de conduta/desafiador-opositivo (7,0%) e transtornos ansiosos

(5,2%)^{2,3}. Não há dados específicos sobre as principais causas de atendimento psiquiátrico emergencial nesta faixa etária no Brasil. Na literatura mundial, predominam: alterações de comportamento sem diagnóstico estabelecido, comportamento suicida, depressão, agressividade, abuso de substâncias e situações de violência⁴. Possivelmente, estes resultados seriam replicados em nosso país.

Correspondência
Sandra Scivoletto
Departamento de Psiquiatria - FMUSP
R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785
05403-010 São Paulo, SP, Brasil

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de suicídio entre 5-14 anos são de 1,5:100.000 em meninos e 0,4:100.000 em meninas e na faixa de 15-24 anos, 22:100.000 para o sexo masculino e 4,9:100.000 para o feminino. Nos últimos 50 anos, estas taxas aumentaram entre os mais jovens em relação aos mais velhos. Estes valores não contabilizam tentativas de suicídio, apenas óbitos reportados. Estima-se que o impacto dos atos suicidas, particularmente em adolescentes, seja consideravelmente maior do que os números relatados⁵⁻⁷.

Observa-se que muitas das situações de emergência psiquiátrica nesta faixa etária podem estar relacionadas a diferentes diagnósticos e podem tanto configurar o primeiro episódio de um transtorno psiquiátrico como o agravamento de um quadro pré-existente. Portanto, o atendimento emergencial é também o momento de diagnóstico diferencial.

Este artigo tem como objetivo apresentar os principais pontos de relevância para a avaliação psiquiátrica emergencial de crianças e adolescentes, apresentar os principais diagnósticos a serem considerados nestas situações e orientar a conduta inicial recomendada pela medicina baseada em evidências para cada uma das situações.

Trata-se de um artigo de revisão, no qual foram priorizados artigos de revisão sistemática e guias de orientação para a prática clínica publicados nos últimos dez anos. Também foram considerados textos-referência de publicações consagradas pela comunidade científica na área de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

O artigo é estruturado em três seções: avaliação psiquiátrica emergencial, apresentações clínicas e tratamento.

Avaliação psiquiátrica emergencial

A apresentação clínica de quadros psiquiátricos em crianças e adolescentes tende a ser distinta daquela de adultos. Numa avaliação emergencial, deve-se atentar para os sintomas apresentados, o impacto dos sintomas para o paciente e a família, fatores de risco e recursos para intervenção⁸. Esses aspectos estão detalhados na Tabela 1.

Durante o exame psíquico, devem-se observar sinais que exijam intervenções imediatas, como agitação psicomotora, agressividade, alterações de nível de consciência e comportamento suicida. Os exames físico e neurológico são necessários para o diagnóstico de complicações clínicas de transtornos psiquiátricos, como intoxicações em dependentes químicos e alterações metabólicas

em tentativas de suicídio ou transtornos alimentares, além do diagnóstico diferencial de doenças clínicas que podem apresentar manifestações psiquiátricas. Podem ser necessários exames complementares, como testagem para identificação de drogas, hemograma, perfil hidroeletrólítico, monitoramento cardíaco e tomografia computadorizada.

O engajamento da família é fundamental desde a avaliação inicial, para obtenção de dados objetivos sobre a história e o ambiente do paciente, além da avaliação da situação familiar. A presença ou ausência de suporte familiar e social são fatores determinantes na avaliação de risco do paciente e podem determinar a decisão quanto à necessidade de internação⁸.

Apresentações clínicas

1. Comportamento agressivo

Comportamento agressivo é a principal causa de atendimento psiquiátrico emergencial na infância/adolescência, no entanto, trata-se de um sinal pouco específico. Comportamentos auto/heteroagressivos e quadros de agitação podem ser manifestações de praticamente todos os diagnósticos psiquiátricos: transtornos de conduta e opositivo-desafiador, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, autismo, retardo mental, psicoses, transtornos de humor (TH), abuso ou intoxicação por drogas e transtornos conversivos/dissociativos. O que determinará o diagnóstico serão os sintomas associados e a história prévia da criança/adolescente, que deverão ser avaliados após o controle das alterações de comportamento^{2,4,8}.

A alteração aguda de comportamento geralmente manifesta-se por auto ou heteroagressividade e pode ser resultado de reagudização de transtorno pré-existente ou a primeira crise que determina o início de um quadro psiquiátrico. Na maioria das vezes, estes quadros apresentam fatores desencadeantes que devem ser investigados tanto com o paciente quanto com a família. Mesmo sem a presença de transtorno psiquiátrico, a criança/adolescente pode apresentar comportamento agressivo reativo a situações de crise familiar, social ou pessoal. Nestes casos, geralmente são crises isoladas, infrequentes e de menor intensidade⁴.

