



PSICOPATOLOGIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

José Carlos Rosa Pires de Souza

Neomar Souza

Bruno Massayuki Makimoto Monteiro

**PSICOPATOLOGIA DA INFÂNCIA
E DA ADOLESCÊNCIA**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Reitor Laércio Alves de Carvalho

Vice-reitora Celi Corrêa Neres

*Pró-reitora de Extensão,
Cultura e Assuntos Comuni-
tários* Márcia Regina Martins Alvarenga



DIVISÃO DE PUBLICAÇÕES - EDITORA UEMS

*Chefe da Divisão de
Publicações* Neurivaldo Campos Pedroso Junior

Capa e Diagramação Everson Umada Monteiro

Revisora Islene França de Assunção

CONSELHO EDITORIAL

Presidente Edilson Costa

Conselheiros(as) Adriana Rochas de Carvalho Fruguli Moreira
Ailton de Souza
Alberto Adriano Cavalheiro
Claudia Andrea Lima Cardoso
Cristiane Marques Reis
Estela Natalina Mantovani Bertoletti
Everson Umada Monteiro
Márcia Regina Martins Alvarenga
Marcos Antonio Nunes de Araujo
Marianne Pereira de Souza

José Carlos Rosa Pires de Souza
Neomar Souza
Bruno Massayuki Makimoto Monteiro

**PSICOPATOLOGIA DA INFÂNCIA
E DA ADOLESCÊNCIA**



© 2021 by José Carlos Rosa Pires de Souza, Neomar Souza e Bruno Massayuki Makimoto Monteiro.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UEMS.

S715p Souza, José Carlos Rosa Pires de
Psicopatologia da infância e da adolescência / José Carlos
Rosa Pires de Souza, Neomar Souza, Bruno Massayuki
Makimoto Monteiro. – Dourados, MS: Editora UEMS, 2021.
149 p.

ISBN: 978-65-89374-08-4 (Digital).

1. Psicopatologia 2. Desenvolvimento cognitivo 3.
Transtornos mentais – Crianças 4. Transtornos mentais –
Adolescentes I. Souza, Neomar II. Monteiro, Bruno
Massayuki makimoto III. UEMS IV.Título

CDD 23. ed. - 150.195

Direitos reservados a
Editora UEMS
Bloco A - Cidade Universitária
Caixa Postal 351 - CEP 79804-970 - Dourados/MS
(67) 3902-2698
editorauems@uems.br
www.uems.br/editora

SOBRE OS AUTORES:

JOSÉ CARLOS ROSA PIRES DE SOUZA: psiquiatra, PhD em saúde mental, especialista em Medicina do Sono, professor do curso de medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Campo Grande, MS.

NEOMAR SOUZA: neuropsicóloga, pedagoga, mestra em psicologia e especialista em Terapia Cognitiva Comportamental.

BRUNO MASSAYUKI MAKIMOTO MONTEIRO: fisioterapeuta pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) e acadêmico de medicina da UEMS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de pedido de relatório.....	70
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – O NORMAL, O ANORMAL E O PATOLÓGICO:	
CRITÉRIOS DE DIFERENCIAÇÃO	19
1.1 NORMALIDADE COMO AUSÊNCIA DE DOENÇA	21
1.2 NORMALIDADE IDEAL	22
1.3 NORMALIDADE ESTATÍSTICA	22
1.4 NORMALIDADE COMO BEM-ESTAR	23
1.5 NORMALIDADE FUNCIONAL	23
1.6 NORMALIDADE COMO PROCESSO	23
1.7 NORMALIDADE SUBJETIVA	23
1.8 NORMALIDADE COMO LIBERDADE	24
1.9 NORMALIDADE OPERACIONAL	24
CAPÍTULO II – ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PARA ERIK	
ERISON	25
CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE JEAN	
PIAGET	30
3.1 ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	32
3.2 MARCOS EVOLUTIVOS IMPORTANTES EM CRIANÇAS	34

3.3 DESENVOLVIMENTO DO PAPEL SEXUAL	37
3.4 FATORES FAMILIARES NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	38
3.5 ESTILOS DE CUIDADOS PARENTAIS	40
3.6 DESENVOLVIMENTO E EXPRESSÃO DE PSICOPATOLOGIA	40
CAPÍTULO IV – ADOLESCÊNCIA	42
4.1 PUBERDADE	43
4.2 GRUPO DE PARES	44
4.3 TURBILHÃO DA ADOLESCÊNCIA	44
CAPÍTULO V – O QUE É PSICOPATOLOGIA?	45
5.1 PSICOPATOLOGIA DESCRITIVA <i>VERSUS</i> PSICOPATOLOGIA DINÂMICA	47
5.2 PSICOPATOLOGIA MÉDICA <i>VERSUS</i> PSICOPATOLOGIA EXISTENCIAL	47
5.3 PSICOPATOLOGIA COMPORTAMENTAL-COGNITIVISTA <i>VERSUS</i> PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA	48
5.4 PSICOPATOLOGIA CATEGORIAL <i>VERSUS</i> PSICOPATOLOGIA DIMENSIONAL	49
5.5 PSICOPATOLOGIA BIOLÓGICA <i>VERSUS</i> PSICOPATOLOGIA SOCIOCULTURAL	49
5.6 PSICOPATOLOGIA OPERACIONAL-PRAGMÁTICA <i>VERSUS</i> PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL	50
CAPÍTULO VI – PRINCÍPIOS GERAIS DA ENTREVISTA, ANAMNESE E EXAME DO ESTADO MENTAL	52
6.1 O EXAME MENTAL OU PSÍQUICO DA CRIANÇA DO ADOLESCENTE	53
6.2 ENTREVISTA COM CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR	54

6.3 ENTREVISTAS COM ADOLESCENTES	55
6.4 ENTREVISTA COM A FAMÍLIA	56
6.5 ENTREVISTA COM OS PAIS	56
6.6 ENTREVISTAS COM BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS	56
6.7 ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PAIS	57
6.8 EXAME PSÍQUICO OU MENTAL	61
6.9 FANTASIA, IMAGINAÇÃO E DEVANEIO	69

CAPÍTULO VII – PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

7.1 TRANSTORNOS DO HUMOR	72
7.1.1 Epidemiologia	73
7.1.2 Etiologia	74
7.1.2.1 <i>Fatores genéticos</i>	74
7.1.2.2 <i>Fatores biológicos</i>	75
7.1.2.3 <i>Fatores psicossociais</i>	75
7.1.3 Diagnóstico	76
7.1.4 Diagnóstico diferencial	79
7.1.5 Curso e prognóstico	80
7.1.6 Tratamento	81
7.2 SUICÍDIO	81
7.2.1 Epidemiologia	82
7.2.2 Etiologia	83
7.2.2.1 <i>Outros fatores biológicos</i>	83
7.2.2.2 <i>Fatores sociais</i>	84
7.2.3 Diagnósticos e características clínicas	84
7.2.4 Tratamento	85

7.3	TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO	86
7.3.1	Epidemiologia	86
7.3.2	Etiologia	87
7.3.2.1	<i>Fatores ligados à aprendizagem</i>	<i>88</i>
7.3.2.2	<i>Fatores genéticos</i>	<i>88</i>
7.3.3	Diagnóstico e características clínicas	89
7.3.4	Diagnóstico diferencial	90
7.3.5	Curso e prognóstico	91
7.3.6	Tratamento	91
7.4	TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	92
7.4.1	História	93
7.4.2	Epidemiologia	93
7.4.3	Etiologia	94
7.4.3.1	<i>Anormalidades orgânicas-neurológicas-biológicas</i>	<i>94</i>
7.4.3.2	<i>Fatores genéticos</i>	<i>94</i>
7.4.3.3	<i>Fatores imunológicos</i>	<i>95</i>
7.4.3.4	<i>Fatores perinatais</i>	<i>95</i>
7.4.4	Crterios diagnósticos	95
7.4.5	Diagnóstico diferencial	97
7.4.6	Curso e prognóstico	97
7.4.7	Tratamento	98
7.5	ESQUIZOFRENIA COM INÍCIO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	99
7.5.1	História	100
7.5.2	Epidemiologia	101
7.5.3	Etiologia	101
7.5.4	Diagnóstico e características clínicas	102

7.5.5 Diagnóstico diferencial	104
7.5.6 Curso e prognóstico	104
7.5.7 Tratamento	105
7.6 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	106
7.6.1 Epidemiologia	108
7.6.2 Etiologia	108
7.6.3 Classificação	109
7.6.4 Diagnóstico diferencial	110
7.6.5 Curso e prognóstico	111
7.6.6 Tratamento	111
7.7 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	112
7.7.1 Epidemiologia	112
7.7.2 Etiologia	112
7.7.2.1 Fatores genéticos	113
7.7.2.2 Fatores psicossociais	113
7.7.3 Diagnóstico	114
7.7.4 Diagnóstico diferencial	115
7.7.5 Curso e prognóstico	115
7.7.6 Tratamento	116

CAPÍTULO VIII – USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS PECULIARIDADES	117
8.1 NOÇÕES ELEMENTARES DE FARMACOLOGIA	118
8.2 PECULIARIDADES FARMACOLÓGICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	120
8.2.1 Enzimas hepáticas	120
8.2.2 Farmacogenética	121
8.2.3 Metabolismo e meia-vida	121

8.2.4 Composição corporal	122
8.2.5 Dosagens	122
8.2.6 Apresentações	122
8.2.7 Cuidados	123
8.3 ALGUMAS DISCUSSÕES	123

CAPÍTULO IX – EXAMES COMPLEMENTARES PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

9.1 ESCALAS E INVENTÁRIOS	126
9.2 EXAMES (BIOLÓGICOS, NEUROLÓGICOS, MOTORA, PSICOLÓGICA E SOCIAL)	129
9.2.1 Eletrencefalograma (EEG)	129
9.2.2 Eletrencefalograma quantitativa topográfica (EEGQ)	130
9.2.3 Tomografia computadorizada do crânio por emissão de fóton único	130
9.2.4 Tomografia por emissão de pósitron (PET)	130
9.2.5 Ressonância magnética do crânio (com ou sem contraste)	131
9.2.6 Exames laboratoriais das glândulas hormonais	131
9.2.7 Eletroneuromiografia	132
9.2.8 Polissonografia	133
9.2.9 Teste de latências múltiplas do sono (TMLS)	133
9.2.10 Raio X simples do crânio	133
9.2.11 Raio X para idade óssea	134
9.2.12 Tomografia computadorizada (TC)	134
9.2.13 Cariótipo	134
9.3 OUTRAS AVALIAÇÕES	135
9.3.1 Psicodiagnóstico	135

9.3.2 Teste de inteligência	135
9.3.3 Avaliação neuropsicológica	136
REFERÊNCIAS	137
GLOSSÁRIO	147

APRESENTAÇÃO

Em toda preparação de um livro, presumem-se muitas coisas ao mesmo tempo. Uma delas é a necessidade de evidenciar seu caráter público, na medida em que procura esclarecer e passar informações e orientações que, até então, mantiveram-se em um campo de ação mais específico. Nossa intenção de levar esses conhecimentos, que, a princípio, são básicos da psiquiatria e da psicologia, até o público em geral, como estudantes e profissionais da área da saúde e, por que não, a pais e educadores, surgiu em decorrência da observação do não reconhecimento dos transtornos mentais e do desenvolvimento em crianças e adolescentes por parte da grande maioria dos pais e professores. O livro, evidentemente, não substitui a avaliação de profissionais especializados, tampouco o tratamento adequado.

O período considerado “turbilhonado” leva o jovem a verdadeiras crises existenciais de identidade, de contradição de valores e normas, decorrentes das mudanças físicas, sexuais, psicológicas e cognitivas, tudo acontecendo ao mesmo tempo. Irreflexão, ansiedade e descontrole nas atitudes são naturais no adolescente. Nesse período de transformações orgânicas acentuadas, o adolescente, não poucas vezes, sente-se estranho a si mesmo. As alterações experimentadas são tão marcantes que ele perde o contato com sua própria realidade, partindo, muitas vezes, para o descobrimento de sua identidade de forma crítica, inquieta, gerando distúrbios que podem se acentuar mais, caso não encontre orientação e tratamento adequado e imediato.

O amadurecimento psicológico faz-se, nesse período, com maior rapidez do que na infância. Há mudanças cognitivas relevantes, que desempenham um papel crítico para que o jovem cuide das demandas educacionais,

sociais, vocacionais, políticas, econômicas, sempre cada dia mais complexas. As alterações nos relacionamentos entre pais e filhos propõem necessidades de maior intercâmbio no lar e na escola, a fim de propiciar um desenvolvimento psicológico e intelectual saudável e equilibrado.

A escola é um espaço rico para o desenvolvimento do ser humano, pois é onde passamos grande parte de nossas vidas. Portanto, o ambiente escolar deve ser um espaço de promoção de saúde mental e não de adoecimento. Não pretendemos exigir que pais, responsáveis e educadores saibam todos os assuntos que envolvem o reconhecimento, o diagnóstico e o possível tratamento de uma criança ou de um adolescente que apresentem algum tipo de transtorno mental. No entanto, é preciso ressaltar que todos os pais e educadores, ao lidar com crianças e adolescentes, devem ter informações suficientes para que não interpretem mal seus filhos e alunos, não os rotulem nem os estigmatizem, evitando, assim, que sejam ainda mais prejudicados quando apresentarem alguma dificuldade ou transtornos emocionais. Com isso, poderão compartilhar o tratamento integral de seus filhos ou alunos com os profissionais de saúde.

Os pais e os educadores devem ser as primeiras pessoas a levantar a possibilidade de alguma alteração mental nas crianças e nos adolescentes. Durante muito tempo, a primeira conduta era, simplesmente, solicitar ao médico um pedido de eletroencefalograma (EEG) para os filhos e alunos. Porém, na realidade, esse exame tem suas indicações muito precisas e limitadas, auxiliando muito pouco no diagnóstico dos transtornos mentais. Por exemplo, antigamente, muitas crianças com transtorno hipercinético, depressão, ansiedade ou outro distúrbio que apresentassem um EEG alterado eram diagnosticadas como portadoras de “disritmia cerebral”; contudo, essa doença não existe e “disritmia cerebral” é apenas um termo que indica alguma alteração no ritmo da condução elétrica cerebral. Cabe ressaltar que muitas pessoas sadias podem apresentar um EEG com alterações, e alguns

epiléticos, no período fora de suas crises convulsivas, podem apresentar um EEG normal. Por isso, muitas crianças já foram tratadas com medicamentos anticonvulsivantes por conta de um EEG alterado.

O objetivo principal deste livro é alertar estudantes e profissionais da área de saúde e afins, bem como pais e educadores, sobre a necessidade do diagnóstico médico precoce dos transtornos mentais da infância e da adolescência, tendo, assim, um caráter preventivo e de utilidade pública. Nosso propósito é contribuir com o conhecimento sobre os aspectos normais, a anamnese e algumas das psicopatologias de maior prevalência na infância e na adolescência. Entendemos que a tarefa dos pais, dos educadores e de todos aqueles que lidam com os jovens de forma direta ou indireta é de grande responsabilidade, já que eles têm a função não apenas da transmissão de informações, mas também do oferecimento de uma educação pautada no respeito e na valorização, de modo a contribuir para uma melhor qualidade de vida e saúde mental das crianças e dos adolescentes. Ademais, os profissionais de saúde e afins poderão, também, atualizar seus conhecimentos, com o intuito de melhor entenderem o ciclo vital normal e patológico da infância e da adolescência.

Boa leitura!

Os autores.

INTRODUÇÃO

A psicopatologia é uma ciência autônoma, independente da medicina, da psicologia, do direito, da administração de empresas e outras. Seus conhecimentos podem ser utilizados por quaisquer pessoas que lidem com seres humanos em seu cotidiano. Trata-se de uma ciência que estuda o funcionamento cerebral e os fenômenos mentais, cujas alterações podem ser normais, anormais ou patológicas.

Denominam-se “normais” aquelas que são possíveis e aceitáveis conforme o contexto biopsicossocial em que se encontra uma pessoa. Para exemplificar, é normal que um indivíduo possa escutar chamar o seu nome quando está sozinho em um lugar escuro e isolado. Por estar sentindo um medo intenso, ele pode apresentar essa alteração qualitativa da função mental sensopercepção chamada de alucinação auditiva; portanto, trata-se de um fenômeno plausível e esperado para a situação dada. Uma alteração “anormal” seria, por exemplo, que uma pessoa, sob o efeito indesejado de alguma droga, tivesse o mesmo tipo de alucinação auditiva acima. Finalmente, a alteração se caracterizaria como “patológica” caso o fenômeno psíquico se tornasse prejudicial à pessoa, como em um quadro psicótico do tipo esquizofrênico, por exemplo.

Quando as alterações das funções mentais são consideradas patológicas, levam a prejuízos para a pessoa e/ou outrem, podendo ser **físicos, psicológicos, sociais, ambientais, históricos, culturais e/ou religiosos/espirituais, também** no sentido de crenças. Essa visão global do ser humano é a recomendada, atualmente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a pessoa recebe uma abordagem integral em saúde. Por

conta disso, há de se conhecerem os fenômenos mentais que, muitas vezes, não possuem uma localização anatômica no cérebro, mas que participam ativamente do funcionamento do organismo e de sua homeostase.

Na avaliação psicopatológica e no tratamento de crianças e adolescentes, deve-se ter a mesma visão holística, contando, também, com as informações e a participação de seus cuidadores, sejam eles pais, avós, professores e/ou responsáveis em geral. É imprescindível observar – muito mais do que conversar – as crianças e os adolescentes, pois a subjetividade e o comportamento deles constituem-se de **várias nuances e características próprias**, cabendo ressaltar que não são meras miniaturas dos adultos.

| CAPÍTULO I |

**O NORMAL, O ANORMAL E O PATOLÓGICO:
CRITÉRIOS DE DIFERENCIAÇÃO**

O conceito de normalidade, em psicopatologia, é questão de grande controvérsia. Obviamente, quando se trata de casos extremos, cujas alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e longa duração, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático (DALGALARRONDO, 2008). Esse conceito também implica a própria definição do que é saúde e do que é doença mental, temas que apresentam desdobramentos em várias áreas da saúde mental, como, por exemplo:

- a) psiquiatria legal ou forense: a determinação de anormalidade psicopatológica pode ter importantes implicações legais, criminais e éticas, podendo definir o destino social, institucional e legal de uma pessoa;
- b) epidemiologia psiquiátrica: nesse caso, a definição de normalidade é tanto um problema como um objeto de trabalho e pesquisa. A epidemiologia, inclusive, pode contribuir para a discussão e para o aprofundamento do conceito de normalidade em saúde;
- c) psiquiatria cultural e etnopsiquiatria: o conceito de normalidade é, nesse aspecto, tema importante de pesquisas e debates. De modo geral, o conceito de normalidade, em psicopatologia, impõe a análise do contexto sociocultural, exigindo, assim, o estudo da relação entre o fenômeno supostamente patológico e o contexto social no qual tal fenômeno emerge e recebe esse ou aquele significado cultural;

- d) planejamento em saúde mental e políticas de saúde: nessa área, é preciso estabelecer critérios de normalidade, principalmente no sentido de verificar as demandas assistenciais de determinado grupo populacional, as necessidades de serviços, quais e quantos serviços devem ser colocados à disposição desse grupo, etc.;
- e) orientação e capacitação profissional: são importantes na definição de capacidade e adequação de um indivíduo para exercer certa profissão, manipular máquinas, usar armas, dirigir veículos, entre outras atividades. Podemos citar, como exemplo, o caso de indivíduos com déficits cognitivos e que desejam dirigir veículos, pessoas psicóticas que querem portar armas, ou sujeitos com crises epiléticas que manipulam máquinas perigosas, etc.;
- f) prática clínica: é muito importante a capacidade de discriminar, no processo de avaliação e intervenção clínica, se tal ou qual fenômeno é patológico ou normal, se faz parte de um momento existencial do indivíduo ou se é algo francamente patológico.