2. Intoxicações e quadros confusionais

O abuso de álcool e drogas é cada vez mais frequente entre adolescentes. No Brasil, as substâncias mais frequentemente consumidas entre adolescentes atendidos em pronto-socorros

Tabela 1 - Avaliação de crianças/adolescentes em situações de emergência psiquiátrica⁸

Avaliação clínica
Sintomas apresentados: motivo da procura e problemas associados. Mapear sintomas atuais, investigar sintomas passados e presença ou ausência prévia de diagnósticos psiquiátricos.
Impacto dos sintomas: avaliação do risco que os sintomas oferecem ao paciente e àqueles a sua volta, tanto à saúde física quanto psíquica.
Fatores de risco: identificação de fatores desencadeantes, mantenedores e protetores.
Estruturas de apoio disponíveis: recursos presentes para intervenção e expectativas do paciente e da família em relação ao tratamento.

são: álcool, inalantes, cocaína e associação de múltiplas drogas. A apresentação clínica mais frequente por abuso de drogas entre adolescentes é a intoxicação, uma vez que síndrome de abstinência grave é rara nesta população. Nos últimos anos, houve aumento no consumo e na ocorrência de emergências associadas a drogas sintéticas como ecstasy (MDMA), *crank* (metcatinona) e alucinógenos^{9,10}.

Em crianças, intoxicações agudas geralmente são resultantes de acidentes domésticos. Entre adolescentes, é mais provável a ingestão voluntária, mesmo de produtos não considerados drogas de abuso, como produtos de limpeza, solventes ou inseticidas. Nestes casos, é fundamental a diferenciação com tentativa de suicídio, discutida a seguir. Independentemente se a ingestão foi acidental ou intencional, durante o atendimento emergencial a prioridade é garantir a estabilidade clínica do paciente.

Os quadros de intoxicação aguda em jovens podem manifestar-se com agitação psicomotora, agressividade, psicose aguda e, nos casos mais graves, confusão mental, coma e alterações cardiocirculatórias. Estas situações requerem avaliação imediata e pormenorizada. Alguns sinais clínicos podem indicar maior probabilidade de consumo de um tipo de substância em relação a outros, como apresentado na Tabela 2. Apenas após a estabilização das condições clínicas do paciente será realizada a avaliação psiquiátrica pormenorizada.

Durante a avaliação, é importante a investigação de todas as esferas da vida do jovem, como atividades de lazer, desempenho escolar, mudança de amizades e problemas familiares. Estas informações são fundamentais para estabelecer há quanto tempo existe o problema com substâncias psicoativas e se existem ou não outras patologias associadas. Quadros agudos de intoxicação podem estar associados a outros transtornos psiquiátricos primários, como TH e psicoses.

É frequente que o paciente esteja assustado, com receio de punições ou do envolvimento com a polícia, o que fará com que, muitas vezes, negue o consumo de substâncias. É útil obter informações complementares com amigos e familiares. Não são infrequentes adolescentes admitidos em serviços emergenciais com sintomas sugestivos de ataque de pânico (inclusive com taquicardia, sudorese e sensação de morte iminente), mas estes serem consequência do uso de cocaína, que pode ser negado.

3. Comportamento suicida

Suicídio e comportamento suicida (CS) estão associados a transtornos psiquiátricos como TH, transtornos alimentares (TA), psicoses e transtorno de conduta (TC). Também podem estar relacionados a situações de desajuste familiar e patologias físicas crônicas^{6,11-13}.

Para a avaliação do risco de suicídio na criança/adolescente é necessário considerar que o conceito de morte e de autoextermínio se modifica de acordo com o desenvolvimento. Em geral, as crianças não entendem a morte como algo definitivo, seria como dormir e acordar. Assim, ela pode estar triste pela morte de um ente querido e desejar morrer apenas para “reencontrá-lo e depois voltar”. Em adolescentes, o desejo de morrer pode ser claro, mas dificilmente é relatado espontaneamente. Não é incomum que o adolescente tenha planejamento suicida e que o confie apenas a amigos. Devido a estas particularidades, a entrevista com crianças/adolescentes deve ser feita em ambiente tranquilo e, se possível, com a utilização de técnicas não-verbais, como brinquedos, jogos e desenhos.

A intenção de morrer pode ser explícita e forte ou ambígua e indefinida. A avaliação da intencionalidade pode ser difícil, principalmente entre crianças e pré-adolescentes, que podem se autoagredir sem o desejo consciente de morrer, num acesso de raiva e frustração. Portanto, é fundamental reconhecer as características da criança/adolescente e de seu ambiente para avaliar o potencial de letalidade do CS¹⁴. A Tabela 3 apresenta parâmetros de gravidade do CS.

4. Psicoses

Na infância/adolescência, fatores relacionados ao desenvolvimento cognitivo e emocional influenciam a apresentação clínica dos quadros psicóticos¹⁵. Os sintomas possivelmente presentes nesta faixa etária são: ideias delirantes, alucinações, sintomas negativos, discurso e comportamento desorganizados ou catatônicos. Quando o primeiro episódio psicótico ocorre na infância/adolescência, tende a cursar com baixo nível de funcionamento global, sendo o diagnóstico mais frequente psicose sem outras especificações¹⁶.