Há vários critérios de normalidade e anormalidade em psicopatologia, e a adoção de um ou outro depende de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional. Há de se atentar para que a ciência prevaleça sobre qualquer tipo de dogma quando se tratar dos transtornos mentais. Apresentamos, a seguir, alguns critérios designados pelo Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo (2008) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

1.1 NORMALIDADE COMO AUSÊNCIA DE DOENÇA

“Normal” seria aquele indivíduo que, simplesmente, não é portador de um transtorno mental definido. Tal critério é bastante falho e precário,

pois, além de redundante, baseia-se em uma “definição negativa”, ou seja, define-se a normalidade não por aquilo que ela, supostamente, é, mas, sim, por aquilo que ela não é, pelo que lhe falta. Os pais, por exemplo, tendem, às vezes, a comparar os comportamentos de seus filhos com os de outras crianças, o que não é correto, haja vista que cada ser humano é único.

1.2 NORMALIDADE IDEAL

Normalidade, aqui, é tomada como certa “utopia”. Estabelece-se, arbitrariamente, uma norma ideal, o que é, supostamente, “sadio”, mais “evoluído”. Essa norma é, de fato, socialmente constituída e referendada, dependendo, portanto, de critérios socioculturais e ideológicos arbitrários, dogmáticos e doutrinários.

1.3 NORMALIDADE ESTATÍSTICA

A normalidade estatística identifica norma e frequência. É um conceito de normalidade que se aplica, especialmente, a fenômenos quantitativos, com determinada distribuição estatística na população geral (como peso, altura, pressão arterial, horas de sono, quantidade de sintomas ansiosos e outros). O normal passa a ser aquilo que se observa com maior frequência. Os indivíduos que, estatisticamente, situam-se fora (ou no extremo) de uma curva de distribuição normal passam, por exemplo, a ser considerados anormais ou doentes. É um critério falho em saúde geral e mental, pois nem tudo o que é frequente é, necessariamente, saudável, assim como nem tudo o que é raro ou infrequente é patológico. Aqui, aplica-se, também, o erro da comparação de condutas e comportamentos entre as crianças, em casa ou na escola.

1.4 NORMALIDADE COMO BEM-ESTAR

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1958, a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não como ausência de doença simplesmente. Trata-se de um conceito criticável por ser muito vasto e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de definir objetivamente. Além disso, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria “saudável”. Um adolescente, por exemplo, seria considerado, muitas vezes, um doente.

1.5 NORMALIDADE FUNCIONAL

Esse conceito irá se assentar sobre aspectos funcionais e não necessariamente quantitativos. O fenômeno é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional e provoca sofrimento para o próprio indivíduo ou para seu grupo social.

1.6 NORMALIDADE COMO PROCESSO

Nesse caso, mais do que uma visão estática, consideram-se os aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e reestruturações ao longo do tempo, das crises, das mudanças próprias a certos períodos etários. Aqui, ressalta-se a necessidade de conhecimento do desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança.

1.7 NORMALIDADE SUBJETIVA

Esse critério dá maior ênfase à percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação ao seu estado de saúde, às suas vivências subjetivas. O

ponto falho reside no fato de que muitos indivíduos que se sentem bem, “muito saudáveis e felizes”, como no caso de pessoas em fase maníaca, apresentam, na realidade, um transtorno mental grave.

1.8 NORMALIDADE COMO LIBERDADE

Alguns autores de orientação fenomenológica e existencial propõem conceituar a doença mental como perda da liberdade existencial. A saúde mental vincular-se-ia às possibilidades de transitar com graus distintos de liberdade sobre o mundo e sobre o próprio destino.

1.9 NORMALIDADE OPERACIONAL

É um critério assumidamente arbitrário, com finalidades pragmáticas explícitas. Define-se, *a priori*, o que é normal e o que é patológico e busca-se trabalhar operacionalmente com tais conceitos, aceitando-se as consequências de tal definição prévia. Em alguns casos, pode-se utilizar uma associação de vários critérios de normalidade ou doença, de acordo com o objetivo que se tem em mente. Essa é uma área da psicopatologia que exige uma postura permanentemente crítica e reflexiva dos profissionais (DALGALARRONDO, 2008).

| CAPÍTULO II |

ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PARA ERIK ERIKSON

Baseado na psicologia freudiana, Erik Erikson elaborou um estudo sobre o desenvolvimento humano. Erikson foi além da puberdade, pois acreditava que as experiências da idade adulta também determinam a personalidade. Para ele, o foco do desenvolvimento do ego é mais do que o resultado de desejos intrapsíquicos; é, também, uma questão de regulação mútua entre a criança em crescimento, a cultura e as tradições da sociedade. Sendo assim, a mais importante contribuição de Erikson é ter formado uma teoria do desenvolvimento que cobre todo o ciclo vital desde a primeira infância até a velhice e senescência (KAPLAN; SADOCK, 2017).

O autor descreveu os seguintes estágios do desenvolvimento humano:

Estágio 1: “Confiança Básica *versus* Desconfiança Básica” (do nascimento até cerca de um ano de idade). Coincide com o desenvolvimento oral em Freud, em que a boca é a zona mais sensível do corpo. O bebê procura preencher suas necessidades localizando o mamilo, sugando-o e ingerindo outros alimentos. A mãe induz confiança atendendo assiduamente a essas necessidades e, desse modo, prepara o terreno para futuras expectativas acerca do mundo. Essa interação permite ao bebê desenvolver o sentimento de confiança, quando suas necessidades são satisfeitas, ou de desconfiança, se a mãe não foi atenta e carinhosa. Entretanto, se a confiança básica é forte, a criança desenvolve a virtude esperança, solucionando sua primeira crise (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Estágio 2: “Autonomia *versus* Vergonha e Dúvida” (de um a três anos de idade, aproximadamente). Nesse estágio, os bebês adquirem o sentimento de que são separados dos outros. A autonomia permite o domínio sobre si mesmo e sobre seus impulsos. Coincidindo com o estágio anal em Freud, a criança tem a opção de reter ou liberar as fezes, e ambos os comportamentos têm um efeito sobre a mãe. Ao permitir que a criança funcione com alguma autonomia, sem superprotegê-la, ela adquire autoconfiança e sente que consegue controlar a si mesma e ao mundo ao seu redor. Porém, se a criança é punida por ser autônoma ou é excessivamente controlada, sente-se irada e envergonhada. Ao equilibrar essa crise, a criança desenvolve a virtude da vontade (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Estágio 3: “Iniciativa *versus* Culpa” (dos três aos cinco anos de idade). Esse estágio corresponde à fase fálico-edípica de Freud. O reforço à iniciativa depende de quanta liberdade física as crianças recebem e do quanto sua curiosidade intelectual é satisfeita. Conflitos sobre a iniciativa podem impedir que as crianças em desenvolvimento experimentem todo o seu potencial e interferir em seu senso de ambição, que se desenvolve nesse estágio, ao final do qual, a consciência (superego) da criança é estabelecida. Assim, ela aprende não apenas que existem limites para seu repertório de comportamentos, mas também que os impulsos agressivos podem ser expressos de formas construtivas, tais como na competição saudável, em jogos e no uso de brinquedos. Punições excessivas podem restringir a imaginação e a iniciativa da criança. Se bem resolvida essa fase, desenvolve virtudes como a responsabilidade, a confiabilidade e a autodisciplina (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Estágio 4: “Indústria *versus* Inferioridade” (dos seis aos onze anos de idade). Equivale ao período de latência em Freud. É, também, o período da idade escolar, quando a criança começa a participar de um programa organizado de aprendizagem. O principal ponto desse estágio é a indústria

ou capacidade de trabalhar e adquirir habilidades adultas. A criança aprende que é capaz de fazer, dominar e realizar uma tarefa. Em contrapartida, pode haver um senso de inadequação e de inferioridade, que tem o potencial de ser negativo e cuja causa pode advir de pais e professores que não encorajam as crianças a valorizarem sua produtividade e a perseverarem em um empreendimento difícil. Como valorizava as situações sociais, Erikson acreditava que um ambiente escolar que deprecia ou desencoraja a criança pode diminuir sua autoestima mesmo que os pais, em casa, recompensem sua produtividade. Contudo, superando essa crise, a criança desenvolve a virtude da habilidade (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Estágio 5: “Identidade *versus* Difusão de Papeis” (dos onze anos de idade ao final da adolescência). A principal tarefa desse período é desenvolver o senso de identidade; no entanto, essa fase coincide com a puberdade e a adolescência. As características que estabelecem quem é o indivíduo e para onde está indo definem a identidade, sendo que a identidade saudável é construída a partir da passagem bem-sucedida pelos estágios anteriores. O adolescente pode fazer vários “falsos começos” em que seus valores podem mudar; porém, um sistema ético é, por fim, consolidado em uma moldura organizacional coerente. Ao final desse estágio, é desenvolvida a virtude da fidelidade (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Estágio 6: “Identidade *versus* Autoabsorção ou Isolamento” (dos 21 aos 40 anos de idade). Nesse estágio, o adulto procura intimidade, que é o transcender a exclusividade das dependências anteriores e estabelecer uma reciprocidade por meio de relacionamentos sexuais, amigos e todas as associações profundas. Consequentemente, se tiver sua crise de identidade resolvida, desenvolve a virtude do amor. Sem uma companhia, o indivíduo pode se tornar muito pensativo sobre seus próprios problemas, deixando crescer em si um senso de isolamento que pode atingir proporções perigosas (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Estágio 7: “Geratividade *versus* Estagnação” (dos 40 aos 65 anos de idade). Geratividade não é somente gerar filhos; envolve, também, criar e orientar as gerações seguintes, desenvolvendo a virtude do cuidado. Para isso, é necessário que os pais tenham adquirido identidades próprias e bem-sucedidas. Do contrário, serão adultos que não possuem interesse em guiar as gerações seguintes e que optam pelo estado estéril, estagnando-se devido à incapacidade de transcender e à falta de criatividade (KAPLAN; SADOCK, 2017). É comum verificarmos, na prática clínica, alguns “falsos adolescentes” de 40 ou 50 anos, que ainda dependem econômica e afetivamente de seus pais.

Estágio 8: “Integridade *versus* Desespero” (terceira idade). Esse estágio é descrito como o conflito entre a integridade e o desespero, sendo o primeiro um senso de satisfação ao se refletir sobre uma vida produtivamente vivida, possibilitando ao idoso a aceitação da própria vida e da morte, desenvolvendo, assim, a virtude da sabedoria. O segundo aspecto refere-se ao senso de que a vida teve pouco valor, recaindo em desespero e desgosto em razão da incapacidade de revivê-la (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Uma grande contribuição de Erik Erikson é possibilitar a compreensão do desenvolvimento do ser humano em todos os ciclos de sua vida. Ao entender o que, teoricamente, seria normal, facilitaria o reconhecimento do anormal e do patológico. Esse último envolveria os fatores prejudiciais à pessoa e/ou a outrem, nos aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais, culturais, históricos e/ou espirituais.

| CAPÍTULO III |

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE JEAN PIAGET

Jean Piaget (1896-1980) é considerado um dos maiores pensadores do século XX. Suas contribuições para a compreensão do desenvolvimento cognitivo tiveram uma influência paradigmática na psicologia do desenvolvimento e implicações importantes para as intervenções, tanto educacionais como clínicas, com crianças.

Piaget nasceu em Neuchatel, na Suíça, onde estudou e concluiu o doutorado em biologia aos 22 anos de idade. Interessando-se por psicologia, estudou e realizou pesquisas em diversos centros, incluindo a Sorbonne, em Paris, e trabalhou com Eugen Bleuler no Hospital Psiquiátrico de Burghölzli. Piaget criou um sistema teórico amplo para o desenvolvimento das habilidades cognitivas; nesse sentido, seu trabalho foi semelhante ao de Sigmund Freud, enfatizando, porém, a maneira como as crianças pensam e adquirem conhecimento.

Amplamente renomado como psicólogo infantil (ou do desenvolvimento), referia-se a si mesmo como um epistemologista genético que definia a epistemologia genética como o estudo do desenvolvimento do pensamento abstrato com base em um substrato biológico ou inato. Essa autodesignação revela que seu projeto central era não somente a articulação de uma psicologia de desenvolvimento infantil, como a epistemologia costuma ser compreendido, mas também uma narrativa do desenvolvimento progressivo do conhecimento humano (KAPLAN; SADOCK, 2017).

3.1 ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Piaget descreveu o desenvolvimento cognitivo como uma série de estágios. Em cada estágio, a criança desenvolve uma maneira de pensar e de responder ao ambiente. Assim, todo estágio constitui uma mudança qualitativa de um tipo de pensamento ou comportamento para outro. Cada estágio é calcado no anterior e constrói os alicerces para o seguinte (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O primeiro estágio é o sensório-motor, que se estende do nascimento aos dois anos. “O bebê gradualmente torna-se capaz de organizar atividades em relação ao ambiente. Aprende mediante atividade sensória e motora.” (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Os bebês aprendem a “[...] coordenar informações que recebem dos sentidos e progredir da aprendizagem de tentativa e erro, para o uso rudimentar de ideias para resolver problemas simples.” (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Por volta dos 18 meses, os bebês começam a desenvolver símbolos mentais e a usar palavras, um processo conhecido como simbolização. Eles conseguem criar uma imagem visual de uma bola ou um símbolo mental para representar a palavra “bola” ou para significar o objeto real. Essas representações mentais permitem que as crianças operem em novos níveis conceituais. Uma compreensão da permanência dos objetos marca a transição do estágio sensório-motor para o estágio pré-operatório do desenvolvimento (KAPLAN; SADOCK, 2017).

O estágio pré-operatório estende-se dos dois aos sete anos de idade e compreende o período em que “[...] a criança desenvolve um sistema representacional e usa símbolos, tais como palavras para representar pessoas, lugares e eventos.” (PAPALIA; FELDMAN, 2013). “Entre os avanços do estágio pré-operacional estão a função simbólica, a compreensão de identidades, a

compreensão de causa e efeito, a capacidade de classificar e a compreensão de número.” (PAPALIA; FELDMAN, 2013)

Segundo Piaget, “[...] as crianças não têm capacidade de pensar logicamente até o estágio das operações concretas na terceira infância.” (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Nesse estágio, as crianças começam a usar a linguagem e os desenhos de maneira mais elaborada. A partir de expressões com uma palavra, desenvolvem frases com duas, formadas por um substantivo e um verbo ou por um substantivo e um adjetivo. Uma criança pode dizer “Bobby comer” ou “Bobby alto”.

As crianças, no estágio pré-operatório, não conseguem lidar com dilemas morais, embora tenham um sentido do que é bom ou ruim. Por exemplo, quando questionadas “Quem tem mais culpa, a pessoa que quebra um prato de propósito ou a pessoa que quebra dez pratos por acidente?”, em geral, respondem que a pessoa que quebra dez pratos por acidente é mais culpada porque mais pratos são quebrados.

Nessa fase do desenvolvimento, as crianças têm um sentido de justiça imanente, a crença de que a punição por más ações é inevitável. Além disso, nessa etapa, são egocêntricas e se veem como o centro do universo, têm um ponto de vista limitado, são incapazes de se colocar no papel de outra pessoa e não conseguem modificar seu comportamento devido à outra pessoa. A título de exemplificação, não estão sendo negativistas quando não escutam uma ordem para ficar quietas porque seu irmão precisa estudar, uma vez que o pensamento egocêntrico impede que entendam o ponto de vista do irmão (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Muitos professores, na prática diária, podem discordar dessa afirmativa, principalmente na era da informática e da robótica na qual vivemos.

Durante o período pré-operatório, emerge a função semiótica. Com essa nova capacidade, as crianças podem representar algo – como um objeto, um acontecimento ou um esquema conceitual – por meio de um

significante, que tem uma função representativa (e.g., linguagem, imagem mental, gesto simbólico). Em outras palavras, usam um símbolo ou um sinal para representar alguma coisa. O desenho é uma função semiótica usada, a princípio, como exercício lúdico, mas, mais tarde, passa a significar alguma coisa no mundo real (KAPLAN; SADOCK, 2017).

No estágio das operações concretas, que se estende dos 7 aos 11 anos de idade, “[...] a criança pode resolver problemas de maneira lógica se eles estiverem voltados ao aqui e agora.” Nessa fase, as crianças “[...] têm melhor compreensão da conservação, da diferença entre aparência e realidade, e dos relacionamentos entre os objetos; são mais proficientes com os números; e são mais capazes de distinguir a fantasia da realidade.” Contudo, “[...] ainda não são capazes de pensar em termos hipotéticos, sobre o que poderia ser em vez de sobre o que é.” (KAPLAN; SADOCK, 2017).

O estágio das operações formais tem início aos 11 anos e se estende até o fim da adolescência. “A pessoa pode pensar em termos abstratos, lidar com situações hipotéticas e pensar em possibilidades.” (KAPLAN; SADOCK, 2017).

As operações formais dão “[...] uma nova maneira de manipular (ou operar com) a informação. Eles (adolescentes) não estão mais limitados ao aqui e agora, podendo pensar em termos do que poderia ser verdade e não apenas em termos do que é verdade. Eles podem imaginar possibilidades, testar hipóteses e formar teorias.” (KAPLAN; SADOCK, 2017).

3.2 MARCOS EVOLUTIVOS IMPORTANTES EM CRIANÇAS

O primeiro marco evolutivo diz respeito ao desenvolvimento linguístico e cognitivo, em que as crianças começam a ouvir explicações que ajudam a tolerar a espera, criam novos comportamentos a partir dos antigos (originalidade) e se envolvem em atividades simbólicas usando palavras e

brincando com bonecas em situações nas quais as bonecas representam alguma coisa, como, por exemplo, uma sequência alimentar. As crianças possuem capacidades variadas de concentração e autorregulação.

O desenvolvimento emocional e social constitui o segundo marco. As sensações de prazer e desprazer começam a ser diferenciadas no segundo ano de vida e, de maneira geral, nessa idade, as referências sociais são aparentes: as crianças observam os pais e outras pessoas em busca de dicas sobre como responder a novos eventos. Elas mostram excitação exploratória, prazer assertivo e satisfação nas descobertas e no desenvolvimento de novos comportamentos (e.g., novos jogos), incluindo provocar, surpreender e enganar os pais (e.g., escondendo-se).

Nessa fase, as crianças são capazes de demonstrar amor de uma forma organizada, como quando sorriem e correm para abraçar e beijar os pais, assim como são capazes de protestar por meio de reações como se afastar dos cuidadores, chorar, bater, morder, agredir, gritar e chutar. A sensação de conforto ao lado da família e a apreensão na presença de pessoas estranhas poderão se intensificar. A ansiedade parece estar relacionada à desaprovação e à perda de cuidadores muito queridos, podendo produzir efeitos desorganizadores.

O terceiro marco é o do desenvolvimento sexual. A diferenciação sexual torna-se evidente a partir do nascimento, quando os pais começam a vestir e a tratar os lactentes de uma forma diferenciada em razão das expectativas relacionadas à tipificação do sexo. Por intermédio dos sentimentos de imitação, recompensa e coerção, as crianças assumem comportamentos que sua cultura define como compatíveis com o papel sexual. Elas demonstram curiosidade pela anatomia sexual, sentem-se extasiadas com a vida e confortáveis com seus próprios papéis, a partir do momento em que sua curiosidade é reconhecida como uma atitude saudável, e recebem respostas honestas e condizentes com a idade. Vergonha e desconforto são os resultados de

situações em que qualquer assunto relacionado ao sexo for considerado um tabu e as perguntas que forem feitas permanecerem sem respostas.

A identidade de gênero, ou seja, a convicção de ser masculino ou feminino, começa a se manifestar aos 18 meses de idade e, com frequência, permanece fixa aos 24-30 meses de idade. Acreditava-se amplamente que a identidade de gênero fosse, sobretudo, uma função do aprendizado social. Os relatórios de John Money (KAPLAN; SADOCK, 2017) indicavam que as crianças com órgãos genitais externos ambíguos ou deformados eram criadas como o sexo oposto ao sexo cromossômico.

O acompanhamento desses indivíduos, a longo prazo, aponta que a parte mais importante da identidade de gênero é inata e que a forma de criação nos estágios iniciais da vida, possivelmente, não afeta a diátese genética. O papel do gênero descreve o comportamento que a sociedade julga apropriado para um sexo ou outro, e não chega a causar qualquer surpresa a existência de diferenças culturais significativas. As expectativas de garotos e garotas podem ser diferentes em relação a pessoas com quem irão brincar, seu tom de voz, expressão das emoções e modo de se vestir. Apesar disso, é possível fazer algumas generalizações. Os garotos têm muito mais probabilidade do que as garotas de preferir as brincadeiras mais rudes. As mães conversam mais com as meninas do que com os meninos, e, em torno dos dois anos de idade, geralmente, os pais dão mais atenção aos meninos.