É durante a adolescência que boa parte dos casos de esquizofrenia (ESQ) e de transtorno bipolar (TB) tem suas primeiras manifestações, sendo este um período de grande aumento na

Tabela 2 - Alterações clínicas sugestivas de consumo de substâncias psicoativas

Alterações clínicas	Provável droga consumida
Fácies e conjuntivas hiperemiadas; fala pastosa; reflexos lentificados; andar cambaleante; hálito etílico; rebaixamento de nível de consciência	Álcool
Pupilas puntiformes, depressão do sistema nervoso central	Sedativos ou opiáceos
Agitação psicomotora, sintomas psicóticos, estereotípias, pupilas midriáticas, hipertensão arterial	Cocaína ou estimulantes
Hipertermia, distúrbios hidroeletrólíticos, pupilas midriáticas	Ecstasy
Rebaixamento do nível de consciência, crises epiléticas, hiperemia em região perioral e nasal, odor em respiração	Inalantes

Tabela 3 - Parâmetros para avaliação de risco de comportamento suicida³³

Parâmetro	Alto risco	Baixo risco
Circunstâncias do comportamento suicida	Sozinho Planejado Métodos letais	Próximo a alguém Não planejado Métodos de baixa letalidade
Intenção de morrer	Alta	Baixa
Psicopatologia	Presente e grave	Ausente ou leve
Mecanismos de enfrentamento	Fraco julgamento Fraco controle de impulsos Alta desesperança Alta impotência	Bom julgamento Bom controle de impulsos Baixa desesperança Baixa impotência
Comunicação	Fraca ou ambivalente	Boa, clara
Apoio familiar	Inconsistente	Consistente
Estresse ambiental	Alto	Baixo

incidência destes transtornos¹⁷. Devido à grande sobreposição da sintomatologia desses dois transtornos, principalmente nos primeiros episódios, pode ser difícil o diagnóstico diferencial entre ESQ e TB em fase maníaca ou depressão com sintomas psicóticos.

Quadros de grande intensidade e início abrupto são mais sugestivos de patologias orgânicas ou intoxicações do que quadros insidiosos. A investigação etiológica do quadro psicótico deve descartar alterações físicas por meio de adequada avaliação clínica e neurológica, exames laboratoriais, de neuroimagem e eletroencefalograma. O uso de substância psicoativa também deve ser descartado por meio da dosagem de metabólitos no sangue ou urina.

5. Transtornos ansiosos e somatoformes

Apesar de bastante frequentes em crianças/adolescentes², os transtornos ansiosos muitas vezes não são reconhecidos¹⁸. Em relação aos transtornos somatoformes, conversivo e dissociativo, há forte associação com TH ou com situações traumáticas sofridas pela criança/adolescente¹⁹.

Frequentemente, essas condições geram solicitações de avaliação com o objetivo de explicar sintomas orgânicos que não apresentam achados físicos compatíveis. Crises típicas de ansiedade são incomuns em crianças e costumam manifestar-se com sintomas somáticos (p. ex. cefaleia ou dor abdominal). Entretanto, quadros de apresentação atípica podem ser erroneamente diagnosticados

como ansiosos ou conversivos. A falta de evidências de etiologia orgânica em determinado momento não exclui esta possibilidade²⁰. Deve-se estar especialmente atento a sinais como longa duração do quadro e sintomas neurológicos duradouros. Além disso, quadros conversivos e ansiosos podem sobrepor-se a patologias clínicas.

Quadros dissociativos com perda de consciência, síncope, disfunções motoras ou sensoriais podem assemelhar-se a crises epiléticas. Neste caso, são necessários exame neurológico e eletroencefalograma.

6. Transtornos alimentares

Os TA apresentam as maiores taxas de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos, 5,6% a cada década²¹. O pico de incidência ocorre na adolescência, em meninas entre 15-19 anos²². As situações emergenciais relacionadas aos TA podem ocorrer devido a complicações clínicas associadas à desnutrição, ou devido à gravidade das alterações de comportamento resultantes do TA, conforme detalhado na Tabela 4.

Principalmente em crianças/adolescentes, as complicações clínicas dos TA tendem a ser tardias e súbitas, podendo ser fatais. O tratamento emergencial destas complicações deve ser realizado por pediatra ou clínico em ambiente monitorizado. Cabe ao psiquiatra a identificação e o encaminhamento precoces, com o objetivo de estabilização clínica. Estas complicações tendem a resolver-se completamente após a recuperação nutricional^{21,23}.