Muitos pais educados da classe média e determinados a criarem filhos não sexistas ficam perplexos ao ver a preferência de suas crianças por brinquedos estereotipados em relação ao sexo, como, por exemplo, as bonecas para as meninas e as armas de brinquedo para os meninos. São os desafios dos cuidados parentais. Durante a primeira infância, a responsabilidade mais importante dos pais é atender às necessidades do bebê de uma forma sensível e consistente. A tarefa deles, nesse estágio de vida da criança, exige firmeza em relação aos limites de um comportamento aceitável e

incentivo para sua emancipação gradual. Nessa etapa, os pais devem tomar muito cuidado para não serem excessivamente autoritários; as crianças devem agir por si mesmas e aprender com seus próprios erros, e, nas situações em que os desafios estiverem além de suas capacidades, a proteção e a assistência dos pais são fundamentais.

Durante a infância, provavelmente, as crianças lutam pela exclusividade do carinho e da atenção dos pais. Esse tipo de desafio inclui o espírito de rivalidade entre irmãos e em relação a um dos genitores, para que seja possível desempenhar o papel de “estrela” da família. Embora estejam começando a aprender a compartilhar, elas seguem esse tipo de aprendizado com relutância. Quando as demandas de posse exclusiva não forem atendidas com eficiência, o resultado provável é a competitividade invejosa em relação aos pares e às pessoas amadas. As fantasias criadas por esse tipo de luta levam ao medo de retaliação e ao deslocamento do temor para objetos externos.

Em famílias equânimes e carinhosas, as crianças elaboram um sistema moral de direitos éticos. Assim, os pais precisam estabelecer um equilíbrio entre punição e permissividade e definir limites realistas para o comportamento infantil (KAPLAN; SADOCK, 2017).

3.3 DESENVOLVIMENTO DO PAPEL SEXUAL

O papel sexual das pessoas assemelha-se à identidade de gênero, pois elas se veem como homem ou como mulher. O papel do sexo envolve, também, a identificação de formas de comportamento masculino ou feminino que sejam culturalmente aceitáveis, mas qualquer alteração nas expectativas da sociedade (em particular, nos Estados Unidos) sobre o conceito do que é comportamento masculino ou feminino pode criar ambiguidades.

Os pais reagem de maneira diferente em relação às crianças do sexo

masculino e as do sexo feminino, de modo que independência, brincadeiras físicas e agressividade são incentivadas nos meninos, ao passo que dependência, verbalização e intimidade física são encorajadas nas meninas. Entretanto, nos dias atuais, os garotos são estimulados a verbalizar seus sentimentos e a perseguir interesses tradicionalmente associados às garotas, enquanto essas são incentivadas a perseguir carreiras profissionais classicamente dominadas pelos homens e a participar de esportes competitivos. À medida que a sociedade fica mais tolerante em suas expectativas relativas aos sexos, os papéis se tornam menos rígidos, aumentando e ampliando as oportunidades para meninos e meninas (KAPLAN; SADOCK, 2017).

3.4 FATORES FAMILIARES NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A estabilidade familiar é um dos fatores familiares relacionados ao desenvolvimento da criança. Pais e crianças vivendo sob o mesmo teto em interação harmoniosa é a regra cultural esperada na sociedade ocidental. Nessa estrutura, é provável que o desenvolvimento infantil ocorra de forma mais facilitada. Qualquer desvio das normas, como famílias de pais divorciados ou monoparentais, está associado a uma diversidade de problemas com as crianças, incluindo autoestima baixa, aumento do risco de abuso infantil, da incidência de divórcio quando elas se casarem, e da ocorrência de transtornos mentais, principalmente os depressivos e o da personalidade antissocial na vida adulta. Há um grande interesse nas razões que levam algumas crianças de lares instáveis a serem menos afetadas do que outras (ou, até mesmo, imunes a esses efeitos danosos).

Michael Rutter defendia a ideia de que a vulnerabilidade é influenciada pelo sexo (os garotos são mais afetados do que as garotas), pela idade (as crianças mais velhas são menos vulneráveis do que as mais jovens) e pelas características inatas de personalidade. Por exemplo, as crianças de tem-

peramento tranquilo têm menor probabilidade de serem vítimas de abuso no seio familiar do que as hiperativas; em virtude de sua placidez, são menos afetadas pelos tumultos emocionais que as cercam.

Outro fator familiar relacionado ao desenvolvimento infantil são os eventos adversos. Atualmente, sabe-se que, de fato, efeitos adversos significativos, em especial na fase inicial da infância, como abuso sexual e físico, negligência ou perda de um dos genitores, interação com a estrutura genética em uma determinada criança e influencia a trajetória do desenvolvimento. Para exemplificar, os maus-tratos precoces graves, como abuso sexual, aumentam o risco de múltiplas dificuldades psicossociais e do surgimento de muitos transtornos psiquiátricos. Entre as crianças mais jovens que recebem maus-tratos, aquelas com genética específica, isto é, aquelas que possuem a variante “curta” do gene transportador de serotonina (i.e., polimorfismo do 5-HTTLPR curto) são, significativamente, mais vulneráveis à depressão crônica quando atingem a fase adulta.

Esse exemplo específico de interação genética e ambiental desempenha um papel importante na psicopatologia futura. As investigações em curso também estão à procura dos fatores que podem fazer com que os jovens superem a exposição a eventos adversos e mantenham a alostase, ou seja, a estabilidade diante de eventos estressantes (resiliência). Os hormônios das glândulas suprarrenais, da tiroide e das gônadas, assim como os hormônios metabólicos, influenciam na capacidade do cérebro de manter a estabilidade nas exposições ao estresse, sendo o córtex pré-frontal, o hipocampo e a amígdala extremamente importantes na regulação da emoção, da agressão e da resiliência.

3.5 ESTILOS DE CUIDADOS PARENTAIS

As formas de criação das crianças variam consideravelmente entre e no âmbito das culturas. Rutter (2008) agrupou as diversidades em quatro estilos gerais. As pesquisas subsequentes confirmaram que determinados estilos tendem a se correlacionar com certos comportamentos infantis, embora os resultados não sejam absolutos. O estilo autoritário, caracterizado por regras estritas e inflexíveis, pode baixar a autoestima e levar a um estado de infelicidade e de isolamento social. O indulgente e permissivo, incluindo o estabelecimento de pouco ou nenhum limite, aliado à severidade dos pais, pode gerar reações como autoconfiança baixa, controle fraco dos impulsos e agressividade. O indulgente e negligente, ou seja, que não se envolve na vida e na criação dos filhos, coloca as crianças em risco de baixa autoestima, alteração no autocontrole e aumento da agressividade. Acredita-se que o estilo autoritário e recíproco, marcado por regras rígidas e decisões compartilhadas em ambientes aconchegantes e afetuosos, seja o que, provavelmente, resulte em autoconfiança, autoestima e consciência de responsabilidade social.

3.6 DESENVOLVIMENTO E EXPRESSÃO DE PSICOPATOLOGIA

A expressão de psicopatologia em crianças pode estar relacionada à idade e ao nível de desenvolvimento. Transtornos do desenvolvimento específicos, principalmente os do desenvolvimento linguístico, em geral, são diagnosticados durante os anos pré-escolares. O desenvolvimento linguístico tardio é uma preocupação comum dos pais. As crianças que não conseguem usar as palavras aos 18 meses ou formar frases no período de 2 anos e meio a 3 anos talvez precisem de avaliação, sobretudo se aparentarem não compreender dicas verbais normais ou qualquer expressão linguística. Com

frequência, retardo mental leve ou problemas específicos de aprendizagem não são diagnosticados até o momento em que a criança começa a frequentar o ensino fundamental.

O transtorno do comportamento disruptivo torna-se aparente a partir do momento em que as crianças começam a interagir com seus pares. Da mesma forma, os transtornos de déficit de atenção somente são diagnosticados quando forem feitas exigências de atenção sustentada na escola. Outras condições, em especial a esquizofrenia e o transtorno bipolar, são raras em crianças em idade pré-escolar e escolar (KAPLAN; SADOCK, 2017).

| CAPÍTULO IV |

ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um estágio que tem início e durações variáveis; é o período situado entre a infância e a idade adulta, caracterizando-se por profundas alterações do desenvolvimento biológico, psicológico e social. O início biológico da adolescência é marcado pela rápida aceleração do crescimento esquelético e do desenvolvimento social. O início psicológico configura-se pela alteração do desenvolvimento cognitivo e pela consolidação da formação da personalidade. Socialmente, a adolescência é um período intensivo para a idade adulta jovem, que vem a seguir (KAPLAN; SADOCK, 2017).

4.1 PUBERDADE

O início da puberdade varia. Em geral, sua idade média é de 11 anos para as meninas e 13 anos para os meninos. Esse início é ativado pela maturação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal, levando à secreção dos esteroides sexuais. Tal atividade hormonal produz manifestações da puberdade tradicionalmente categorizadas como características primárias e secundárias. Os hormônios sexuais aumentam lentamente durante toda a adolescência e correspondem às alterações corporais, assim como o hormônio folículo-estimulante (FSH) e o luteinizante (LH).

A testosterona é responsável pela masculinização dos meninos, ao passo que o estradiol é responsável pela feminização das meninas. Os dois também influenciam o funcionamento do sistema nervoso central, incluindo humor e comportamento. Cabe ressaltar que, durante o sono, é produzido 70% do hormônio do crescimento (KAPLAN; SADOCK, 2017).

4.2 GRUPO DE PARES

A experiência escolar altera e intensifica o grau de separação da família. A casa é a base, o mundo real é a escola, e os relacionamentos mais importantes, além da família, são com as pessoas de idade e interesses semelhantes. Os adolescentes procuram estabelecer uma identidade pessoal distinta de seus pais, porém, suficientemente próxima para que a estrutura da família seja incluída. Além disso, frequentemente, veem a si mesmos através dos olhos de seus pares e qualquer desvio na aparência, como o modo de se vestir ou o comportamento, pode resultar em uma diminuição da autoestima (KAPLAN; SADOCK, 2017), podendo apresentar, ainda, algum transtorno mental mais sério, como a anorexia nervosa e/ou a depressão.

4.3 TURBILHÃO DA ADOLESCÊNCIA

As oscilações de humor e a impulsividade dessa fase devem ser diferenciadas de um diagnóstico de transtorno mental. Há o que muitos chamam de “Síndrome Normal da Adolescência”. Esse período envolve um pico do desenvolvimento biológico, a assunção de novos papéis, que envolvem as capacidades de aprendizado e as atividades necessárias para o bom desempenho desses papéis e, por fim, a ascensão de um *self* e de uma estrutura de vida adulta (KAPLAN; SADOCK, 2017).

É no período da adolescência que muitos transtornos mentais podem eclodir, e quanto mais precoces forem o diagnóstico e o tratamento, melhor será a evolução do quadro clínico. Contudo, nos países latinos, incluindo o Brasil, muitas vezes, o preconceito e o estigma em relação à doença mental imperam sobre qualquer conduta preventiva ou de intervenção prévia, cronicando alguns transtornos que poderiam ser curados logo em seu início.

| CAPÍTULO V |

O QUE É PSICOPATOLOGIA?

A psicopatologia é uma ciência autônoma com diversos conceitos básicos que, por vezes, podem ser confundidos entre si, como “entrevista”, “anamnese”, “exame mental” e outros. Por isso, a necessidade de um glossário simples e objetivo para o melhor entendimento desses e de outros termos corriqueiramente distorcidos (vide glossário no final deste livro).

A psicopatologia, em uma acepção mais ampla, pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. Trata-se de um conhecimento que se esforça por ser sistemático, elucidativo e desmistificante. Como conhecimento que visa ser científico, não inclui critérios de valor, nem aceita dogmas ou verdades a priori. O psicopatólogo não julga moralmente o seu objeto; busca apenas observar, identificar e compreender os diversos elementos da doença mental. Rejeita qualquer tipo de dogma, seja religioso, filosófico, psicológico ou biológico, e o conhecimento que busca está permanentemente sujeito a revisões, críticas e reformulações.

A psicopatologia tem boa parte de suas raízes na tradição médica (na obra dos grandes clínicos e alienistas do passado), que propiciou, nos últimos dois séculos, a observação prolongada e cuidadosa de um grande número de doentes mentais. Em outra vertente, a psicopatologia nutre-se de uma tradição humanística (e.g., a filosofia, a literatura, as artes e a psicanálise) que sempre viu na “alienação mental”, no *pathos* do sofrimento mental externo, uma possibilidade excepcionalmente rica de conhecimento de dimensões humanas que, sem o fenômeno “doença mental”, permaneceriam desconhecidas.

Apesar de se beneficiar das tradições neurológicas, psicológicas e filosóficas, a psicopatologia não se confunde com a neurologia das chamadas funções corticais superiores (ou seja, não se resume a uma ciência natural dos fenômenos associados às zonas associativas do cérebro lesado) nem com uma hipotética psicologia das funções mentais desviadas. A psicopatologia é uma ciência autônoma; não se trata de um prolongamento da neurologia nem da psicologia (DALGALARRONDO, 2008).

O professor Paulo Dalgalarrondo diferencia as principais escolas psicopatológicas, listadas a seguir.

5.1 PSICOPATOLOGIA DESCRITIVA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA DINÂMICA

À psicopatologia descritiva, interessam, fundamentalmente, a forma das alterações psíquicas, a estrutura dos sintomas, aquilo que caracteriza a vivência patológica como sintoma mais ou menos típico. Já à dinâmica importam, sobretudo, o conteúdo da vivência, os movimentos internos dos afetos, desejos e temores do indivíduo, sua experiência particular, pessoal, não necessariamente classificável em sintomas previamente descritos. A boa prática em saúde mental implica uma combinação hábil e equilibrada de uma abordagem descritiva, diagnóstica e objetiva, e de uma abordagem dinâmica, pessoal e subjetiva do doente e sua doença.

5.2 PSICOPATOLOGIA MÉDICA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA EXISTENCIAL

A perspectiva médico-naturalista trabalha com uma noção de homem centrada no corpo, no ser biológico como espécie natural e universal. Assim, o adoecimento mental é visto como um mau funcionamento do cérebro, uma desregulação, uma disfunção de alguma parte do “aparelho biológico”. Por outro lado, na existencial, o doente é visto, principalmente,

como “existência singular”, como ser lançado a um mundo que é apenas natural e biológico na sua dimensão elementar, mas que é fundamentalmente histórico e humano. O ser é construído pela experiência particular de cada sujeito, na sua relação com outros sujeitos e na abertura para a construção de cada destino pessoal. A doença mental não é tão vista como disfunção biológica ou psicológica, mas, sobretudo, como um modo particular de existência, uma forma trágica de ser no mundo, de construir um destino, e uma maneira particularmente dolorosa de ser com os outros.

5.3 PSICOPATOLOGIA COMPORTAMENTAL-COGNITIVISTA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

No enfoque comportamental, o homem é visto como um conjunto de comportamentos observáveis, verificáveis, regulados por estímulos específicos e gerais e por certas leis e determinantes do aprendizado. Associada a essa visão, a perspectiva cognitivista centra atenção sobre as representações cognitivistas conscientes de cada indivíduo, ao passo que as representações conscientes seriam vistas como essenciais ao funcionamento mental, normal e patológico. Os sintomas resultam de comportamentos e representações cognitivas disfuncionais, aprendidas e reforçadas pela experiência sociofamiliar.

Na visão psicanalítica, o homem é visto como ser “determinado”, dominado por forças, desejos e conflitos inconscientes. A psicanálise dá grande importância aos afetos que, segundo ela, dominam o psiquismo; logo, o homem racional, autocontrolado, senhor de si e de seus desejos é, para ela, uma enorme ilusão. Na perspectiva psicanalítica, os sintomas e as síndromes mentais são considerados formas de expressão de conflitos, predominantemente inconscientes, de desejos que não podem ser realizados, de temores a que o indivíduo não tem acesso. O sintoma é visto, nesse caso,

como uma “formação de compromisso”, um certo arranjo entre o desejo inconsciente, as normas e as permissões culturais e as possibilidades reais de satisfação desse desejo. A resultante desse emaranhado de forças, dessa “trama conflitiva” inconsciente, é o que identificamos como sintoma psicopatológico.

5.4 PSICOPATOLOGIA CATEGORIAL *VERSUS* PSICOPATOLOGIA DIMENSIONAL

As entidades nosológicas ou transtornos mentais específicos podem ser compreendidos como entidades completamente individualizáveis, com contornos e fronteiras bem demarcados. As categorias diagnósticas seriam “espécies únicas”, tais quais espécies biológicas, cuja identificação precisa seria uma das tarefas da psicopatologia. Em contraposição a essa visão “categorial”, a visão “dimensional”, em psicopatologia, seria, hipoteticamente, mais adequada à realidade clínica. Haveria, assim, dimensões como, por exemplo, o espectro esquizofrênico, que incluiria desde formas muito graves, como a “demência precoce” (com grave deterioração da personalidade, embotamento afetivo, muitos sintomas residuais), até formas menos deteriorantes de esquizofrenia, formas com sintomas afetivos, chegando a outro polo de transtornos afetivos, incluindo formas com sintomas psicóticos ou formas puras de depressão e mania.

5.5 PSICOPATOLOGIA BIOLÓGICA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA SOCIOCULTURAL

A psicopatologia biológica enfatiza os aspectos cerebrais, neuroquímicos ou neurofisiológicos das doenças e dos sintomas mentais. A base de todo transtorno mental é formada por alterações de mecanismos neurais e

de determinadas áreas e circuitos cerebrais. “Doenças mentais são (de fato) doenças cerebrais.” (DALGALARRONDO, 2008).

Em contraposição, a perspectiva sociocultural visa a estudar os transtornos mentais como comportamentos desviantes que surgem a partir de determinados fatores socioculturais, como a discriminação, a pobreza, a migração, o estresse ocupacional, a desmoralização sociofamiliar e outros. Os sintomas e síndromes devem ser estudados, segundo tal perspectiva, no seu contexto eminentemente sociocultural, simbólico e histórico.

É nesse contexto de normas, valores e símbolos culturalmente construídos que os sintomas recebem seu significado e, portanto, poderiam ser precisamente estudados e tratados. Mais do que isso, a cultura, nessa perspectiva, é elemento fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico na constituição dos transtornos e nos repertórios terapêuticos disponíveis em cada sociedade.

5.6 PSICOPATOLOGIA OPERACIONAL-PRAGMÁTICA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Na visão operacional-pragmática, as definições básicas dos transtornos mentais e dos sintomas são formuladas e tomadas de modo arbitrário, em função de sua utilidade pragmática, clínica ou para pesquisa. Não se questiona a natureza da doença ou do sintoma ou os fundamentos filosóficos ou antropológicos de determinada definição; trata-se do modelo adotado pelas modernas classificações de transtornos mentais, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quinta edição (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, e a Classificação Internacional de Doenças, versão número dez (CID-10), da OMS.

O projeto de psicopatologia fundamental, proposto pelo psicanalista francês Pierre Fedida, objetiva centrar a atenção da pesquisa psicopatológica sobre os fundamentos de cada conceito psicopatológico. Além disso, tal psicopatologia dá ênfase à noção de doença mental enquanto *pathos*, que significa sofrimento, paixão e passividade. O *pathos* é um sofrimento-paixão que, ao ser narrado a um interlocutor, em determinadas condições, pode ser transformado em experiência e enriquecimento.

Ficará a cargo do profissional estabelecer os critérios e os momentos corretos de escolha da melhor escola psicopatológica, ao avaliar seu cliente.

| CAPÍTULO VI |

**PRINCÍPIOS GERAIS DA ENTREVISTA, ANAMNESE
E EXAME DO ESTADO MENTAL**

Os pais, quando procuram uma consulta psiquiátrica ou psicológica para o filho, geralmente, já passaram por momentos de dúvida quanto à sua necessidade ou não. Além disso, muitas vezes, tentam eles mesmos resolver situações extremas (ou, em alguns casos, se submetem a “tentativas esotéricas” para solucionar seus problemas) e, só depois, procuram ajuda de um profissional. Para muitos pais, ir a um psiquiatra ou a um psicólogo gera constrangimento, mas ao pediatra, não.

A fim de uma avaliação mais dinâmica e abrangente de uma criança, deve-se incluir entrevista clínica com os pais, a criança e a família, embora alguns profissionais prefiram entrevistar, primeiramente, os pais da criança, e esta, sozinha, num outro momento. Outros acreditam que a entrevista feita com todo o grupo familiar favoreça a observação de como interagem entre si (PORTO, 1997). Os educadores, por sua vez, auxiliarão em um segundo momento.

6.1 O EXAME MENTAL OU PSÍQUICO DA CRIANÇA DO ADOLESCENTE

O entrevistador deve estar bastante familiarizado com o desenvolvimento normal de uma criança de qualquer idade, para que suas respostas possam ser colocadas de maneira apropriada (e.g., o desconforto gerado pela separação dos pais em uma criança pequena, bem como a falta de clareza que envolve a finalidade da entrevista para uma criança em idade escolar são perfeitamente normais e não devem ser erroneamente interpretados como sintomas psiquiátricos). Além disso, o comportamento normal,

em uma criança de qualquer idade, tal como ataques de raiva aos 2 anos, assume um diferente significado se estiver presente, por exemplo, em um adolescente de 17 anos.

Para que a criança se sinta à vontade, a primeira tarefa consiste em que o observador desenvolva um vínculo, de modo que ela se sinta confiante. Cabe ao entrevistador descobrir o que a criança pensa a respeito da necessidade da entrevista e, também, questionar a criança sobre como seus pais lhe passaram a informação. O entrevistador deve, então, descrever brevemente a razão da entrevista, fazendo com que a criança entenda, e transmitir-lhe apoio e segurança. No decorrer da entrevista, o entrevistador deve tomar conhecimento sobre o relacionamento da criança com os membros de sua família e com seus amigos, intelectualmente, como a criança está funcionando em termos de comportamento na escola e o que ela gosta de fazer. “Uma visão global do funcionamento cognitivo da criança faz parte do exame do estado mental.” (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Constituem-se dois erros graves enganar ou mentir para a criança sobre quem é o profissional e considerá-la como uma “miniatura” do adulto.

6.2 ENTREVISTA COM CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

As crianças em idade escolar são capazes de ficar à vontade ao conversarem com um adulto; outras se sentem impedidas por medo, ansiedade, fracas habilidades verbais ou oposição. As crianças em idade escolar, geralmente, conseguem tolerar uma sessão de 45 minutos. A sala deve ser suficientemente espaçosa para dar liberdade aos movimentos da criança, mas não tão grande a ponto de reduzir o contato íntimo entre ela e o entrevistador. Parte da entrevista pode ser reservada para jogos não estruturados, e uma variedade de brinquedos pode ser oferecida para capturar os interesses da criança e trazer à tona temas e sentimentos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

6.3 ENTREVISTAS COM ADOLESCENTES

Embora alguns adolescentes possam discordar quanto ao motivo da avaliação, em geral, eles conseguem oferecer um relato cronológico dos eventos que o levaram à avaliação. O entrevistador deve comunicar o valor de ouvir os fatos sob a ótica do adolescente e deve ter o cuidado de reservar seus julgamentos e não atribuir culpas. Os adolescentes podem se preocupar acerca do sigilo, e o entrevistador deverá garantir-lhe que será solicitada sua permissão antes que qualquer informação específica seja compartilhada com os pais, exceto em situações que envolvam perigo para o adolescente ou outros, em cujo caso o sigilo será sacrificado.

Os adolescentes podem ser abordados de uma forma aberta, mas, quando ocorrem silêncios durante a entrevista, o entrevistador deve “quebrar o gelo” e tentar trazê-los de volta. Também deve explorar a crença do adolescente acerca de quais serão os resultados da avaliação (mudança de escola, hospitalização, renovação de casa, remoção de privilégios), cabendo-lhe, ainda, estabelecer limites apropriados e adiar ou interromper a entrevista caso se sinta ameaçado ou se o paciente se tornar destrutivo em relação ao patrimônio ou consigo mesmo.

A entrevista deve sempre incluir uma exploração de pensamentos suicidas, comportamento agressivo e relacionamentos sexuais. Uma vez que tenha estabelecido o *rapport*, ou vínculos, muitos adolescentes apreciam a oportunidade de contarem a sua versão da história e podem revelar coisas que não foram reveladas a qualquer outra pessoa (KAPLAN; SADOCK, 2017). Algumas estatísticas mostram que o suicídio é a segunda ou a terceira causa de morte entre os adolescentes.

6.4 ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

Uma entrevista envolvendo, simultaneamente, os pais e o paciente pode ser realizada primeiramente ou como parte posterior da avaliação. Uma entrevista envolvendo toda a família, inclusive os outros filhos, pode ser esclarecedora. A finalidade consiste em observar os comportamentos e atitudes dos pais para com o paciente e as respostas afetivas dos filhos para com seus pais. A tarefa do entrevistador é manter uma atmosfera não ameaçadora, na qual cada membro da família possa falar livremente, sem sentir que o entrevistador esteja aliando-se a alguém da família em especial (KAPLAN; SADOCK, 2017).

6.5 ENTREVISTA COM OS PAIS

A entrevista com os pais ou responsáveis é necessária para a obtenção de um quadro cronológico do crescimento e do desenvolvimento da criança. Uma história detalhada da evolução de quaisquer eventos importantes que tenham influenciado o desenvolvimento da criança deve ser obtida, bem como a visão dos pais sobre a dinâmica familiar, sua história conjugal e seu próprio ajuste emocional. Os pais podem ser os melhores informantes sobre as doenças médicas e psiquiátricas anteriores da criança, avaliações e tratamentos, e duração e severidade de quaisquer problemas preexistentes (KAPLAN; SADOCK, 2017).

6.6 ENTREVISTAS COM BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS

No caso dos bebês, geralmente, as entrevistas iniciam-se com os pais presentes, já que as crianças pequenas podem sentir medo. A entrevista na presença dos pais é útil para que o entrevistador observe a interação

entre eles e o bebê. Os bebês podem ser encaminhados por uma variedade de motivos, incluindo alto nível de irritabilidade, dificuldade para ser consolado, perturbações alimentares, falta de engajamento em brincadeiras, baixo ganho de peso, perturbações do sono, comportamento retraído e atrasos no desenvolvimento.

As áreas do funcionamento a serem avaliadas incluem desenvolvimento motor, nível de atividade, comunicação verbal, capacidade de se envolver em brincadeiras, habilidades de resolução de problemas, adaptação às rotinas diárias, relacionamentos e resposta social. A habilidade dos pais em oferecer um ambiente estimulante, seguro e apoiador para a criança é avaliada pela observação e discussões com eles.

A progressão adequada da anamnese será facilitada pelo conhecimento das etapas do desenvolvimento emocional da criança, das suas manifestações e repercussões nas funções do corpo e no seu próprio comportamento. A catamnese consiste em uma revisão de prontuários anteriores; é uma “caça” de dados sobre a vida do paciente, geralmente, obtida com colegas médicos. Segundo o dicionário médico Andrei (*apud* KAPLAN; SADOCK, 2017), significa “[...] informações obtidas após o fim do tratamento, o que permite acompanhar a evolução de uma doença e estabelecer o prognóstico.”

6.7 ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PAIS

A realização da entrevista deve levar em consideração os aspectos a seguir:

- a) identificação da criança: nome, idade, data de nascimento, sexo, cor e ano escolar;
- b) Identificação dos pais (e/ou responsáveis): nome, idade, cor, grau de instrução, profissão, estado conjugal, residência, religião;

- c) encaminhamento: quando e de quem partiu o encaminhamento (um ou ambos os pais, médicos, amigos, imprensa, outros);
- d) motivos da consulta: sintoma atual, época em que surgiu, circunstâncias ambientais (afastamento de um dos pais, nascimento de irmão, outros);
- e) ordem de nascimento: idade, posição na família, situação dos irmãos (idade, sexo, escolaridade), relacionamento entre eles, abortos (provocados e espontâneos) outros;
- f) gravidez e condições de nascimento: gravidez desejada ou não? Ideia de aborto, sexo preferido, condições físicas e emocionais da mãe, uso de álcool e drogas, pré-natal, outros;
- g) período neonatal: depressão materna ou outros transtornos emocionais. Teve ajuda nos cuidados iniciais com o filho? Dificuldades de adaptação mãe-criança? Agitação? Chorava muito? Medicamentos?;
- h) alimentação: amamentação materna ou artificial? Rigidez de horário? Sugava bem ou não? Cólicas? Vômitos? Desmame? Quando? De forma abrupta ou não? Outros;
- i) sono: história de dificuldades de dormir (desde recém-nascido). Foi modificado? Condições atuais (tranquilo ou agitado)? Dorme em quarto próprio? Com luz acesa? Houve período em que dormiu com os pais? Em que circunstâncias? Medos? Pesadelos? Terror noturno? Sonilóquio (falar dormindo)? Sonambulismo? Enurese noturna (urinar na cama)? Outros;
- j) desenvolvimento psicomotor: observar a evolução cronológica e procurar saber sobre suas atividades motoras, a exploração do ambiente, o interesse em brincar com os objetos. Saber quando sustentou a cabeça, sentou sem e com apoio, engatinhou, e sobre sua coordenação e habilidades motoras (vestir-se, abotoar as roupas, colocar e dar laços nos sapatos, recortar, chutar bola);

- k) controle dos esfíncteres: já caminhava quando teve início o treinamento? Como foi? Qual foi a reação da criança e a atitude dos pais? Quando adquiriu o controle diurno e noturno de ambos os esfíncteres? Encoprese? Enurese? Outros;
- l) linguagem: aquisição e evolução (fase da lalação intensa? Longa? Primeiras palavras e frases), dislalias, gagueira (informar-se sobre a reação dos familiares), características atuais;
- m) atitudes educacionais: castigos comumente adotados pelos pais, divergência entre eles, exigências disciplinares, reações da criança ao castigo e à disciplina;
- n) independência: observar a independência nas atividades elementares. As iniciativas costumam partir da criança ou de quem cuida dela? Sabe comer sozinha? Tem hábitos de higiene? Sabe vestir-se ou calçar-se? Observar as atitudes ambientais: de superproteção, desleixo ou exigências de uma independência precoce;
- o) sexualidade: masturbação e brincadeiras sexuais, reação dos pais. Curiosidade sexual e curiosidade de um modo geral. Faz perguntas sobre sexo? Informar-se sobre os esclarecimentos que fornecem ao filho a respeito do tema;
- p) escolaridade: quando foi para a escola? Teve problemas de adaptação? Quanto tempo foi necessário para se adaptar? Reações da criança. Reações dos pais. Motivação para entrada na escola (nascimento de irmão? Retorno materno ao trabalho? Idade da criança?). Relação com os amigos e com os professores. Bom rendimento? Dificuldades: início e fatores circunstanciais (Problemas de comportamento? Hiperatividade? Falta de atenção? Agressividade? Outros);

- q) socialização: a criança tem ou teve dificuldades em aceitar limites? Reação dos pais. Como a criança reage a frustrações? Comporta-se diferentemente em casa ou fora? Há diferença de comportamento e no trato com pessoas? Seu comportamento parece adequado à idade? Consegue ficar bem sem os pais, fora de casa? Tem amigos? Defende seus interesses? Participa de atividades em grupos?;
- r) brinquedos e diversões: atitudes com os brinquedos. Atitude com os companheiros. Capacidade de distrair-se só? Insatisfação nas brincadeiras (interrompe facilmente, reclama, não sabe perder?). Quais são os brinquedos, brincadeiras e companheiros preferidos? São adequados à idade? Prefere a companhia de crianças mais velhas? Menores? Do mesmo sexo? Destrutividade? Agressividade?;
- s) antecedentes patológicos pessoais: no primeiro ano de vida (convulsão, cólica, anorexia, insônia, choro excessivo, otite de repetição, eczemas, alergia, aleitamento materno). Relação com fatores ambientais. Atitudes familiares. Ansiedade da criança e da família frente às doenças. Traumatismos graves? Internação? Junto com a mãe? Cirurgia?;
- t) antecedentes patológicos familiares: doenças hereditárias? Doenças crônicas? Doença mental na família? Alcoolismo? Acidentes?;
- u) dinâmica familiar: dados da personalidade de cada membro da família, relacionamento entre si e com a criança. Discussões? Separações? Motivos e época. Impressão do entrevistador sobre a família (integração de cada pessoa em seu respectivo papel familiar, áreas de entendimento e conflito, família em estruturação ou desestruturação?) (PORTO, 1997).

Cabe aos profissionais de saúde interpretar e avaliar os dados obtidos. Os pais, responsáveis e/ou educadores serão apenas informantes.

6.8 EXAME PSÍQUICO OU MENTAL

Apresentar-se-ão, neste item, os aspectos gerais do exame psíquico ou mental da criança e do adolescente. Ao contrário do exame físico que é descritivo, o exame psíquico tende a ser menos descritivo e mais compreensível, ou seja, a não se transformar em um observador e um observado. O entrevistador deve saber que ele é uma variável de grande significado e que o exame é uma interação entre duas pessoas, cujos sentimentos, naquele momento, influenciam-se mutuamente, e grande parte dessa influência ocorre de uma forma que ambos não se dão conta, ou seja, inconscientemente.

No exame psíquico da criança, procura-se colher dados necessários para traçar o perfil de seu estado ou funcionamento mental. Esse perfil será o resultado da observação de um conjunto de funções psíquicas que correspondem, em sua maior parte, à vida consciente da criança. Grande parte das funções psíquicas da criança está sob o domínio do ego; por isso, são chamadas de funções do ego, responsáveis pelo controle das funções motoras, desenvolvimento da fala, memória, percepção, atenção, inteligência, noção de realidade e pensamento. No bebê, essas funções estão embrionárias, mas ele já possui uma predisposição genética para desenvolvê-las.

No exame da criança, interessa ao entrevistador a observação das funções psíquicas, pois revelam, em parte, o caminho seguido pela criança e os fatores que estariam influenciando esse desenvolvimento. No transcorrer do exame psíquico, prioriza-se o funcionamento mental.

O ideal é que a criança seja avisada, um ou dois dias antes da entrevista, de que irá ao médico e que lhe seja informado, também, o motivo. As explicações deverão ser simples e claras, respeitando a idade da criança. Os pais deverão orientá-la de que se trata de uma consulta diferente, que o médico estará interessado em conhecê-la para poder ajudá-la em suas dificuldades. É importante dizer que o médico irá colocar à sua disposição jogos, material de desenho, brinquedos que poderá usar, e que, caso preferir, poderá conversar, não sendo obrigada a fazer nada que não queira.

O entrevistador deve estar atento ao que ocorre com a criança desde o momento de sua entrada na sala até a sua saída. No exame da criança, três variáveis importantes entram em jogo: o entrevistador, a criança e o próprio local do exame. Deve-se dar preferência a um consultório cujo ambiente lembre mais uma sala comum do que uma sala de exames com seu mobiliário convencional. O espaço deve ser suficiente para permitir que a criança brinque à vontade, e sua localização deve protegê-la de estímulos sonoros intensos e desagradáveis, para que sua atenção não seja desviada.

O material que fica à disposição da criança deve estar contido em uma caixa, podendo ser pequenos bonecos, animais selvagens e domésticos, carrinhos, blocos para construção, massa de modelar, lápis de cor, cola, papel, tesoura, tinta, pincel, pedaços de barbante. Alguns profissionais propõem a inclusão de jogos tipo pega-varetas, dominó, jogo da velha, preferidos pelos pré-adolescentes (PORTO, 1997). Em algumas circunstâncias, pode-se passear com a criança em volta da quadra ou ir a algum local de seu interesse, até mesmo a sua casa.

Tanto o desenho e o brinquedo quanto a linguagem possuem um conteúdo manifesto ou narrativo e um conteúdo latente ou inconsciente. Na avaliação psiquiátrica e psicológica, ambos são importantes, ainda que se dê ênfase ao conteúdo simbólico dos mesmos. Mas é por meio de seu aspecto narrativo que se observa a facilidade da criança de transitar entre

a realidade e a fantasia, sua capacidade de expressão ligada a seus estádios maturativos, sua riqueza imaginativa ou a pobreza de representação, resultado, nesse caso, de falhas ou *deficits* cognitivos de ordem cultural, intelectual ou de bloqueio emocional. Coloca-se à disposição da criança todo o material e espera-se que ela tome a iniciativa, seja para utilizá-lo, seja para iniciar um diálogo; porém, ela nem sempre o faz. Nesse caso, não deve ser forçada a brincar, fazer ou dizer alguma coisa.

Quando a criança está desacompanhada, no transcorrer da entrevista, pode acontecer algo de natureza ansiogênica, consciente ou não, que lhe desperte a vontade de sair da sala. O entrevistador deve permitir, pois sabe que ela necessita se reassegurar, junto à mãe, de que tudo vai bem, para prosseguir e voltar à sala. Com a criança pequena, a dificuldade maior está no início da entrevista. Uma vez obtida sua confiança, a entrevista transcorre dentro da livre iniciativa e espontaneidade de que a criança pequena é capaz. Na criança em fase de latência e nos adolescentes, ocorre o contrário. Vindos por vontade própria ou não, comumente, não se recusam a entrar no consultório para a entrevista, mas é justamente no seu desenrolar que a situação se torna, algumas vezes, extremamente penosa.

A criança até os cinco ou seis anos de idade é capaz de se exprimir espontaneamente e com naturalidade sobre sua vida, amigos, casa, sendo mais liberal em revelar seus pensamentos e fantasias. Na criança maior, na latência, já começam a operar mecanismos de defesa que vão influenciar na expressão de sua vida de fantasia, empobrecendo-a. A criança, com frequência, torna-se incapaz de expressar fácil e vivamente suas imaginações.

Durante o exame, é necessário investigar os seguintes itens: aparência geral; atitude geral; atividade motora; atenção e concentração; temperamento, afeto e humor; memória; orientação e percepção; pensamento; linguagem e fala; defesas, fantasia, imaginação e devaneio, conforme descrição a seguir:

- a) aparência geral: não é conveniente inspecionar formalmente a criança. A observação da aparência geral se faz ao longo do exame, por meio do “olhar de superfície”. Longe de ser objetivado como superficial, pouco sério, o “olhar de superfície” refere-se a uma cuidadosa, porém discreta, observação da criança no que diz respeito ao seu aspecto físico, harmonia de traços, presença de lesões, anomalias. Verificar seu modo de vestir (se sugere bom trato ou desleixo), observar sua fisionomia e postura (apática, viva, alegre, triste, inibida, descontrainda, ansiosa);
- b) atitude geral: refere-se ao comportamento da criança durante o exame. Como se comporta na antessala? E ao entrar na sala? Entrou com facilidade? Quis sair antes do tempo? Interrompeu a atividade para ir ver a mãe? Mostrou-se hostil com o entrevistador?;
- c) atividade motora: a suspeita de perturbações da psicomotricidade pode ser levantada, ou mesmo confirmada, a partir da observação das atividades espontâneas da criança ao brincar, desenhar, correr, pular ou andar. Deve ser observada sua marcha enquanto ela se movimenta. Tem boa coordenação para a idade? É lenta?;
- d) atenção e concentração: a criança se concentra em alguma atividade ou no diálogo? Passa de uma atividade a outra sem cessar e sem terminar a antecedente? A capacidade de atenção e concentração modifica-se com a idade. Na criança pequena, a atenção e a concentração estão intimamente ligadas ao seu interesse imediato e particular. Já quanto à criança maior, é esperado que consiga se organizar e se manter em brincadeiras mais estruturadas e elaboradas. Vários fatores contribuem para esse fim, entre eles, a atenção e a concentração. Na criança pequena,

é normal ocorrerem desvios de tema, mudanças de assuntos, associações estranhas, pela falta de atenção e interesse, ao passo que, no adolescente e no adulto, isso pode ser a tradução de um distúrbio do pensamento.