Tabela 4 - Complicações clínicas emergenciais e critérios de internação dos transtornos alimentares na infância e adolescência²³

- < 75% do IMC ou perda de peso persistente apesar de manejo adequado para ganho ponderal (AN)
- Recusa persistente a se alimentar (AN)
- Gordura corporal < 10% (AN)
- Complicações cardiovasculares: bradicardia < 50bpm diurna ou < 45bpm noturna, hipotensão sistólica < 90mmHg, arritmias cardíacas, hipotensão ortostática (variação > 20bpm ou pressão arterial > 10mmHg), síncope
- Distúrbios metabólicos: desidratação, hipocalemia (< 3,2mmol/L), hipomagnesemia, alcalose metabólica e hiponatremia (AN purgativa e BN)
- Complicações gastrintestinais: varizes esofágicas, hematemese, ruptura esofágica (BN)
- Síndrome da realimentação: hipofosfatemia, complicações cardíacas, hematológicas e neurológicas (AN) – ocorre nos primeiros dias de reintrodução alimentar em pacientes gravemente desnutridos
- Hipotermia (temperatura < 36°C)
- Risco de suicídio
- Falência de tratamento ambulatorial

As emergências psiquiátricas relacionadas aos TA são: o risco de suicídio relacionado à insatisfação com a imagem corporal ou a transtorno de humor associado; situações de intensa irritabilidade relacionadas ao comportamento alimentar, levando a auto/heteroagressividade; recusa alimentar completa e irredutível; e vômitos ou sintomas purgativos incontroláveis.

No diagnóstico diferencial de anorexia nervosa (AN), devem ser consideradas causas clínicas de desnutrição, além de outros diagnósticos psiquiátricos que levem à perda de apetite e de peso, como é frequente nos TH. O diferencial está na distorção da autoimagem e na recusa em alimentar-se e ganhar peso.

Na bulimia nervosa (BN), deve ser feito diagnóstico diferencial com doenças do trato digestivo que causem vômitos, além de ser considerada a possibilidade de vômitos psicogênicos, que geralmente não são provocados e não têm relação com insatisfação com o corpo ou desejo de emagrecer, mas podem ser desencadeados por múltiplas situações de estresse e ansiedade.

As alterações hidroeletrolíticas decorrentes dos TA podem manifestar-se por parestesias e sintomas neurológicos, confundindo-se com crises convulsivas ou convulsivas. A identificação adequada e correção destes distúrbios são fundamentais para evitar o risco de maiores complicações^{23,24}.

7. Maus-tratos e abuso contra a criança/adolescente

Os maus-tratos contra crianças/adolescentes são definidos por violência física, crueldade mental, abuso sexual, ou negligência séria, levando a consequências para o seu desenvolvimento físico e psicológico. Os casos de abuso físico são, na maioria das vezes, observados por pediatras e o psiquiatra pode ser chamado para avaliar o estado emocional da criança e da família. Pode-se, no entanto, detectar outras formas de abuso e negligência quando se avalia uma criança/adolescente com problemas emocionais ou comportamentais, sem que haja esta queixa específica²⁵.

Um bom contato é fundamental ao se investigar estes eventos, para que se proporcione conforto e segurança, diminuindo a apreensão e as reações defensivas que a criança/adolescente pode manifestar. Não é infrequente que o paciente negue sinais evidentes de abuso, por receio de ser responsabilizado por uma crise familiar ou de agressões futuras. É importante observar a reação da criança na presença de diferentes familiares, com objetivo de se avaliar reações mais intensas de ansiedade, medo, agressividade com uma pessoa específica, o que sugere que alguma agressão possa estar ocorrendo na relação com este adulto.

A suspeita de maus-tratos e/ou abuso deve ser embasada em dados de história clínica, exame físico e exames de diagnóstico por imagem. A Tabela 5 apresenta os principais sinais que podem levar à suspeita de violência contra a criança. A ausência destes indicadores não afasta a ocorrência de violência, assim como os indicadores isoladamente não podem ser considerados definidores de vitimização²⁶.

Clinicamente, a criança vitimizada pode apresentar-se temerosa, arredia, agressiva e adotar posições de defesa. Também pode manifestar apatia, sonolência e tristeza. Na avaliação, as

Tabela 5 - Sinais sugestivos de violência contra a criança

Incompatibilidade entre dados da história e os achados clínicos.
Omissão total ou parcial da história de trauma.
Pais que mudam a história toda vez que são interrogados.
Histórias diferentes quando são questionados os membros da família isoladamente.
Demora na procura de recursos médicos na presença evidente de trauma.
Crianças que não querem relatar o que aconteceu.
Famílias desestruturadas.
Pais usuários de álcool ou drogas ilícitas.
Violência à mãe ou a pessoas idosas da família.
Pacientes com deficiência mental.

informações devem ser registradas da forma mais fidedigna possível, evitando-se resumos, sínteses ou abreviações. Deve-se informar quem presta as informações e manter o vocabulário utilizado pelo informante.

O papel do psiquiatra frente à violência envolve: auxiliar na identificação ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento, prestar atendimento emergencial e interagir com os demais membros da equipe multidisciplinar. Deparar-se com esses casos pode estar entre as experiências mais perturbadoras da clínica com crianças, algumas vezes evocando desejo de “resgatar” a criança imediatamente. No entanto, é importante manter o objetivo de verificar o quão confiável é a evidência de que existe abuso. Em caso de dúvida, deve-se proteger a vítima até esclarecimento da situação. Estes casos têm implicação legal, de modo que o médico é obrigado a relatar o fato ou mesmo as suspeitas às entidades legais de proteção à criança^{4,25}.

O abuso crônico pode levar a uma série de manifestações psicopatológicas, mais comumente depressão, transtorno de estresse pós-traumático, sintomas dissociativos e somatoformes, dificuldades em modulação da raiva e controle do impulso, dificuldades no envolvimento sexual, auto/heteroagressividade e abuso de substâncias.

Tratamento

O manejo adequado dos quadros psiquiátricos em atendimentos de emergência será norteado por dois pontos principais: a identificação de transtorno psiquiátrico prévio e/ou atual e dos fatores desencadeantes da situação de emergência. Os objetivos do tratamento serão: 1) aliviar os sintomas por meio do emprego de medicações; 2) iniciar ou adequar o tratamento do transtorno psiquiátrico; e 3) abordar os fatores desencadeantes da crise atual para reduzir o risco de descompensações futuras.

Durante o atendimento, deve-se garantir a integridade física do paciente e das pessoas a sua volta. Em momentos de crise, pode ser necessário afastar o paciente dos familiares, para diminuir o nível de ansiedade, permitindo a retomada do autocontrole. Se o grau de impulsividade for muito alto, deve-se sedar o paciente até que seja estabilizado e tenha condições de controlar seu comportamento. Na ausência de estrutura familiar/social adequada, é preferível

manter o paciente em observação hospitalar, para evitar que um novo descontrole possa colocá-lo em risco.

O tratamento psicofarmacológico deve levar em conta as diferenças existentes em crianças/adolescentes em relação aos adultos. A absorção, em geral, costuma ser semelhante, porém, o metabolismo hepático, a excreção glomerular e a distribuição corpórea são maiores nos mais jovens, de forma que as dosagens podem ser superiores às utilizadas em adultos²⁷. Sendo assim, as doses utilizadas não devem basear-se em valores pré-fixados, mas serem proporcionais ao peso corporal. A Tabela 6 apresenta os principais psicofármacos utilizados em crianças/adolescentes, sua dosagem, indicação e efeitos adversos. A medicação de escolha no tratamento após o atendimento emergencial deverá ser aquela empregada para o tratamento da condição subjacente (p. ex. neurolépticos para quadros psicóticos; estimulantes para transtorno de déficit de atenção; antidepressivos para depressão)²⁸.

A seguir serão apresentadas as especificidades do tratamento das condições clínicas descritas anteriormente.

1. Comportamento agressivo

A abordagem psicofarmacológica dependerá do diagnóstico⁹. O comportamento agressivo pode ser controlado com o uso de neurolépticos; no entanto, sugere-se cautela no emprego destas substâncias em crianças, pois há riscos de sintomas extrapiramidais e discinesia tardia, descrito em até 41% das crianças²⁹. Os benzodiazepínicos também podem ser utilizados, entretanto eles devem ser evitados caso exista suspeita de uso de outras drogas, especialmente depressores do sistema nervoso central, devido ao risco de interação medicamentosa e depressão respiratória. Algumas crianças/adolescentes com agitação intensa podem necessitar de medicação injetável, sendo os neurolépticos a primeira opção. O emprego de anti-histamínicos (p. ex. difenidramina e hidroxizina) é bastante difundido na prática de atendimentos em pronto-socorros. Entretanto, não há embasamento para o emprego dessas medicações na população pediátrica, com o objetivo de sedação²⁷.

2. Intoxicações e quadros confusionais

O tratamento das intoxicações deve ser feito com base nos sintomas apresentados. O paciente deverá ter funções cardiorrespiratórias e nível de consciência monitorizado, pois estes parâmetros podem oscilar nas primeiras horas pós-intoxicação. O emprego de medicações deve ser restrito para diminuir o risco de interações medicamentosas. O emprego destas tem por objetivo compensar alterações clínicas que o paciente apresente. Quando o paciente encontrar-se agitado, deverá ser mantido em local tranquilo, se possível com poucos estímulos visuais e sonoros, devendo-se tentar tranquilizá-lo por meio de reassuramento e lembrando-o de onde ele se encontra e o que motivou este atendimento. Nos casos de agitação grave e para garantir a integridade física do paciente, este poderá ser medicado com antipsicóticos de rápida ação, em doses baixas, e sempre com especial atenção a sintomas de sedação excessiva. Os sintomas agudos da intoxicação geralmente se resolvem em algumas

horas, quando então o paciente poderá ser encaminhado para acompanhamento e tratamento, juntamente com orientação dos responsáveis sobre eventuais complicações do quadro agudo apresentado²⁸.

3. Comportamento suicida

O tratamento medicamentoso para médio e longo prazos de criança/adolescente com CS faz-se necessário quando é identificada alteração psicopatológica na avaliação. A terapêutica medicamentosa a ser empregada visa, portanto, ao tratamento da causa do CS. Eventualmente, em situações de emergência, a sedação do paciente pode ser necessária, caso ele se mostre agitado e contrário às medidas de contenção que deverão ser empregadas até que o risco de nova tentativa de suicídio seja eliminado. Neurolépticos com efeito sedativo, como a clorpromazina ou a levomepromazina, poderão ser a primeira escolha. Deve-se evitar o uso de benzodiazepínicos, principalmente em crianças, pelo risco de efeitos paradoxais e outros efeitos colaterais.