- e) temperamento, afeto e humor: referem-se aos sentimentos expressos durante o exame; como variou e, se possível, o que motivou sua flutuação, bem como sua relação com as atividades verbais e não verbais da criança. Na criança maior e no adolescente, é possível obter informações adicionais sobre como se sentem, seu humor e afetos, mediante seus próprios relatos;
- f) memória: uma queixa frequente nos consultórios diz respeito à memória. Essa queixa é expressa das mais diversas formas: “Ele esquece todos os seus objetos na escola”; “Aprende a matéria e no dia seguinte já esqueceu tudo”; “Ele não sabe onde coloca suas coisas”. Mesmo com queixas eloquentes, a memória não se torna a função-chave a ser pesquisada no sentido de detectar uma afecção orgânica. Essas lesões são raras na infância. Sabe-se que mecanismos psíquicos inconscientes estão operando ativamente nesse período, interferindo na vida consciente da criança, e são observados no seu comportamento, como a indiferença, a falta de curiosidade, o esquecimento e o embotamento cognitivo. A memória está intimamente ligada à atividade da atenção e, portanto, os distúrbios da atenção e a hiperatividade motora são fatores que podem comprometê-la. A consciência/vigilância interfere na atenção;
- g) orientação e percepção: essas duas funções dizem respeito à capacidade da criança de perceber e compreender a realidade. O fator idade influencia decisivamente essa capacidade. Na criança pequena, a fronteira entre a realidade e a fantasia, as noções

de tempo e espaço, são vagas e imprecisas. Avaliar a orientação da criança é procurar saber se ela demonstra conhecimento sobre sua pessoa (quem ela é, seu nome, onde mora, sua idade, se estuda) e se tem noção de espaço e tempo. Na criança, esses dois últimos conceitos não estão muito claros e não se deve esperar que ela domine as relações de espaço e lugar (longe, perto, em frente, ao lado, fora da cidade, no centro) e de tempo (ontem, hoje, amanhã, mês, ano). Avaliar a percepção é procurar saber em que medida a criança é capaz de diferenciar o real da fantasia e, conseqüentemente, sua adaptação a essa realidade. Por exemplo, uma criança de seis anos, intensamente perturbada, pode reagir com muito pavor, recusando-se a entrar na sala ao ver um buraco no teto. Em uma criança saudável dessa idade, esse mesmo buraco despertaria curiosidade e uma série de perguntas. Em relação à percepção, é importante notar se a criança utiliza seus órgãos sensoriais de forma adequada e se estão organicamente intactos;

- h) pensamento: o pensamento da criança, de modo geral, reflete-se em sua conversa, brincadeiras, jogos e produções. Ouvir a criança falar permite obter um grande número de informações. É importante lembrar que o pensamento da criança pequena tem características que o diferenciam do pensamento do adulto. Em razão de sua própria imaturidade, seu pensamento pode se expressar por associações pouco claras, mal ordenadas, que fogem à lógica formal do pensamento do adulto, pois se baseia muito mais no seu modo pessoal e autorreferente de ver a realidade. Na criança maior, por exemplo, na fase de latência, já são exigidas uma melhor ordenação e uma clareza maior do seu pensamento;

i) linguagem e fala: a fala também é objeto de observação, e seus distúrbios são frequentemente motivos de consultas. No exame psíquico, a atenção do entrevistador, não raro, está dirigida ao modo como a criança usa a linguagem, porém ele não deve prescindir de observá-lo na sua forma efetora. Se a criança fala, deve-se observar se a fala:

- é utilizada como meio de comunicação, para se manter uma conversa e fornecer informações;
- é empregada como uma forma de se defender, evitar o contato, expressando-se de forma restrita, lacônica e econômica;
- não tem relação com a comunicação. Nesse caso, ela é manipulada como um objeto, um material sonoro. As palavras perdem seu sentido, sendo emissões sonoras reagrupadas ou remodeladas pela criança. Podem ser observadas na linguagem do psicótico ou, também, fazer parte de brincadeiras que crianças pequenas gostam de criar associando as palavras e construindo frases por aproximações sonoras mesmo que não façam sentidos. É comum o uso de neologismos (criação ou modificação de algumas palavras).

Se a criança não fala, deve-se observar se:

- utiliza meios extraverbais, como gestos, expressões faciais ou linguagem escrita, para se comunicar e se dirige sua atenção e seu olhar ao examinador de forma significativa;
- a ausência da fala faz parte de um quadro em que o aspecto relacional ou outras funções também estão comprometidos.

j) defesas: são recursos utilizados pela criança, de forma consciente ou inconsciente, para evitar ou manter a ansiedade no nível mais baixo possível frente “[...] a situações ansiogênicas de origem interna ou externa” (PORTO, 1997). São exemplos de recursos utilizados pela criança:

- a *racionalização* que um garoto de 11 anos utiliza quando tenta, por meio de explicações lógicas (pivetes, assaltantes), justificar a sua recusa de sair desacompanhado à rua, mesmo que seja até a esquina bem próxima à sua casa;
- a *negação* da criança pequena que, durante o exame, brinca somente com a mãe, tenta ignorar a presença do entrevistador e negar a situação de exame, utilizando um “faz de conta que estou só com a mamãe”;
- a *regressão* na criança que passa a falar de modo infantilizado;
- a *adulterização* observada na criança que passa a falar de modo afetado, com frases bem elaboradas e rebuscadas, ou por meio de suas observações, como, por exemplo, um menino de sete anos que, olhando os brinquedos, diz: “Quando eu era criança, eu gostava de brincar com eles... eu não brinco, é só para crianças pequenas”;
- “a *repressão* pode ser a responsável pelo “branco” que dá na criança que não consegue brincar e à qual não ocorre nada para dizer durante a entrevista. Em outras crianças, a repressão pode ser presumida não pela ausência de produções, mas pelo modo repetitivo e pobre com que a criança se manifesta” (PORTO, 1997).

6.9 FANTASIA, IMAGINAÇÃO E DEVANEIO

É possível distinguir níveis diferentes de fantasia, ou seja, a fantasia ligada às atividades conscientes, como o devaneio e a imaginação, e a fantasia inconsciente, a qual só se observa por detrás nas produções do inconsciente, como o sonho, o sintoma, certos comportamentos e, na criança, naturalmente, por meio do jogo.

No exame psíquico é importante saber da repercussão das fantasias, consciente e inconsciente, na vida da criança: usa-se a fantasia de modo saudável ou não, e se a natureza e intensidade de suas produções inconscientes a afetam prejudicialmente (PORTO, 1997). Em um segundo momento da avaliação da criança ou do adolescente, os educadores são informantes essenciais. Logo, o motivo de alguns profissionais de saúde solicitarem relatórios para as escolas sobre condutas, humor, comportamentos e relacionamentos de seu pequeno cliente no ambiente escolar.

A seguir, um modelo simples de relatório que pode ser enviado aos profissionais de saúde e que ajudará muito no processo avaliativo.

Modelo de pedido de relatório

Ao(s) professor(es) do(a) aluno(a): _____

Peço a gentileza de me enviar um relatório sobre as condutas e comportamentos do(a) menor acima citado(a), no recreio e em sala de aula, durante uma semana.

Como é seu humor (estado de ânimo)?

E a sua atenção (concentração)? Este(a) é diferente na sala de aula e nas atividades sociais e esportivas?

Como é a participação dos pais na vida escolar do(a) menor?

Favor fornecer outras informações que achar necessário!

Sem mais para o momento, aguardo seu relatório!

Atenciosamente,

Nome e assinatura do profissional

Figura 1 – Modelo de pedido de relatório

Fonte: Elaboração dos autores.

| CAPÍTULO VII |

**PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS
DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA**

As classificações diagnósticas, como o DSM-V, implementado em 2014 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), e a CID-11, que passará a valer a partir de 2022, apresentam vários tipos de patologias mentais da infância e da adolescência. A seguir, serão discutidas as mais comumente encontradas na prática clínica brasileira e de maior relevância social.

7.1 TRANSTORNOS DO HUMOR

Define-se humor como um sentimento que afeta e se sustenta de modo a influenciar as ações humanas. Porém, ao perturbá-lo, seja branda ou intensamente, podem-se desenvolver transtornos do humor ou transtornos afetivos (SEKHON; GUPTA, 2020). Devido à sua prevalência e consequências (cognitivas, sociais e psicológicas) em longo prazo, os transtornos do humor em crianças e adolescentes preocupam as autoridades médicas e governamentais, uma vez que é possível levar a comorbidades e à mortalidade (SEKHON; GUPTA, 2020).

Para avaliação de tais tipos de transtorno, pode-se mencionar a variação do humor, como, por exemplo, a excitação e a depressão. Nessa última, ao invés de deprimido, os mais jovens podem apresentar irritabilidade, segundo os critérios diagnósticos da quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-V). Excetuando-se esse detalhe, o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar I são os mesmos tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes (KAPLAN; SADOCK, 2017). Denomina-se transtorno bipolar I o quadro clínico em que os indivíduos

apresentam episódios de mania alternados com depressão; bipolar II é aquele em que se manifesta a depressão com a hipomania (que, em linhas gerais, é uma maneira mais branda de mania).

Embora as condições diagnósticas do DSM-V usadas para os transtornos do humor sejam quase idênticas para todas as faixas etárias, a expressão de um distúrbio de humor varia nas crianças conforme a idade. Além dos sintomas mais comuns (e.g., dores de cabeça e estômago), timidez e feição triste, crianças podem apresentar alucinações auditivas congruentes com o humor. Outros sintomas mais comuns em jovens deprimidos no final da adolescência do que em crianças jovens são anedonia abrangente, severo retardo psicomotor, delírios e sentimento de desamparo. Sintomas que aparecem com a mesma frequência, não importando a idade e o estágio evolutivo, incluem ideação suicida, humor irritável ou deprimido, insônia e capacidade diminuída de se concentrar (KAPLAN; SADOCK, 2017).

O humor das crianças é especialmente vulnerável às influências de severos estressores sociais, como discórdia familiar crônica, abuso, negligência e fracasso escolar. Meio ambiente nocivo (e.g., brigas familiares recorrentes, abuso e descaso parental, entre outros) pode favorecer a remissão de alguns ou de grande parte de seus sintomas depressivos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.1.1 Epidemiologia

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no período de uma década, a depressão entre crianças (de 6 a 12 anos) passou de 4,5% a 8%. No Brasil, acredita-se que oito milhões de crianças sofram de depressão (SOUZA; RODRIGUES, 2020). A taxa de transtorno depressivo maior em pré-escolares foi estimada em torno de 0,3% na comunidade, comparada com 0,9% em contexto clínico. Entre crianças pré-escolares na comunidade,

cerca de 2% têm transtorno depressivo maior. A depressão entre os sexos é semelhante, apesar de haver uma inclinação às crianças do sexo masculino, quando em idade escolar. Já entre os adolescentes, cerca de 5%, na comunidade, têm transtorno depressivo maior, com as garotas apresentando maior tendência. Entre crianças e adolescentes hospitalizados, as taxas de transtorno depressivo maior são muito mais altas do que na comunidade em geral; até 20% das crianças e 40% dos adolescentes são depressivos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

A taxa de transtorno bipolar I é excepcionalmente baixa em crianças púberes, e a condição pode levar anos para ser diagnosticada, já que a mania tipicamente apresenta-se, pela primeira vez, na adolescência. A taxa de transtorno bipolar I no período de vida foi estimada em torno de 0,6% em um estudo comunitário de adolescentes. Os adolescentes com variantes clínicas da mania, isto é, com alguns sintomas maníacos, mas sem a presença de todos os critérios diagnósticos (transtorno bipolar II), têm taxas de até 10% de acordo com outras pesquisas.

7.1.2 Etiologia

Existem vários fatores que, juntos, compõem a etiologia (causa) dos transtornos do humor. São eles:

7.1.2.1 Fatores genéticos

Os transtornos do humor em crianças, adolescentes e adultos tendem a se agrupar nas mesmas famílias. Uma incidência aumentada de transtornos do humor é encontrada, geralmente, em indivíduos cujos pais ou parentes já apresentam transtornos de humor. Achados mostram que, em casos nos quais um dos pais tem histórico de depressão maior, a chance de

se ter um episódio depressivo é de duas vezes mais, ao passo que, se dois possuem tal histórico, a probabilidade é quadruplicada (KAPLAN; SADOCK, 2017);

7.1.2.2 Fatores biológicos

Os estudos sugerem anormalidades biológicas sobre o transtorno depressivo maior em pré-púberes, e os transtornos do humor, em adolescentes. Em crianças pré-púberes com episódios de transtorno depressivo maior, demonstra-se, durante o sono, uma secreção maior de hormônio do crescimento do que em crianças normais e naquelas com transtornos emocionais não depressivos. Não obstante, elas secretam menos hormônio do crescimento em resposta à hipoglicemia induzida por insulina do que esse último grupo (KAPLAN; SADOCK, 2017);

7.1.2.3 Fatores psicossociais

Acredita-se que a influência social ou ambiental tenha um papel mais preponderante em crianças de idade menor, enquanto, com o avanço do desenvolvimento, fatores hereditários parecem atuar com maior intensidade. Embora inconclusivos, estudos mostram que, na presença de agentes estressores ambientais (além dos genéticos), os pacientes apresentavam diminuída região do hipocampo, que é uma estrutura relacionada à fisiologia dos neurotransmissores (substâncias proteicas essenciais para comunicação entre neurônios); em razão disso, neurotransmissores ligados ao humor não conseguem agir de forma eficaz, levando à depressão (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.1.3 Diagnóstico

Um dos diagnósticos pode ser o de *transtorno depressivo maior*. Em crianças, tal transtorno é mais facilmente diagnosticado quando é agudo e ocorre sem sintomas psiquiátricos anteriores. Em muitos casos, contudo, o início é insidioso e se apresenta em uma criança já com vários anos de dificuldades envolvendo hiperatividade, transtorno de ansiedade da separação ou sintomas depressivos intermitentes.

De acordo com os critérios diagnósticos tanto do DSM-V (transtorno depressivo maior) quanto do CID-10 e do CID-11 (transtornos depressivos), as condições para caracterização de um episódio depressivo devem possuir, ao menos, cinco dos sintomas listados a seguir, apresentando-se por um período de duas semanas, com consequências negativas no âmbito social ou escolar (KAPLAN; SADOCK, 2017; STEIN *et al.*, 2020):

- Humor deprimido ou irritável;
- Perda de interesse e prazer;
- Fracasso da criança em obter os ganhos de peso esperado;
- Insônia ou hipersonia diária;
- Agitação ou retardo psicomotor,
- Fadiga diária ou perda de energia,
- Perda de sentimento otimista em relação ao futuro;
- Sensações de inutilidade ou culpa inapropriada;
- Pensamentos ou ideações ou tentativas suicidas recorrentes;
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar ou tomar decisões.

É importante destacar que a depressão maior, no DSM-V, pode ocorrer mesmo em situações de luto, ou seja, após a perda de alguém relevante para a criança ou adolescente, haja vista que, ao contrário do que estabelece o DSM-IV, a depressão e o luto podem ocorrer concomitantemente

(KAPLAN; SADOCK, 2017). No entanto, sob a perspectiva da CID-11, o luto, na presença de transtornos depressivos, precisa que seu critério em relação ao tempo seja aumentado, uma vez que, quando combinados, intensificam-se (e.g., em luto normal, isto é, na ausência de depressão, é menos provável haver sintomas psicóticos); assim, necessita-se de uma maior atenção por parte de quem o avalia (STEIN *et al.*, 2020).

Outro diagnóstico possível é o de *transtorno depressivo persistente (distímia)*. Considerada como a depressão maior instalada cronicamente, esse transtorno, também chamado de distímia pelo antigo DSM-IV-TR, é caracterizado pela manifestação de um humor depressivo e irritado em crianças e adolescentes, durante a maior parte do dia e em vários dias, com duração de, pelo menos, um ano (KAPLAN; SADOCK, 2017; SEKHON; GUPTA, 2020). Além disso, enquanto, nos adultos, o diagnóstico seria humor deprimido (caso houvesse duração de dois anos), nesses jovens, o critério pode passar a ser humor irritável, sendo sua duração de um ano. Para o DSM-V, o humor irritável ou deprimido precisa ser acompanhado de, no mínimo, dois dos indícios que seguem:

- Apetite aumentado ou diminuído;
- Insônia ou hipersônia;
- Perda de vitalidade e fadiga;
- Autoestima diminuída;
- Concentração prejudicada ou hesitação na tomada de decisões;
- Sentimento de desesperança.

Acrescenta-se que o transtorno depressivo persistente possui especificadores. Conforme o DSM-V, se tais sintomas ocorrerem antes dos 21 anos, diz-se transtorno depressivo persistente com início prematuro; caso seja depois dessa idade, será com início tardio.

Pode-se citar, também, o *transtorno bipolar I*. Tal transtorno raramente é diagnosticado em crianças pré-púberes, já que os episódios

maníacos são incomuns nessa faixa etária, mesmo quando sintomas depressivos já apareceram. Em geral, um episódio depressivo maior antecede um episódio maníaco em um adolescente com transtorno bipolar. Entretanto, quando um episódio maníaco clássico aparece em um adolescente, ele é reconhecido como uma nítida mudança a partir de um estado preexistente e, frequentemente, apresenta-se com delírios grandiosos e paranoides e fenômenos alucinatórios.

Conforme o DSM-V, com apenas um episódio maníaco ao longo da vida, pode-se diagnosticar o transtorno bipolar I, não necessitando da presença da depressão (JAIN; MITRA, 2020). A CID-11, por sua vez, exige, para diagnóstico de transtorno bipolar, minimamente, um episódio maníaco (com duração de, ao menos, uma semana) ou misto, isto é, alternando ou mesclando sintomas depressivos ou maníacos (num período de dois ou mais) (STEIN *et al.*, 2020).

Outro diagnóstico que deve ser mencionado é o de *transtorno bipolar II*. Na DSM-V, diferente do tipo I, no transtorno bipolar tipo II, é necessária a presença de, pelo menos, um episódio hipomaníaco e um depressivo maior (JAIN; MITRA, 2020). Para a CID-11, tal transtorno se caracteriza pela presença de hipomania, que é um comportamento de impulso e sem responsabilidade, com a duração de vários dias (STEIN *et al.*, 2020).

Finalmente, tem-se, ainda, o *transtorno ciclotímico*. Nesse caso, há oscilações de humor de forma crônica, sintomas hipomaníacos, e os sintomas de depressão não se enquadram nas condições para diagnóstico de depressão maior. Quando comparado com adultos (cujo período é de dois anos), esse transtorno cíclico de humor tem duração de um ano nos jovens. Para diferenciá-lo do transtorno bipolar II, apresentam-se, nesse último, sintomas de depressão maior (KAPLAN; SADOCK, 2017; SEKHON; GUPTA, 2020).

Na CID-11, exige-se, no mínimo, dois anos na presença de sintomas de hipomania e mania para a ciclotimia. Todavia, dá-se relevo ao fato de que tais sintomas depressivos não podem ser intensos ou duradouros o bastante para que sejam considerados um episódio depressivo (STEIN *et al.*, 2020).

De acordo com o DSM-V, os critérios diagnósticos para um episódio maníaco são os mesmos para crianças e adultos e incluem um período distinto de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável que dura, pelo menos, uma semana ou mais tempo, tornando-se necessária a internação. Durante o período de perturbação do humor, ao menos três dos seguintes sintomas significativos e persistentes devem estar presentes, como autoestima inflada e grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão para falar, fuga de idéias ou pensamentos, distração, aumento da atividade dirigida ao objetivo e excessivo envolvimento em atividades prazerosas que podem resultar em consequências funestas. Em relação à perturbação do humor, ela deve ser suficientemente grave para causar comprometimento acentuado, mas não pode ser resultado do efeito direto de uma substância ou de uma condição médica geral.

Quando episódios maníacos aparecem em um adolescente, geralmente, são acompanhados por aspectos psicóticos, e a hospitalização, frequentemente, é necessária. Os delírios e alucinações dos adolescentes podem envolver noções grandiosas de poder, valor, conhecimento, família ou relacionamentos. Delírios persecutórios e fuga de ideias também são comuns.

7.1.4 Diagnóstico diferencial

As formas psicóticas dos episódios depressivos e maníacos devem ser diferenciadas da esquizofrenia. Um transtorno do humor induzido por uma substância pode, ocasionalmente, depois da desintoxicação, ser dife-

renciado de outros transtornos do humor somente. Sintomas de ansiedade e transtornos com perturbação da conduta podem coexistir com transtornos depressivos, sendo possível, frequentemente, representar problemas para a diferenciação em relação aos transtornos de conduta. É de grande importância a distinção entre episódios depressivos e maníacos agitados e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, pois a atividade excessiva persistente e a inquietação podem confundir o diagnóstico.