Todo paciente admitido por tentativa de suicídio só poderá receber alta após avaliação psiquiátrica, com remissão completa da ideação suicida e iniciado o tratamento clínico e psicossocial da condição desencadeante^{7,11}.

4. Psicoses

O tratamento medicamentoso dos quadros agudos envolve o uso de neurolépticos em doses variáveis, dependendo da gravidade dos sintomas e da relação peso/altura da criança/adolescente. Os neurolépticos de perfil sedativo podem ser utilizados em casos de insônia ou agitação associados. Indivíduos com maior nível de agitação podem necessitar de medicação intramuscular, que resulta em níveis séricos próximos de duas vezes maiores que a via oral^{15,16}.

5. Transtornos ansiosos e somatoformes

As crises agudas de ansiedade deverão ser devidamente medicadas para alívio sintomático imediato e reavaliação do quadro. Podem ser utilizados benzodiazepínicos em baixas dosagens, com meia-vida curta, pois o efeito é imediato, não produzindo sonolência excessiva, o que atrapalharia a reavaliação clínica.

Em quadros conversivos e dissociativos, devido ao conteúdo emocional existente, é fundamental um trabalho de suporte e apoio, que deve ser iniciado já na situação de emergência, visando aliviar a dor psíquica que gerou esse quadro e todo evento estressor que se sucedeu ao processo, sendo o paciente encaminhado para atendimento psiquiátrico e psicológico após alta do serviço de emergência. Deve também ser realizado trabalho com a equipe médica e de enfermagem para evitar ou minimizar atitudes hostis com a criança/adolescente e também com os pais, que muitas vezes esperam pelo diagnóstico de eventual doença clínica do filho²⁸.

6. Transtornos alimentares

O tratamento emergencial dos TA consiste no controle e monitorização das complicações clínicas de acordo com o diagnóstico (p. ex. desidratação, hiponatremia, hipocalemia). Em

Tabela 6 - Principais psicofármacos utilizados em crianças e adolescentes^{27,34,35}

Psicofármaco	Dosagem (mg/d)	Indicações	FDA status	Vias de administração	Efeitos adversos e cuidados especiais
Clorpromazina	25-400	ESQ, TB, agressividade, agitação psicomotora	A partir dos seis meses	VO, IM, depot	Efeitos colinérgicos (boca seca, obstipação, visão turva, hipotensão) e sonolência
Haloperidol	0,5-8 (pré-púberes) 1-16 (púberes)		A partir dos três anos	VO, IM, depot	Sintomas extrapiramidais, sonolência, discinesia de retirada. Risco de síndrome neuroléptica maligna.
Levomepromazina	12,5-75		A partir dos dois anos	VO, IM	Risco de prolongamento QTc. * Não deve ser utilizado como primeira escolha (FDA).
Risperidona	0,25-6		A partir de seis anos em autismo e de 10-12 em TB e ESQ	VO, depot	Sedação, aumento de apetite e peso, menos efeitos extrapiramidais (quando comparado com o haloperidol). Alguns relatos de alteração da condução elétrica cardíaca sugerem monitoramento.
Olanzapina	2,5-20		A partir de 13 anos para TB e ESQ	VO, IM, depot	Sedação, aumento do apetite e peso, baixa incidência de efeitos extrapiramidais.
Quetiapina	25-600		A partir de 10 anos para TB e 13 anos para ESQ	VO	Idem ao anterior e potencial risco de formação de catarata.
Lítio	10-30mg/kg (nível sérico de 0,6 a 1,2mEq/L)	TB	A partir dos 12 anos	VO	Poliúria, polidipsia, tremor, ataxia, náusea, diarreia, ganho de peso, tontura, acne. Em longo prazo, alterações na função renal e/ou tireoidiana. Em crianças são mais comuns sintomas neurológicos durante o período de introdução da medicação.
Carbamazepina	200-1000 (nível sérico entre 5-10mg/L)	TB, epilepsia	Aprovado apenas para epilepsia em qualquer idade	VO	Risco de discrasias sanguíneas (necessidade de controle hematológico periodicamente), tontura, rash cutâneo. Risco de toxicidade hepática, especialmente em menores de 10 anos (necessidade de dosagem de transaminases e bilirrubinas). Indutor potente da enzima CYP3A4, implicando em reajustes periódicos das doses.
Divalproato de sódio	500-1500 (nível sérico entre 50-100mg/L)	TB, agressividade, agitação psicomotora, transtorno do controle de impulso, epilepsia	A partir dos dois anos apenas para epilepsia	VO	Sedação, náusea, aumento de peso, ovário policístico. Risco de toxicidade hepática e pancreática, faz-se necessária avaliação inicial e monitorização de amilase, fosfatase alcalina, gama GT, transaminases, bilirrubinas, além da dosagem sérica periódica.
Fluoxetina	2,5-40	Depressão, transtornos ansiosos	A partir dos 12 anos para depressão. Acima de oito anos para TOC	VO	Redução do apetite, sintomas gastrointestinais, cefaleia, tontura. Interação com outras medicações como antibióticos, antiulcerígenos.
Sertralina	25-200		A partir da adolescência para depressão e acima de seis anos para TOC	VO	Sintomas de ativação – inquietação, agitação, acatisia, irritabilidade, insônia. Risco de virada maníaca em pacientes com TB. Sugere-se introdução lenta e gradual. Ficar atento ao aumento do risco de suicídio.
Escitalopram	10-20		A partir dos 12 anos apenas para depressão	VO	Riscos e efeitos semelhantes a outros ISRS. Baixo índice de interação medicamentosa.
Metilfenidato	5-40	TDAH	A partir dos seis anos	VO	Insônia, diminuição do apetite, perda de peso, disforia, efeito rebote sobre a hiperatividade. Possível piora dos tiques, mania, psicose e diminuição do ritmo de crescimento (controverso)
Benzodiazepínicos	Depende da medicação	Ansiedade extrema (pânico, ansiedade generalizada)	NA	VO, IM	Sonolência, desinibição, risco de dependência, agitação, confusão, efeito rebote, efeito de retirada (principalmente para o lorazepam), depressão e abstinência, efeitos paradoxais. Devido ao risco-benefício não ser muito favorável, é uma classe medicamentosa que deve ser evitada em crianças e adolescentes.
Clonidina	0,025-0,4	Agitação, agressividade	Acima dos 12 anos	VO	Sedação, hipotensão, boca seca, irritabilidade, disforia, hipertensão rebote.
Propranolol	10-100	Acatisia,	NA	VO	Semelhante à clonidina, com risco de indução de bradicardia e hipotensão (ambos dose-dependentes) e hipertensão rebote. Contraindicado em casos de asma (broncoespasmo) e diabetes mellito.
Atenolol	25-100	agressividade, agitação grave			