7.1.5 Curso e prognóstico

A depender da idade de início, da gravidade do episódio, da presença de comorbidades psiquiátricas, além da intervenção precoce e eficaz, o curso e o prognóstico dos transtornos do humor em crianças e adolescentes respondem de maneira diferente. Em situações nas quais há um primeiro episódio de transtorno depressivo maior moderado a severo, jovens respondem bem ao tratamento num espaço de um a dois anos (apenas quase 10% não evoluem de forma satisfatória). Tem-se que a média é de quase 12 meses para duração de episódios não relacionados à depressão maior, e sua probabilidade de frequência pode chegar a mais de 50% num período de dois anos, podendo atingir 70% para cinco anos (KAPLAN; SADOCK, 2017). Se não diagnosticada previamente e, por conseguinte, não tratada, o indivíduo, na fase adulta, apresenta maior severidade (implicando mais episódios depressivos) (SEKHON; GUPTA, 2020).

Enfatiza-se que a evolução no tratamento do transtorno depressivo persistente é mais demorada do que na depressão maior, tendo, em média, uma duração de quatro anos. Outrossim, se seu início for prematuro, pode-se associar com outras comorbidade, como, por exemplo, o transtorno depressivo maior, com taxa de 70%, e abuso de substâncias no futuro, cerca de 15% (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.1.6 Tratamento

O tratamento é multidisciplinar, envolvendo diversas especialidades conforme a necessidade de cada paciente, levando-se em conta a visão integral do ser humano. No caso da hospitalização, a principal consideração imediata é, frequentemente, se ela é indicada. No caso de um paciente suicida, a hospitalização está indicada, a fim de lhe fornecer o máximo de proteção contra seus impulsos e comportamentos autodestrutivos. Porém, somente isso não é suficiente para impedir suas tentativas.

No que se refere à psicoterapia, cabe destacar que não existe superioridade de um tipo de enfoque psicoterapêutico sobre outro no tratamento dos transtornos do humor em crianças e adolescentes. Entretanto, a terapia familiar é necessária para educar as famílias quanto aos graves transtornos do humor que ocorrem em crianças em períodos de estresse familiar insuportável. Os enfoques psicoterapêuticos para crianças deprimidas incluem abordagens cognitivas e um foco mais dirigido e estruturado do que aquele geralmente usado com adultos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.2 SUICÍDIO

Com a finalidade de se autoprejudicar, crianças e jovens podem apresentar comportamentos suicidas, como ideação, gestos, tentativas e, até mesmo, consumir o suicídio (SOUZA *et al.*, 2019; KAPLAN; SADOCK, 2017). Apesar de ser possível que o pensamento suicida esteja presente em todas as idades, entre as crianças e os adolescentes, estão associados a transtornos depressivos. Mais de 12.000 crianças e adolescentes são hospitalizados nos Estados Unidos a cada ano, em razão de ameaças de suicídio ou comportamento suicida. Entretanto, o suicídio consumado é raro abaixo dos 12 anos de idade.

Uma criança pequena é pouco capaz de planejar e levar avante um plano realista de suicídio, devido a seu baixo nível cognitivo se comparado com as demais idades. O suicídio consumado ocorre cinco vezes mais frequentemente em garotos adolescentes do que em meninas, embora a taxa de tentativas de suicídio seja, pelo menos, três vezes superior entre as meninas do que entre os garotos da mesma faixa etária.

O método mais comum de suicídio consumado em crianças e adolescentes é por meio do uso de armas de fogo, que corresponde a quase 70% de todos os suicídios em meninos, e a, aproximadamente, metade dos suicídios em meninas. O segundo método mais comum de suicídio em garotos é o enforcamento, ocorrendo em cerca de um quarto de todos os casos. No que se refere às garotas, cerca de um quarto comete o suicídio pela ingestão de substâncias tóxicas (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Caso o suicídio não se efetive, denomina-se tentativa de suicídio ou para suicídio. A literatura pontua que tal intento se configura como uma ação, cuja finalidade, em alguma medida, é retirar a própria vida (ALLI *et al.*, 2019; WICHSTRØM, 2009). É importante não confundir com autolesão não suicida ou automutilação, haja vista que estes, em essência, não trazem em si um desejo de autoaniquilamento, mas, sim, uma forma de enfrentamento para suportar uma vida que parece insuportável a quem os pratica (WICHSTRØM, 2009).

7.2.1 Epidemiologia

Correspondendo à segunda maior causa de morte, no mundo, entre jovens de 10 a 14 anos, o suicídio, no Brasil, também preocupa, visto ser o terceiro maior motivo de morte entre jovens, salientando o fato de que os dados são subestimados (em virtude do fato de muitos óbitos ou tentativas serem colocados como acidentes). Segundo pesquisas, de 2003 a 2013, houve um aumento de mais de 10% nas taxas de suicídios na faixa etária 9-19 anos (PICCIN *et al.*, 2019).

Os índices de suicídio dependem da idade e aumentam significativamente após a puberdade (SOUZA *et al.*, 2019). Embora se saiba de casos de suicídio em outras faixas etárias, a taxa de suicídio consumado entre aqueles com menos de 14 anos de idade é de menos de um para 100.000; para os adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, esse índice sobe para 10 por 100.000 suicídios; finalmente, na faixa etária de 15 a 19 anos, os índices de tentativas de suicídio são cerca de 15 vezes maiores aos dos suicídios consumados (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.2.2 Etiologia

Existem aspectos universais em adolescentes suicidas que são representados por certa incapacidade de sintetizar soluções para seus problemas e pela falta de estratégias de enfrentamento diante de fatores estressores imediatos. Em estudos de risco de suicídio em famílias, e na maior concordância para o suicídio em gêmeos monozigóticos em comparação com gêmeos dizigóticos, evidenciou-se a contribuição genética para o comportamento suicida. Apesar de o risco de suicídio ser alto em indivíduos com transtornos mentais (incluindo esquizofrenia, transtorno depressivo maior e transtorno bipolar I), o risco é muito maior nos parentes de indivíduos com transtornos do humor do que em parentes de pessoas com esquizofrenia.

7.2.2.1 Outros fatores biológicos

Achados neuroquímicos mostram algumas sobreposições entre indivíduos de comportamento agressivo e impulsivo e indivíduos suicidas. Baixos níveis de serotonina (5-HT) e seu principal metabólito, ácido 5-hidróxi-indolacético (5-HIAA), foram descobertos em exames *post mortem* nos cérebros de indivíduos que cometeram suicídio, mostrando que seus

níveis de 5-HIAA estavam baixos (especialmente, naqueles ocorridos por métodos violentos). Sabe-se, também, que o álcool e outras substâncias psicoativas podem baixar o 5-HIAA, aumentando, assim, em alguma medida, a vulnerabilidade ao comportamento suicida em um indivíduo já predisposto (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.2.2.2 Fatores sociais

Crianças e adolescentes são vulneráveis a ambientes intensamente caóticos, abusivos e negligentes. Uma ampla faixa de sintomas psicopatológicos pode resultar de lares hostis, com maus tratos e abuso físico e sexual. Comportamentos agressivos, autodestrutivos e suicidas parecem ocorrer com maior frequência em indivíduos que precisam suportar vidas familiares cronicamente estressantes ou que não conseguem encontrar estratégias para enfrentar as crises deparadas recorrentemente (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.2.3 Diagnósticos e características clínicas

O questionamento direto de crianças e adolescentes sobre pensamentos suicidas é necessário, pois há estudos que demonstram, de modo consistente, que os pais, frequentemente, não têm conhecimento dessas ideias em seus filhos, nem mesmo os professores. Pensamentos suicidas, isto é, conversas das crianças acerca do desejo de ferir a si mesmas, e ameaças de suicídio (e.g., declarações de desejo de saltar na frente de um veículo em movimento) são relativamente mais comuns.

As características de adolescentes que tentam o suicídio e daqueles que o cometem são similares; além disso, cerca de um terço daqueles que cometem o suicídio fizeram tentativas anteriores. Transtornos mentais presentes em alguns pacientes que tentam o suicídio e naqueles que o concreti-

zam incluem transtorno depressivo maior, episódios maníacos e transtornos psicóticos. Os indivíduos com transtornos do humor, em combinação com abuso de substâncias e uma história de comportamento agressivo, são, particularmente, de alto risco.

Por outro lado, os jovens sem transtornos do humor que se mostram violentos, agressivos e impulsivos podem estar propensos ao suicídio durante conflitos com a família ou com seus pares. Ademais, altos níveis de falta de esperanças, fracas habilidades de resolução de problemas e uma história de comportamento agressivo são fatores de risco para o suicídio.

7.2.4 Tratamento

Adolescentes que tentam o suicídio devem ser avaliados antes que seja tomada a decisão de hospitalizá-los ou enviá-los para casa. Aqueles que se encaixam em grupos de alto risco devem ser hospitalizados até a atenuação da tendência ao suicídio. Os indivíduos de alto risco são: aqueles que fizeram tentativas anteriores; meninos de mais de 12 anos com história de comportamento agressivo ou abuso de substância; indivíduos que fizeram tentativa com um método letal, como arma de fogo ou ingestão de substância tóxica; indivíduos com transtorno depressivo maior caracterizado por retraimento social, falta de esperanças e falta de energia.

Uma criança ou um adolescente com ideação suicida deve ser hospitalizado caso o médico tenha quaisquer dúvidas sobre a capacidade da família de supervisionar o paciente ou de cooperar com o tratamento em um contexto ambulatorial (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Caracterizado pelo medo do afastamento (real ou fictício) de suas figuras de afeto (como mães e pais), o transtorno de ansiedade de separação é um fenômeno universal, cuja frequência é comum no desenvolvimento normal de uma criança. Os bebês exibem ansiedade de separação, na forma de ansiedade frente a estranhos, quando estão com menos de um ano de idade e são separados de suas mães. Esse transtorno também é comum em crianças pequenas que estão ingressando na escola pela primeira vez. No entanto, o transtorno de ansiedade de separação está presente quando emerge uma ansiedade excessiva e evolutivamente inadequada, envolvendo a separação de uma figura de vinculação importante.

O transtorno de ansiedade de separação é o único transtorno de ansiedade contido, atualmente, na seção sobre infância e adolescência do DSM-V. Crianças e adolescentes também podem apresentar os transtornos de ansiedade descritos na seção adulta do DSM-V, incluindo fobias específicas, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático. O TOC não deve ser diagnosticado em crianças pequenas antes dos quatro anos de idade.

7.3.1 Epidemiologia

Apesar de prevalente em, aproximadamente, 3% da população de crianças e adolescentes, o transtorno de ansiedade de separação é mais comum em crianças pequenas do que em adolescentes, havendo relatos de que ocorra com igual frequência em ambos os sexos. O início pode ocorrer em idade pré-escolar, mas é visto com maior frequência em crianças de seis a sete anos; normalmente, quando aparece na infância, pode se manifestar, também, na idade adulta (FERIANTE; BERNSTEIN, 2020).

A prevalência do transtorno de ansiedade de separação tem sido estimada em torno de 3 a 4% de todas as crianças em idade escolar e em 1% de todos os adolescentes. A cultura parece exercer influência nessas taxas de prevalência. Autores trouxeram que, em sociedades individualistas que incentivam a autonomia, isto é, a independência, há um maior número de crianças e jovens com o transtorno do medo da separação (FERIANTE; BERNSTEIN, 2020).

7.3.2 Etiologia

No que concerne aos fatores psicossociais, tem-se que crianças pequenas, imaturas e dependentes da figura materna estão particularmente propensas à ansiedade relacionada à separação, tendo em vista que, durante seu desenvolvimento, elas passam por uma série de medos (de perder a mãe e o seu amor, de lesão corporal, de seus impulsos, da ansiedade punitiva do superego e da culpa). A maioria possui experiências transitórias de ansiedade de separação, baseada em algum desses temores. Entretanto, o transtorno de ansiedade de separação ocorre quando existe um medo desproporcional de perda da mãe, podendo comprometer as rotinas diárias ou o desenvolvimento da criança ou do adolescente (SOUZA; RODRIGUES, 2020). Uma dinâmica frequente consiste na rejeição e no deslocamento de sentimentos de raiva dirigida aos pais para o ambiente, que, então, torna-se demasiadamente ameaçador.

O padrão de estrutura do caráter, em muitas crianças que desenvolvem esse transtorno, inclui excessiva autocrítica, ânsia por agradar e uma tendência para a conformidade. As famílias se mostram mais fechadas e atenciosas, e as crianças, frequentemente, parecem ser excessivamente amparadas. Importa lembrar que a superproteção pode gerar insegurança e culpa.

7.3.2.1 Fatores ligados à aprendizagem

A ansiedade fóbica pode ser transmitida, por modelagem direta, dos pais para a criança. Se um dos pais possui um medo excessivo, há uma maior probabilidade de a criança desenvolver uma adaptação fóbica a novas situações, especialmente ao ambiente escolar. Alguns pais parecem ensinar seus filhos a serem ansiosos, protegendo-os excessivamente dos perigos esperados ou exagerando as situações. Por exemplo, o genitor que se tranca num quarto durante uma tempestade, ensina seu filho a fazer o mesmo, assim como o que tem medo de ratos ou insetos transmite o sentimento de pavor ao filho. Inversamente, se o pai ficar irritado com o filho durante uma preocupação fóbica incipiente com relação a animais, pode inculcar-lhe uma preocupação fóbica pela própria intensidade da raiva expressada. Às vezes, pais e professores se esquecem de que são modelos para seus filhos e alunos, respectivamente.

7.3.2.2 Fatores genéticos

Há, provavelmente, uma base genética para a intensidade com que a ansiedade de separação é experimentada, individualmente, pelas crianças. Estudos familiares demonstram que não só os descendentes biológicos de adultos com transtorno de ansiedade estão mais propensos a sofrer de ansiedade de separação na infância, como também os genitores que têm transtorno do pânico ou agorafobia parecem possuir um risco aumentado de gerar um filho com transtorno de ansiedade de separação.

7.3.3 Diagnóstico e características clínicas

De acordo com o DSM-V, o diagnóstico do transtorno de ansiedade de separação exige a presença de, no mínimo, três sintomas relacionados a uma preocupação excessiva, envolvendo a separação de figuras importantes de vinculação (FERIANTE; BERNSTEIN, 2020). As preocupações podem assumir a forma de recusa à escola, de medo ou sofrimento, de queixas somáticas repetidas (e.g., cefaleias e dores abdominais) e de pesadelos frente à separação. Para os critérios dessa classificação, as manifestações sintomáticas precisam ter uma duração de, ao menos, quatro semanas e início antes dos 18 anos:

- Sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou à previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação;
- Preocupação persistente e excessiva acerca de perder figuras importantes de apego ou de que possíveis perigos as atinjam;
- Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação (e.g., perder-se ou ser sequestrado);
- Relutância persistente ou recusa de ir à escola ou a qualquer outro lugar, em razão do medo da separação;
- Temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação, em casa, ou sem adultos significativos, em outros contextos;
- Relutância ou recusa persistente de ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação, ou de pernoitar longe de casa;
- Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação;
- Repetidas queixas de sintomas somáticos (como cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos), quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista.

Os adolescentes podem não expressar diretamente qualquer preocupação ansiosa acerca da separação de uma figura maternal. Contudo, seus padrões de comportamento, frequentemente, refletem uma ansiedade de separação, no sentido de expressarem desconforto quanto a sair de casa, envolver-se em atividades solitárias e continuar usando a figura materna como coadjuvante para comprar roupas e ingressar em atividades sociais recreativas (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Na CID-11, tal qual na CID-10, levam-se em consideração, para esse transtorno: a excessiva e preocupante ansiedade (seja momentaneamente, seja antecipadamente), quando há o distanciamento do cuidador por quem se tem maior afeto, configurando-se em aflição real ou imaginária quanto ao abandono por parte daqueles que partem ou a alguma ocorrência de situação desfavorável; a repulsa em ir à escola, devido à separação; a negação em dormir fora de casa, em decorrência do distanciamento do ente afetivo; medo ou pesadelo recorrente; somatizações como náuseas, dor de estômago e acessos de raiva e de choro (REBELLO *et al.*, 2020). Em suma, a CID-11 aborda substancialmente os mesmos sintomas propostos pelo DSM-V, mas sem o requerimento de uma quantidade mínima de sintomas para a realização do diagnóstico.

7.3.4 Diagnóstico diferencial

Algum grau de ansiedade de separação constitui um fenômeno normal, devendo-se utilizar o discernimento clínico para a distinção entre a ansiedade normal e o transtorno de ansiedade de separação. No transtorno de ansiedade generalizada, a ansiedade não está focalizada na separação. Nos transtornos invasivos do desenvolvimento e na esquizofrenia, a ansiedade em torno da separação pode ocorrer, mas é vista como decorrência dessas condições, não como um transtorno distinto. Nos transtornos depressivos

infantis, o diagnóstico de transtorno de ansiedade de separação também deve ser acrescentado caso sejam satisfeitos os critérios para ambos os transtornos, sendo que os dois diagnósticos, frequentemente, coexistem.

7.3.5 Curso e prognóstico

O curso e o prognóstico do transtorno de ansiedade de separação são variáveis e estão relacionados à idade de início, à duração dos sintomas e ao desenvolvimento de ansiedade e transtornos depressivos comórbidos. Crianças pequenas que vivenciam o transtorno, mas são capazes de manter a frequência escolar, em geral, têm um melhor prognóstico do que os adolescentes com transtorno que se recusam a comparecer à escola por longos períodos. Assim, faz-se importante o vínculo entre família e escola, a fim de administrar esses problemas de modo mais eficaz.

7.3.6 Tratamento

Um enfoque de tratamento multimodal, isto é, incluindo psicoterapia individual, educação familiar e terapia familiar, é recomendado para o transtorno de ansiedade de separação. A terapia familiar ajuda os pais a compreender a necessidade de um amor não apenas consistente, mas apoiador, com o intento de preparar a criança aos acontecimentos importantes (e.g., fracassos, frustrações, doença e cirurgia). Estratégias cognitivas específicas e exercícios de relaxamento podem ajudar a criança a controlar sua ansiedade. A farmacoterapia também é útil quando apenas a psicoterapia não for suficiente. Nos casos graves de recusa de ida à escola, a hospitalização é necessária (KAPLAN; SADOCK, 2017). Alerta-se para o fato de que é fundamental uma intervenção conjunta entre os profissionais de saúde, a família e a escola nesse processo.

7.4 TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Antigamente, havia os transtornos invasivos do desenvolvimento (TID), que constituíam um grupo de condições psiquiátricas nas quais as habilidades sociais, a linguagem e o repertório comportamental esperados não se desenvolviam satisfatoriamente ou eram perdidos no início da infância. Nesse grupo de transtornos, existiam subtipos, como o transtorno autista, o transtorno de Asperger, o transtorno de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e outros transtornos invasivos do desenvolvimento não especificado.

No entanto, atualmente, tanto no DSM-V quanto na CID-11, removeram-se os subtipos, deixando-os sob uma única denominação: transtorno do espectro autista (TEA), ou seja, consideram-nos como um *continuum*, variando em graus e manifestações diferentes ao longo de uma faixa estabelecida (HOSSEINI; MOLLA, 2020). Vale mencionar, também, que, na CID-11, o transtorno de Rett (condição na qual há perda parcial ou total de fala e de habilidades motoras da mão, cuja causa é genética) foi realocado para uma outra sessão não abrangida pelo TEA (STEIN *et al.*, 2020).

Em linhas gerais, as crianças com TEA apresentam comportamento, interesses ou atividades repetitivos e padronizados, dificuldade em lidar com outras pessoas e com situações adversas (como mudanças de rotinas). Além disso, de acordo com o DSM-V, seu início ocorre na primeira infância (HOSSEINI; MOLLA, 2020) ou, mais especificamente, no segundo ano de vida (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.4.1 História

Em 1943, Leo Kanner, cunhou o termo “autismo infantil” e forneceu, num relato de caso, uma descrição clara e abrangente da síndrome da primeira infância. Quase 40 anos depois, a APA o introduziu, na sua terceira edição do DSM, como uma categoria diferente. Um ano mais tarde, cunhou-se uma nova síndrome, denominada síndrome de Asperger, a partir dos estudos de Hans Asperger, que tinha nomeado de psicopatía autista. Ambas eram categorias diferentes de transtorno (HOSSEINI; MOLLA, 2020).

Na edição DSM-IV (1994), criou-se o transtorno invasivo do desenvolvimento, cuja composição abarcava transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado, transtorno desintegrativo infantil e síndrome de Rett (HYMAN *et al.*, 2020). Porém, no DSM-V e na CID-11, determinaram-se que tanto o autismo infantil quanto a síndrome de Asperger (além de outras síndromes) passariam a compor um mesmo conjunto de doenças do desenvolvimento infantil, chamado de “espectro autismo” (HOSSEINI; MOLLA, 2020).

7.4.2 Epidemiologia

A prevalência mundial de TEA é de 1 para 132 crianças (MARLOW; SERVILI; TOMLINSON, 2019), de 1 para 68 nos Estados Unidos (MUGHAL; FAIZY; SAADABADI, 2020) e, no Brasil, os dados quanto à sua prevalência ainda são escassos. Entretanto, de modo geral, é sabido que o transtorno autista ocorre em uma taxa de 2 a 5 casos por 10.000 crianças (0,02 a 0,05%) com menos de 12 anos. Caso se inclua o retardo mental severo com alguns aspectos autistas, a taxa pode subir para até 20 casos por 10.000. Na maior parte dos casos, o autismo começa antes dos 36 meses, mas pode não ser evidente aos pais, dependendo de sua conscientização e da gravidade da

doença. O transtorno autista é encontrado com maior frequência em meninos, e as meninas autistas tendem a ser mais seriamente afetadas e a ter uma história familiar de comprometimento cognitivo (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.4.3 Etiologia

O transtorno autista é um transtorno evolutivo comportamental. Embora fosse considerado, inicialmente, de origem psicossocial ou psicodinâmica, acumulam-se muitas evidências a favor de um substrato biológico.

7.4.3.1 Anormalidades orgânicas-neurológicas-biológicas

O transtorno e os sintomas autistas estão associados a condições que têm lesões neurológicas, notoriamente, rubéola congênita, fenilcetonúria (PKU), esclerose tuberosa e síndrome de Rett. As crianças autistas apresentam mais evidências de complicações perinatais do que os grupos de crianças normais e aquelas com outros transtornos.

7.4.3.2 Fatores genéticos

Entre os indivíduos que possuem TEA, quase 1% possui a síndrome do X frágil (HYMAN *et al.*, 2020) e 2 para cada 100 apresentam, também, esclerose tuberosa (i.e., um tipo de tumor benigno de origem hereditária). Outrossim, nas famílias em cuja composição se observam dois ou mais com TEA, aumentam-se as chances para o TEA em até 50% (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.4.3.3 Fatores imunológicos

Algumas evidências indicam que a incompatibilidade imunológica entre a mãe e o feto pode contribuir para o autismo. Os linfócitos de algumas crianças autistas reagem com os anticorpos das mães, levando à possibilidade de os tecidos neurais embrionários ou extraembrionários ficarem danificados durante a gestação (KAPLAN; SADOCK, 2017). Há, ainda, indícios de que febre e infecções maternas durante a gravidez podem estar associadas à geração de filhos com TEA (HYMAN *et al.*, 2020).

7.4.3.4 Fatores perinatais

Uma alta incidência de várias complicações perinatais parece ocorrer em crianças com transtorno autista, tais como sangramento materno após o primeiro trimestre e presença de mecônio no líquido amniótico, que foram relatados em crianças autistas com maior frequência do que na população em geral. Algumas evidências indicam uma alta incidência de uso de medicamentos durante a gravidez nas mães de crianças autistas (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.4.4 Critérios diagnósticos

Os principais sintomas do TEA foram separados em dois grupos, conforme o DSM-V, a saber: comunicação e interação social e comportamentos padronizados repetitivos e restritivos. Ademais, há especificadores que auxiliam na descrição dos sintomas (e.g., presença ou ausência de deficiência intelectual, deficiência na linguagem, catatonia, comorbidades e fatores genéticos e ambientais conhecidos) (HYMAN *et al.*, 2020), bem como qualificadores quanto à magnitude dos comprometimentos (e.g., médio, moderado ou severo) (MUGHAL; FAIZY; SAADABADI, 2020).

Para se obter o diagnóstico positivo, é preciso ter os três sintomas do âmbito da comunicação e interação social:

- Reciprocidade socioemocional;
- Comportamento comunicacional não verbal para interação social e desenvolvimento;
- Manutenção e adaptabilidade na relação entre pares.

Além disso, é necessário que haja, no mínimo, dois dos sintomas ligados aos comportamentos restritivos e repetitivos:

- Movimentos motores estereotipados e repetitivos, utilizando-se de objetos ou de falas (e.g., ecolalia);
- Intransigência quanto a mudanças de rotinas ou hábitos arraigados ou comportamento verbal ou não verbal;
- Foco ou intensidade anormal a desejos restritos e fixos;
- Resposta intensa ou apática a estímulos sensoriais ou interesses incomuns a detalhes sensitivos (e.g., sons, texturas, imagens e cheiros).

Para a CID-11, iniciando na primeira infância (e não mais aos três anos, como era na CID-10) (STEIN *et al.*, 2020), quem possui o transtorno do espectro autismo pode possuir algumas destas características (que muito se assemelham, em essência, com as propostas pelo DSM-V): interações sociais recíprocas e formas de comunicação qualitativamente anormais, que são incompatíveis com outras crianças de mesma idade mental (e.g., descompasso na resposta; entendimento e interesse diante de um estímulo verbal ou não verbal na comunicabilidade; prejuízos em iniciar ou sustentar uma relação, entre outros), conjunto persistente de interesses e de atividades restrito, estereotipado e repetitivo (e.g., pouca capacidade de adaptação frente a mudanças de rotinas; excessivo apego a regras, como em casos de jogos; baixa ou intensa resposta em situações que lhe causem dor ou que o estimulem de alguma forma, como luz, odor e sabor).

Normalmente, segundo essa classificação internacional, o TEA pode ser acompanhado de acometimento intelectual, prejuízos funcionais da linguagem e perda de habilidades adquiridas previamente. Se assim ocorrer, isso deve ser especificado (e.g., TEA com transtorno de desenvolvimento intelectual ou sem transtorno intelectual). Tal qualificação contribui para enquadramento nos diferentes graus de severidade, a saber, médio, moderado, severo, profundo e provisório. Salienta-se, ainda, que, tal qual na CID-10, todos transtornos mentais e outras comorbidades devem ser, quando necessário, diagnosticados de acordo com sua categoria.

7.4.5 Diagnóstico diferencial

Os principais diagnósticos diferenciais, para o DSM-V, são: comunicação social pragmática (quando se tem a não comunicação diante do impasse de não saber como conversar ou cumprimentar pessoas), surdez congênita ou distúrbio de audição grave, escassez psicossocial e esquizofrenia iniciando na infância (KAPLAN; SADOCK, 2017). Por outro lado, na CID-11, inclui-se apenas a síndrome de Rett como diagnóstico diferencial.

7.4.6 Curso e prognóstico

O transtorno autista tem um curso crônico e um prognóstico reservado. Um subgrupo de crianças autistas sofre de uma perda de parte ou de toda a sua fala preexistente. Isto ocorre com maior frequência entre os 12 e os 24 meses de idade. Como regra geral, as crianças autistas com altos QIs (acima de 70) e aquelas que usam a linguagem comunicativa por volta dos cinco aos sete anos de idade têm os melhores prognósticos. Se o ambiente e o lar fornecem apoio e são capazes de satisfazer as excessivas necessidades de tal criança, o prognóstico melhora muito.

7.4.7 Tratamento

Os objetivos do tratamento consistem em diminuir os sintomas comportamentais e auxiliar no desenvolvimento de funções atrasadas, rudimentares ou inexistentes como linguagem e habilidades de autonomia. Além disso, os pais, frequentemente angustiados, precisam de apoio e aconselhamento.

Métodos educativos e comportamentais são considerados, atualmente, o tratamento de escolha. O treinamento estruturado em sala de aula, em combinação com métodos comportamentais, é o método de treinamento mais eficaz para muitas crianças autistas, sendo superior a outros tipos de abordagem comportamental. Estudos controlados, utilizando-se desse método, indicam a obtenção de progressos nas áreas de linguagem e cognição, bem como uma redução do comportamento mal adaptativo.

O treinamento e a instrução individual dos pais nos conceitos, capacidades de modificação do comportamento e resolução dos seus problemas/preocupações (dentro de um esquema específico) podem produzir consideráveis ganhos na linguagem e nas áreas dos comportamentos cognitivo e social da criança. Entretanto, os programas de treinamento são rigorosos e exigem uma grande parcela de tempo dos pais. A criança autista requer a maior estrutura e um programa diário com o máximo de horas possível.

Sobre a questão da inclusão ou não da criança autista no ensino regular, pais, educadores e profissionais de saúde devem avaliar, individualmente, cada caso, assim como a reação das demais crianças da mesma sala de aula. O discurso político-ideológico e generalista sobre a inclusão no ensino regular não pode sobrepor a realidade de cada criança autista e seus recursos técnicos e emocionais; por vezes, é mais conveniente investir mais recursos nas instituições especializadas em tratá-la, como é o caso das Associações de Pais e Amigos dos Autistas (AMAs).

Embora não exista nenhuma droga que aja especificamente no transtorno autista, recorre-se à psicofarmacoterapia de modo quase específico. Por exemplo, para padrões comportamentais repetitivos ou agressivos, utilizam-se antipsicóticos; em alguns casos de modos de agir indesejáveis, empregam-se inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e estimulantes (MUGHAL; FAIZY; SAADABADI, 2020). Não obstante, a administração do antipsicótico Haloperidol reduz os sintomas comportamentais e acelera o aprendizado. A droga diminui a hiperatividade, estereotípias, o retraimento, a inquietação, relações objetais anormais, a irritabilidade e o afeto instável. O lítio pode ser tentado para comportamentos agressivos ou autodestrutivos, quando outros medicamentos fracassam (KAPLAN; SADOWICK, 2017).

7.5 ESQUIZOFRENIA COM INÍCIO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

A esquizofrenia, cuja etimologia remete aos vocábulos gregos *schizo* (cisão ou divisão) e *phren* (mente), é definida como uma psicose, que traz, como sintomas, delírios, alucinações, pensamento e comportamentos perturbados, por, no mínimo, um mês (HANY; REHMAN; AZHAR, 2020; STEIN *et al.*, 2020). Apesar de ser rara, tal psicose pode ter início na infância e na adolescência.

Nessa população, uma disfunção social ou acadêmica deve estar presente e sinais contínuos da perturbação devem persistir por, pelo menos, seis meses. Os critérios diagnósticos da esquizofrenia em crianças são idênticos aos critérios para adultos, exceto em relação ao fato de que as crianças podem não atingir seus níveis esperados de funcionamento social e acadêmico, ao invés de terem uma deterioração do funcionamento.

7.5.1 História

Antes da década de 60, o termo “psicose infantil” era aplicado a um grupo heterogêneo que incluía uma variedade de transtornos invasivos do desenvolvimento sem alucinações e delírios. Nos anos 60 e 70, observou-se que as crianças que, precocemente, apresentavam evidências de uma profunda perturbação psicótica tendiam a ser mentalmente retardadas, tinham severos comprometimentos de comunicação e linguagem, eram socialmente disfuncionais e não possuíam uma história familiar de esquizofrenia. Contudo, as crianças cujas psicoses emergiam após os cinco anos manifestavam alucinações auditivas, delírios, afetos inadequados, distúrbios do pensamento e inteligência normal, e, com frequência, tinham uma história familiar de esquizofrenia. Além disso, havia uma confusão diagnóstica, dado que muitas crianças eram consideradas esquizofrênicas, ao passo que apresentavam outros transtornos, como o antigo transtorno autista, por exemplo.

Embora a maioria das crianças autistas apresente comprometimento em todas as áreas do funcionamento adaptativo desde muito cedo, o início da esquizofrenia, geralmente, ocorre na adolescência (antes dos 13 anos) ou na idade adulta jovem (antes dos 17 anos). Na terceira edição revisada do DSM (DSM-III-R), a esquizofrenia podia ser diagnosticada em crianças autistas apenas se alucinações ou delírios se desenvolviam e a tornavam um aspecto clínico proeminente. De acordo não só com a quinta edição do DSM (DSM-V) mas também com a CID-11, a esquizofrenia pode ser diagnosticada na presença de um transtorno autista.

7.5.2 Epidemiologia

A esquizofrenia em crianças pré-púberes é excepcionalmente rara, pois menos de 5% dos pacientes esquizofrênicos tiveram início precoce (HOFFMANN; ZILLER; SPENGLER, 2018), e estima-se que ocorra menos frequentemente que o transtorno autista. Em adolescentes, a prevalência da esquizofrenia está estimada como sendo 50 vezes maior do que em crianças mais jovens, com taxas prováveis de 1 a 2 por 1.000. Os meninos parecem exibir uma leve preponderância entre as crianças esquizofrênicas, com uma razão presumida de cerca de 1,67 meninos para 1 menina. Os meninos, frequentemente, tornam-se sintomáticos em uma idade mais precoce que as meninas. A esquizofrenia raramente é diagnosticada em crianças com menos de 5 anos de idade, sendo, em geral, diagnosticada em adolescentes com mais de 15 anos. Os sintomas, em geral, têm início insidioso, e os critérios diagnósticos são satisfeitos, gradualmente, ao longo do tempo. Às vezes, o início da esquizofrenia é súbito e ocorre em uma criança com bom funcionamento anterior (KAPLAN; SADOCK, 2017).

A prevalência da esquizofrenia entre os pais de filhos esquizofrênicos é de cerca de 8%, o que está próximo do dobro da prevalência nos pais de pacientes esquizofrênicos com início na idade adulta (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.5.3 Etiologia

Estudos genéticos e familiares oferecem evidências de uma contribuição biológica ao desenvolvimento da esquizofrenia, mas nenhum marcador específico foi identificado, e os mecanismos precisos de transmissão do transtorno não são compreendidos. A esquizofrenia prevalece mais significativamente entre os parentes em primeiro grau de indivíduos com es-

qu Coastrografia do que na população em geral. Evidências genéticas adicionais são apoiadas pelas taxas mais altas de concordância para a esquizofrenia em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos. O padrão de transmissão genética da esquizofrenia permanece desconhecido, porém é vista maior carga genética nos parentes dos indivíduos com esquizofrenia com início na infância do que nos parentes daqueles com esquizofrenia com início na idade adulta (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Ao nível cerebral, estudos mostram que áreas cerebrais importantes se mostram alterados. Por exemplo, aqueles que tiveram esquizofrenia com início precoce apresentaram reduções no tamanho e nas cavidades (ventrículos) cerebrais. Além disso, crianças, durante suas adolescências, manifestaram uma pequena diminuição na substância cinzenta das regiões frontal e parietal (HOFFMANN; ZILLER; SPENGLER, 2018).

7.5.4 Diagnóstico e características clínicas

Todos os sintomas incluídos na esquizofrenia de início na idade adulta podem ser manifestados por crianças com o transtorno. Normalmente, divide-se em duas categorias sintomáticas: as positivas, como alucinações, delírios e pensamentos perturbados; e as negativas, como anedonia (isto é, a perda da capacidade de sentir prazer), comunicação verbal reduzida e pouca motivação (HANY; REHMAN; AZHAR, 2020).

O início é, frequentemente, insidioso; após exibir, pela primeira vez, um afeto inadequado ou comportamento incomum, uma criança pode levar meses ou anos para reunir todos os critérios de diagnóstico para esquizofrenia. As crianças que, por fim, satisfazem os critérios, com frequência, são socialmente rejeitadas e têm habilidades sociais limitadas; Podem, ainda, ter histórias de atraso nos marcos motores e verbais, e apresentam baixo rendimento escolar, apesar de uma inteligência normal. Embora as crianças

esquizofrênicas e as crianças autistas possam se assemelhar em suas histórias iniciais, as esquizofrênicas têm inteligência normal e não correspondem aos critérios de um transtorno do desenvolvimento.

As crianças com esquizofrenia, geralmente, manifestam alucinações auditivas, podendo ouvir várias vozes, com comentários de suas ações ou alucinações de comando ordenando-lhes que matem a si próprias ou a outrem. As vozes podem ser de natureza bizarra, identificadas como “um computador em minha cabeça”, “marcianos”, ou de uma pessoa conhecida, como a de um parente. As alucinações visuais são experimentadas por um número significativo de crianças com esquizofrenia e, frequentemente, são assustadoras (e.g., demônio, caveiras, caras amedrontadoras ou criaturas espaciais). Em crianças traumatizadas que não avançam para um transtorno psicótico, alucinações visuais fóbicas transitórias também ocorrem.

As crianças esquizofrênicas podem apresentar:

- Delírios (e.g., perseguição, grandiosidade e religiosidade), cuja frequência aumenta com a idade;
- Afeto inadequado (e.g., risadas inadequadas ou choros sem causas autopercebidas);
- Pensamentos perturbados (e.g., afrouxamento de associações e bloqueio de pensamentos);
- Funcionamento motor alterado;
- Comprometimento na acuidade visual e espacial e na capacidade de atenção.

Para o diagnóstico de esquizofrenia, que serve tanto para crianças e adolescentes quanto para adultos, a CID-11 preconiza que tenha, com duração de um mês ou mais, a presença de, ao menos, dois sintomas (tendo um como central), entre delírios, alucinações, experiências de influência, passividade, controle e pensamento desorganizado. O diagnóstico pode, ainda, ser qualificado quanto à recorrência (e.g., casos múltiplos), aos sintomas

(e.g., sintomas positivos, negativos, depressivos, cognitivos, entre outros), ou classificado em leve, moderado ou grave (STEIN *et al.*, 2020).

7.5.5 Diagnóstico diferencial

As crianças com transtorno da personalidade esquizotípica e as crianças com esquizofrenia apresentam muitas semelhanças. Afeto embotado, isolamento social, pensamentos excêntricos, ideias de referência e comportamento bizarro podem ser vistos em ambos os transtornos; entretanto, na esquizofrenia, sintomas psicóticos manifestos (e.g., alucinações, delírios e incoerência) devem estar presentes em algum ponto, e, quando presentes, excluem um diagnóstico de transtorno da personalidade esquizotípica.

Os fenômenos psicóticos são comuns em crianças com transtorno depressivo maior, no qual podem ocorrer alucinações e, menos frequentemente, delírios. A congruência do humor com os aspectos psicóticos é mais pronunciada em crianças deprimidas, embora as crianças esquizofrênicas possam, também, parecer tristes.

Alguns transtornos do desenvolvimento, incluindo transtorno autista com inteligência normal, podem compartilhar alguns aspectos da esquizofrenia. Contudo, alucinações, delírios e transtorno da forma do pensamento são aspectos fundamentais da esquizofrenia e não estão presentes em transtornos invasivos do desenvolvimento.

7.5.6 Curso e prognóstico

Previsores importantes do curso e do resultado da esquizofrenia com início na infância incluem o nível de funcionamento da criança antes do início da esquizofrenia, idade em que iniciou, grau de funcionamento da criança conquistado após o primeiro episódio e grau de apoio de que dispõe a família.

Em um estudo de resultado a longo prazo de pacientes esquizofrênicos com início antes dos 14 anos, os piores prognósticos ocorriam em crianças cuja esquizofrenia era diagnosticada antes dos 10 anos de idade e que apresentavam transtornos de personalidade preexistentes. Em geral, a esquizofrenia com início na infância parece ser menos sensível aos medicamentos do que a esquizofrenia de início na idade adulta ou na adolescência, acarretando pior prognóstico. Os sintomas positivos, isto é, alucinações e delírios, tendem a ser mais sensíveis aos medicamentos do que os sintomas negativos, como o retraimento (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.5.7 Tratamento

O tratamento da esquizofrenia com início na infância inclui um enfoque multimodal. Os medicamentos antipsicóticos são indicados e podem ser eficazes, apesar de muitos pacientes apresentarem pouca ou nenhuma resposta. Além disso, a educação da família e encontros familiares contínuos e apoiadores são necessários para maximizar o nível de apoio que a família pode dar ao paciente. O contexto educacional apropriado para a criança também é importante, já que déficits nas habilidades sociais, déficits de atenção e dificuldades acadêmicas, frequentemente, acompanham a esquizofrenia infantil. A psicoterapia com crianças esquizofrênicas deve levar em consideração o nível de desenvolvimento da criança, apoiar continuamente sua percepção da realidade e incluir uma sensibilidade ao sentimento de *self* da criança (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.6 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Manifestada antes dos 18 anos, a deficiência intelectual é uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, especialmente caracterizada pelo comprometimento de habilidades intelectuais e comportamentais manifestadas durante o período de desenvolvimento. Esse déficit pode ocorrer com ou sem qualquer outro transtorno mental ou físico, como, por exemplo, na presença de depressão, TEA, paralisia cerebral (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020), síndromes de Down e do X frágil, entre outros (KAPLAN; SADOCK, 2017). Entretanto, os indivíduos com limitações do intelecto podem apresentar uma série completa de transtornos mentais, e sua prevalência é, ao menos, de três a quatro vezes maior nessa população do que na população em geral.