NA: Não aprovada pelo FDA; TB: Transtorno bipolar; ESQ: Esquizofrenia; TOC: Transtorno obsessivo-compulsivo; TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; VO: via oral; IM: intramuscular

muitos casos, a presença de complicações clínicas é um critério de internação psiquiátrica para realimentação que, com o objetivo de evitar a síndrome de realimentação, deve ser feita de maneira gradual por via oral, enteral ou parenteral, de acordo com a gravidade do estado nutricional e da recusa alimentar. Sempre que possível, deve-se priorizar a alimentação por via oral, calculada de acordo com as necessidades individuais do paciente³⁰.

A Tabela 4 apresenta os critérios de gravidade dos TA, que indicam internação psiquiátrica. Durante a internação, além do suporte nutricional, é indicado que os pacientes recebam acompanhamento psiquiátrico, psicológico e familiar^{31,32}.

7. Maus-tratos e abuso contra a criança/adolescente

O manejo de casos de crianças vitimizadas deve ser norteado por três objetivos: prevenir abusos subsequentes, aliviar os efeitos do que já aconteceu e avaliar as necessidades emocional, social e educacional posteriores ao evento^{25,26}.

O primeiro aspecto a ser considerado é aliviar o sofrimento da criança/adolescente, quer seja por meio do emprego de medicações para diminuir a ansiedade ou agitação psicomotora, ou da adoção das medidas para garantir a integridade física e mental da criança/adolescente. A adoção destas medidas por si só podem, em muitos casos, já trazer bastante alívio para a vítima.

Após o embasamento da suspeita diagnóstica de violência pela avaliação de médicos de diferentes especialidades e assistente social, serão efetuados relatórios médico, psicológico e social que devem ser encaminhados com urgência para o Conselho Tutelar e a Vara de Infância e Juventude. Os pacientes receberão alta hospitalar somente após a decisão judicial, mesmo que isso implique em manter o paciente internado contra a vontade dos pais/responsáveis.

Conclusão

As emergências psiquiátricas na infância e adolescência estão associadas a situações de reagudização de transtornos psiquiátricos prévios ou podem ser a primeira manifestação de um transtorno psiquiátrico de início nesta faixa etária. Os objetivos da avaliação emergencial, além da avaliação diagnóstica, são: avaliar o risco para a integridade física e psíquica da criança/adolescente, identificar os fatores de risco desencadeantes e mantenedores da crise, a presença de fatores protetores, avaliação do suporte familiar e social. Após a avaliação, devem-se planejar intervenções imediatas que contribuam para a estabilização da situação emergencial e proporcionem melhores condições para o tratamento posterior que, obrigatoriamente, deverá ser realizado.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro ³
Sandra Scivoletto	IPq-FMUSP	FFM** FFM*** CNPq*** FUMCAD***	CNPq*** Laboratório Cristália*** Novartis*** Janssen-Cilag Brasil*** Eli-Lilly do Brasil***	-	-	-	-
Miguel Angelo Boarati	IPq-FMUSP	-	Janssen-Cilag Brasil*	-	-	-	-
Gizela Turkiewicz	IPq-FMUSP	-	-	-	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: IPq-FMUSP = Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; FFM = Fundação Faculdade de Medicina; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; FUMCAD = Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Mais informações consultar as Instruções aos Autores.

Referências

1. APA - American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2th ed. Washington DC: American Psychiatry Association; 2002
2. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6): 727-34.
3. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(5):645-55.
4. American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians, Dolan MA, Mace SE., Pediatric mental health emergencies in the emergency medical services system. American College of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med*. 2006;48(4):484-6.
5. WHO - World Health Organization. Distribution of suicides rates (per 100,000), by gender and age. [cited 2010 jun 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/charts/en/index.html.
6. Barnes AJ, Eisenberg ME, Resnick MD. Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*. 2010;125(5):889-95.
7. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5(4):243-65.
8. Goodman R, Scott S. *Assessment, in Child Psychiatry*. London: Blackwell Publishing; 2005. p.3-21.
9. Stewart JT, Myers WC, Burket RC, Lyles WB., A review of the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(2):269-77.
10. Focchi GR, Scivoletto S. Drogas desenhadas: novas drogas de abuso? *J Bras Psiquiatr*. 2000;49(10-12):383-6.
11. Fennig S, Hadas H. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010;64(1): 32-9.
12. Caetano SC, Olvera RL, Hunter K, Hatch JP, Najt P, Bowden C, Pliszka S, Soares JC. Association of psychosis with suicidality in pediatric bipolar I, II and bipolar NOS patients. *J Affect Disord*. 2006;91(1):33-7.

13. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Goldstein BI, Gill MK, Esposito-Smythers C, Ryan ND, Strober MA, Hunt J, Keller M. Family environment and suicidal ideation among bipolar youth. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):378-88.
14. Bella ME, Fernandez, RA, Willington JM. Depression and the conduct disorder are the most frequent pathologies in child and adolescent suicide attempt. *Arch Argent Pediatr.* 2010;108(2):124-9.
15. Reimherr JP, McClellan JM. Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 6: 5-11.
16. Castro-Fornieles J, Parellada M, Gonzalez-Pinto A, Moreno D, Graell M, Baeza I, Otero S, Soutullo CA, Crespo-Facorro B, Ruiz-Sancho A, Desco M, Rojas-Corralles O, Patiño A, Carrasco-Marin E, Arango C; CAFEPS group. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results. *Schizophr Res.* 2007;91(1-3):226-37.
17. Fu-I L. Transtorno bipolar e manifestações psicóticas. In: Fu-I L, Boarati MA, editors. *Transtorno bipolar na infância e adolescência: aspectos clínicos e comorbidades.* São Paulo: Artmed; 2009. p.70-82.
18. Beesdo K., Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* 2009;32(3):483-524.
19. Sar V, Islam S, Ozturk E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(5):670-7.
20. Merskey. *The analysis of hysteria.* 2nd ed. London: Gaskell; 1995.
21. Moya T, Cominato L. Complicações Clínicas. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência. Uma visão multidisciplinar.* São Paulo; Sá: 2008. p.89-114.
22. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry.* 1991;148(7):917-22.
23. Pinhas L, Steinegger MC, Katzman D. Clinical assessment and physical complications. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence.* London: Routledge; 2007. p.99-124.
24. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kreipe RD, Lask B, Le Grange D, Lock J, Loeb K, Madden S, Nicholls D, O'Toole J, Pinhas L, Rome E, Sokol-Burger M, Wallen U, Zucker N; Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J Eat Disord.* 2007;40Suppl:S117-22.
25. Skuse D, Bentovin A. Physical and emotional maltreatment. In: RutterM, TaylorE, HersovL, editors. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches,* Oxford; Blackwell Science; 1994. p.209-29.
26. Sirotnak AP, Krugman RD. *Physical abuse of children: an update. Del Med J.* 1997;69(7):335-43.
27. Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, Greenhill LL, Kowatch RA, Lieberman AF, Luby JL, Owens J, Scahill LD, Scheeringa MS, Stafford B, Wise B, Zeanah CH. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(12):1532-72.
28. Green HW. *Child & adolescent clinical psychopharmacology.* 3rd ed. Oxford: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
29. Rosenberg R. Psicofarmacoterapia. In: Assumpção Jr F, editor. *Psiquiatria da infância e adolescência.* São Paulo: Maltese; 1994. p.509-524.
30. Oliveira PB, Kitade RD. Manejo nutricional dos transtornos alimentares na infância e adolescência. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência. Uma visão multidisciplinar.* São Paulo: Sá; 2008. p.131-44.
31. APA - American Psychiatry Association. *Treatment of patients with eating disorders.* *Am J Psychiatry.* 2006;163(7 Suppl):4-54.
32. American Academy of Pediatrics - Comittee on Adolescence. *Identifying and treating eating disorders.* *Pediatrics.* 2003;111(1):204-11.
33. Pfeffer CR. Tentativa de suicídio em crianças e adolescentes: causas e manejo. In: Lewis M, editor. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência.* Porto Alegre: Artes médicas; 2005. p. 677-685.
34. Mercadante MT, Scahill LD. *Psicofarmacologia da criança: um guia para crianças, pais e profissionais.* São Paulo: Memmon Edições científicas; 2005.
35. Assumpção Jr F, Kuczynski E. *Psicofarmacoterapia na infância e adolescência.* São Paulo: Atheneu; 2008.