Vale mencionar que indivíduos mentalmente retardados têm maior risco de ser explorados e sofrer abuso físico/sexual. Acrescenta-se, ainda, que, caso a criança possua retardo intelectual leve, com comprometimento comportamental adaptativo, e esteja em ambientes sociais protegidos, esse acometimento pode não ser óbvio, pois o local lhe oferece um suporte estável (KAPLAN; SADOCK, 2017).

A inteligência não é uma característica unitária, já que possui uma série de capacidades, como raciocínio lógico, inteligência para resoluções de problemas práticos e capacidade de aprender (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; PATEL *et al.*, 2020). Por isso, é avaliada com base em um grande número de diferentes habilidades mais ou menos específicas. Ainda que a tendência geral seja de que todas essas habilidades se desenvolvam até um nível similar em cada indivíduo, pode haver grandes discrepâncias, especialmente em pessoas que são mentalmente retardadas. Tais pessoas podem exibir comprometimentos graves em uma área específica (a linguagem, por exemplo) ou podem ter uma área particular de maior habilidade (em tarefas

visuoespaciais simples, por exemplo) contra um fundo de retardo mental grave. Isso apresenta problemas quando da determinação da categoria diagnóstica na qual uma pessoa retardada deve ser classificada. A avaliação do nível intelectual deve ser baseada em todas as informações disponíveis, incluindo achados clínicos, comportamento adaptativo (avaliação em relação ao meio cultural do indivíduo) e desempenho em testes psicométricos.

Para um diagnóstico definitivo, deve haver um nível reduzido de funcionamento intelectual, resultando em capacidade diminuída para se adaptar às demandas diárias do ambiente social normal, como responsabilidade social, autoestima, culpabilidade, dificuldade de análise e de seguir regras compartilhadas socialmente (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; PATEL *et al.*, 2020). Transtornos mentais ou físicos associados têm uma grande influência no quadro clínico e no uso de quaisquer habilidades. A categoria diagnóstica escolhida deve, portanto, ser baseada em avaliações globais de capacidade, e não em qualquer área isolada de comprometimento ou habilidade específica.

Com o propósito de fazer a avaliação do funcionamento intelectual, utiliza-se o quociente de inteligência (QI), cuja média é de 100 pontos, com desvio padrão de 15, sendo igual ou abaixo de 70 um indicativo de capacidade intelectual limitada (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020). Vale lembrar que tal pontuação funciona como um guia e não deve ser aplicada rigidamente, em vista dos problemas de validação transcultural (KAPLAN; SADOCK, 2017).

O QI deve ser determinado a partir de testes de inteligência padronizados, administrados individualmente, levando em consideração as normas culturais locais, o nível de funcionamento do indivíduo e as condições adicionais específicas de prejuízo (e.g., problemas de linguagem expressiva, comprometimento auditivo e envolvimento físico). Escalas de maturidade e adaptação sociais, outra vez localmente padronizadas, devem ser comple-

tadas, se possível, por meio de entrevistas com um dos pais ou cuidador, que esteja familiarizado com as habilidades cotidianas do indivíduo. Sem o uso de procedimentos padronizados, o diagnóstico deve ser considerado somente como uma estimativa provisória.

Ademais, importa frisar que a CID-10 denominava tal deficiência de retardo mental; contudo, na CID-11, passou-se a referenciá-la como transtorno do desenvolvimento intelectual (TASSÉ *et al.*, 2020).

7.6.1 Epidemiologia

Estudos demonstram que a prevalência mundial desse acometimento intelectual é de 1%, podendo chegar a 3%, a depender do país (PATEL *et al.*, 2020), sendo, ainda assim, um valor subestimado, já que o acesso a instrumentos padronizados varia entre as nações e regiões (TASSÉ *et al.*, 2019). Além disso, homens são mais afetados, sendo a proporção quase o dobro em relação às mulheres (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; PATEL *et al.*, 2020). Reportou-se, também, que a incidência de atraso intelectual é maior entre crianças de 10 a 14 anos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.6.2 Etiologia

Sabe-se que são numerosas as causas que engendram a deficiência intelectual, e muitas delas ainda permanecem não esclarecidas. No entanto, pesquisas mostraram que há forte relação entre fatores genéticos, como, por exemplo, mutação de genes (síndrome do X frágil), alterações no número de cópias cromossômicas (síndrome de Down) e neurodesenvolvimento anormal (síndrome de Rett). O ambiente também influencia, como o contato com substâncias tóxicas (álcool, cocaína, opioides e medicamentos teratogênicos) e/ou agentes infecciosos (vírus da rubéola e do HIV) durante a gravidez e complicações no nascimento (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.6.3 Classificação

Enfatiza-se que, conforme os atuais sistemas de classificação, para realizar o diagnóstico de deficiência intelectual, é preciso que sejam identificados prejuízos não só na parte cognitiva, mas também na parte adaptativa social. Uma vez realizado, o aspecto nosológico precisa ser qualificado de acordo com o quanto o funcionamento adaptativo é afetado (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017)

Para avaliação intelectual, usa-se, também, o QI. Conforme o DSM-V, toma-se como média a pontuação 70 e, à medida que diminui, traçam-se os graus de acometimento, a saber, de 70 a 50: médio; de 50 a 35: moderado; de 35 a 20: severo; e menor do que 20: profundo (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017). Ademais, os portadores de deficiência visual, auditiva ou mental podem ser diagnosticados como deficientes intelectuais não específicos, por terem limitação quanto à resolução eficaz do teste (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020).

Todavia, como mencionado anteriormente, esse *score* não é suficiente para o diagnóstico, já que alto QI pode estar presente em quem possui alta dificuldade de comportamento social. Por isso, é importante a avaliação do comportamento adaptativo, isto é, dos aspectos inerentes ao domínio social e prático, como as destrezas no que se refere à comunicação, à atuação social e à independência. Para tanto, há diversas escalas que o avaliam (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; MECCA *et al.*, 2020; PATEL *et al.*, 2020)

Conforme mencionado previamente, falta uma padronização nas escalas de avaliação para uso amplo. Devido a isso, a OMS enfatiza que é essencial uma maior atenção aos modelos comportamentais que servem de base para estimar a gravidade dos transtornos envolvendo tal deficiência (TASSÉ *et al.*, 2020). Nesse sentido, de modo geral, tanto a CID-11 (com

seus indicadores comportamentais) quanto as avaliações procuram analisar domínios no que diz respeito ao desempenho escolar (e.g., memória, linguagem, leitura, escrita, lógica, resolução de problemas e capacidade de julgamento), à relação social (e.g., compreensão de pensamentos, sentimentos e experiências de outrem, atitude empática e comunicabilidade interpessoal) e à capacidade de autocuidado, autocontrole, administração de afazeres escolares e profissionais (MECCA *et al.*, 2020; PATEL *et al.*, 2020). Essa convergência não é gratuita, afinal, uma das propostas da CID-11 é ultrapassar as dificuldades na prática clínica, como essa, que é figurada na falta de instrumentos padronizados (TASSÉ *et al.*, 2020).

Hoje, a diferença entre os grupos desviantes e os normais são distinções de grau, e não de qualidade. Os processos de percepção, conceituação, ideação e aprendizagem de todas as pessoas, sejam normais, sejam desviantes, são, fundamentalmente, iguais. Todos aprendem, retêm, recordam, percebem, pensam e fazem ajustamentos pessoais e sociais de acordo com os mesmos princípios e padrões genéricos, porém alguns fazem de diferentes modos, classificados como mais adequados ou não (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.6.4 Diagnóstico diferencial

Inicialmente, rememora-se que o retardo intelectual deve começar antes dos 18 anos. Não obstante, tal acometimento pode se confundir com outros, como abuso físico infantil (que, em alguns casos, em diferentes graus, podem ser reversíveis, passando por mudanças de ambiente), comorbidades (e.g., paralisia cerebral e TEA), deficiências isoladas (e.g., incapacidade de ler, escrever e comunicar, visto que podem se manifestar em crianças com inteligência normal) (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.6.5 Curso e prognóstico

Na maioria dos casos desse descompasso de inteligência e adaptabilidade social, o comprometimento intelectual básico não melhora, mas o nível de adaptação do indivíduo afetado pode ser influenciado positivamente por um ambiente enriquecido e de suporte. Quando há transtornos mentais bem definidos sobrepostos ao retardo mental, os tratamentos habituais para os transtornos mentais comórbidos, frequentemente, são benéficos.

Dentro dos contextos educacionais, todos os indivíduos mentalmente limitados devem estar incluídos num programa amplo, que aborde o treinamento de aptidões adaptativas, de habilidades sociais e ocupacional, visando sempre a uma melhoria da qualidade de vida dentro de uma perspectiva da totalidade humana (bio, psico, sócio e cultural), real e concreta.

7.6.6 Tratamento

O déficit intelectual está associado a vários grupos heterogêneos de transtornos e a uma multiplicidade de fatores psicossociais. O melhor tratamento do retardo mental é o modelo da medicina preventiva de prevenção primária, secundária e terciária (KAPLAN; SADOCK, 2017). Entende-se por prevenção primária aquela em que a doença ainda não aconteceu (como um pré-natal bem feito); já a secundária ocorre quando o problema já está instalado e será tratado em nível ambulatorial; finalmente, tem-se a terciária quando o problema é tratado em alguma instituição, objetivando a readaptação e a reinserção social do paciente.

7.7 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é caracterizado pelo fraco alcance e manutenção da atenção e por aspectos de (OK) hiperatividade e impulsividade, sendo, em ambos os casos, inapropriados à idade (KAPLAN; SADOCK, 2017). É reconhecido que se trata de um transtorno de alta complexidade, com continuação na idade adulta; além disso, implica, de modo negativo, áreas sociais, pessoais, acadêmicas e ocupacionais (CABRAL; LIU; SOARES, 2020).

7.7.1 Epidemiologia

Segundo levantamentos, estima-se que a prevalência para o TDAH seja de, aproximadamente, 7,5% (CABRAL; LIU; SOARES, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017). Demonstrou-se, também, que houve um aumento dos dados ao longo das últimas décadas, sendo, nos Estados Unidos, cerca de 6 milhões de crianças (2 aos 17 anos) com tal diagnóstico (CABRAL; LIU; SOARES, 2020). Existe uma maior incidência em meninos do que em meninas, e essas últimas são mais propensas à desatenção, ao passo que os meninos, à hiperatividade /impulsividade. No que concerne à proporção, parece não haver consenso, mas sempre há maior proporção para o masculino (CABRAL; LIU; SOARES, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.7.2 Etiologia

Pesquisas descobriram que o TDAH possui hereditariedade de mais de 70%. Compararam-se e estudaram-se os dados genéticos de gêmeos, famílias adotivas, transportadores de neurotransmissores e neuroimagens, e percebeu-se que há relações complexas entre tais estruturas. A maioria das

crianças com TDAH não mostra evidências de amplas lesões estruturais ou de doença no sistema nervoso central (SNC). Por outro lado, a maior parte das crianças com distúrbios neurológicos conhecidos causados por lesões cerebrais não exibe déficits de atenção ou hiperatividade. Os fatores contribuintes sugeridos para o TDAH incluem exposições tóxicas pré-natais, prematuridade e agressão mecânica pré-natal ao sistema nervoso central do feto.

7.7.2.1 Fatores genéticos

As evidências de uma base genética para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade incluem a maior concordância em gêmeos mono-zigóticos do que em gêmeos dizigóticos. Além disso, os irmãos de crianças hiperativas têm, aproximadamente, o dobro do risco de terem o transtorno do que a população em geral. Um irmão pode ter sintomas predominantemente hiperativos e os outros podem ter, majoritariamente, sintomas de desatenção.

7.7.2.2 Fatores psicossociais

As crianças institucionalizadas, frequentemente, mostram-se muito ativas e têm fraca atenção. Esses sinais resultam da privação emocional prolongada, desaparecendo quando os fatores de privação são removidos (e.g., em casos de adoção ou mudança de lares). Eventos psíquicos estressantes, perturbação no equilíbrio familiar e outros fatores indutores de ansiedade contribuem para a iniciação ou perpetuação do TDAH.

7.7.3 Diagnóstico

A fim de satisfazer os critérios diagnósticos, o transtorno deve estar presente por, no mínimo, seis meses, com comprometimento funcional no aspecto escolar ou social e com início antes dos 12 anos. De acordo com o DSM-V, ao contrário do que aponta a edição antiga, o diagnóstico é feito pela confirmação de numerosos sintomas no âmbito da desatenção e da hiperatividade/impulsividade, dando relevo ao fato de que não mais se divide em dois subgrupos, isto é, em déficit de atenção e em hiperatividade/impulsividade. Assim, percebe-se que os dois são tomados juntos, mas com especificadores que destacam se os dois aparecem na mesma medida ou se um sobressai mais do que o outro (KAPLAN; SADOCK, 2017).

O primeiro sinal de hiperatividade deve alertar para a possibilidade de TDAH. Por conta disso, uma história pré-natal detalhada dos padrões de desenvolvimento da criança e a observação direta é fundamental, tendo em vista que podem revelar excessiva atividade motora. A hiperatividade pode ser observada em algumas situações (e.g., na escola) e é possível que seja menos evidente em situações estruturadas do que em situações não estruturadas. Todavia, ela não deve ser uma manifestação comportamental isolada, breve e passageira sob estresse, mas estar presente por um longo período (seis meses, pelo menos). Segundo o DSM-V, os sintomas devem aparecer em dois contextos (por exemplo, na escola e em casa), para corresponder aos critérios do diagnóstico de TDAH (KAPLAN; SADOCK, 2017).

No âmbito da dificuldade de atenção, frequentemente, apresentam dificuldades em prestar e/ou se manter atentos a detalhes; não cometer erros descuidados em atividades escolares, de trabalho ou outras atividades; escutar quem lhe comunica; seguir regras de jogos e brincadeira; organizar tarefas e atividades; e não perder objetos (e.g., materiais escolares) (POSNER; POLANCZYK; SONUGA-BARKE, 2020).

Quanto à hiperatividade/impulsividade, recorrentemente, manifestam prejuízos em se lembrar de atividades diárias; manter as mãos, os pés e a cadeira em que se encontram de modo estático; engajarem-se em atividades calmas, respeitar o tempo correto na hora da fala (e.g., em momentos de perguntas) e saber o momento de entrar ou não em uma conversa ou em um jogo (POSNER; POLANCZYK; SONUGA-BARKE, 2020).

Ainda que a CID-11 indique os aspectos primordiais desse transtorno tal qual o DSM em sua quinta edição, ela não especifica a idade em que se inicia (podendo ocorrer manifestação dos sintomas até os 12 anos ou no início da infância) nem sua duração ou número de sintomas (POSNER; POLANCZYK; SONUGA-BARKE, 2020).

7.7.4 Diagnóstico diferencial

Diferenciar o TDAH de outros transtornos é fundamental, visto que sintomas podem se sobrepor. Nesse contexto, lembra-se que a depressão e a ansiedade podem ser diagnosticadas equivocadamente nesses pacientes, dado que é possível ocorrer a confusão de sintomas comuns, como falta de concentração, capacidade aumentada de se distrair e baixa autoestima (MAGNUS *et al.*, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017). Deficiências de aprendizado, como de leitura e de escrita, podem ocorrer concomitantemente ao TDAH, uma vez que são acometimentos que podem estar presentes em um indivíduo mesmo que ele não apresente déficit de atenção (KAPLAN; SADOCK, 2017).

7.7.5 Curso e prognóstico

O TDAH tem um curso bastante variável. A depender da idade, os sintomas podem persistir na adolescência e na vida adulta, acarretando pre-

juízos nas relações sociais e no âmbito acadêmico. Estudos mostram que metade dos pacientes apresenta boa evolução do transtorno na idade adulta. A remissão pode ser seguida de uma adolescência e uma vida adulta produtivas, relacionamentos interpessoais gratificantes e poucas sequelas significativas. Em cerca de 15 a 20% dos casos, os sintomas de TDAH persistem na vida adulta, e 25% manifestam, também, distúrbios antissociais (MAGNUS *et al.*, 2020; KAPLAN; SADOCK, 2017). Caso não sejam tratados, há aumento nas chances de abuso de substâncias, de incapacidades ocupacionais e de acidentes de trânsito (MAGNUS *et al.*, 2020).

7.7.6 Tratamento

A farmacoterapia é uma das formas por meio da qual o tratamento pode ser realizado. Os agentes farmacológicos para o TDAH são os estimulantes do SNC, como os derivados anfetamínicos (e.g., Ritalina e Venvanse), mas o uso isolado de medicamentos, poucas vezes, satisfaz as necessidades terapêuticas das crianças com TDAH, sendo preciso, portanto, de maneira geral, um regime multimodal de tratamento. Psicoterapia individual, modificação do comportamento, aconselhamento parental e tratamento de qualquer distúrbio específico do desenvolvimento podem ser necessários (KAPLAN; SADOCK, 2017).

A abordagem interativa dos profissionais de saúde com a escola é imprescindível. Porém, os educadores não devem interferir nas funções do médico, do mesmo modo que este não deve intervir na área daqueles, haja vista ser comum encontrar professores que pedem aos pais que façam um eletroencefalograma da criança hiperativa, quando, na realidade, esse exame nem mesmo é indicado para tal suspeita diagnóstica.

| CAPÍTULO VIII |

**USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS
E ADOLESCENTES E SUAS PECULIARIDADES**

Que o corpo de uma criança e de um adolescente é visivelmente diferente do corpo dos adultos e idosos é algo inegável. Tal singularidade impacta na maneira como o organismo assimila e responde aos medicamentos. Por isso, é necessário se ter uma visão ampla dessa conjuntura específica.

8.1 NOÇÕES ELEMENTARES DE FARMACOLOGIA

Denomina-se psicotrópico o fármaco utilizado para tratamentos psiquiátricos, modificando e alterando os mecanismos psicológicos (VALE, 2019), e comumente, são descritos por sua característica clínica primordial (i.e., antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, estimuladores cognitivos e hipnóticos). Também podem ser identificados quanto à estrutura (e.g., tricíclicos e tetracíclicos), ao mecanismo (e.g., inibidor de enzimas), à ordem cronológica de lançamento do tipo comercializado (e.g., primeira e segunda geração), entre outros (KAPLAN; SADOCK, 2017).

A depender das interações bioquímicas, genéticas, ambientais e orgânicas, a forma de agir varia no corpo humano e, conseqüentemente, as respostas também. Na medida em que as estruturas moleculares das substâncias determinam o tipo de influência fisiológica, múltiplos efeitos podem ser causados. Logo, é fundamental saber que as drogas, ao entrar no corpo humano (seja por via oral, seja por via parenteral, para exemplificar), percorrem caminhos diferentes, passam por biotransformações e são modificadas pelo organismo para sua assimilação e/ou excreção. Tal panorama

é designado como farmacocinética, isto é, a maneira pela qual o corpo manipula o fármaco, determinando, desde a sua ingestão, as concentrações plasmáticas, a duração e a magnitude de seus efeitos. Chegando até seus alvos, tais drogas irão agir química e eletricamente, de modo a interferir na fisiologia, por exemplo, de neurotransmissores (e.g., dopamina, serotonina, acetilcolina, norepinefrina e histamina), de enzimas (e.g., inositol-1fosfatase e mono-amino-oxidase) e de outras estruturas. Essas repercussões orgânicas se configuram como farmacodinâmica, ou seja, os efeitos das drogas no corpo humano (LORBERG *et al.*, 2019; KAPLAN; SADOCK, 2017).

Embora tais medicamentos sejam lançados ou projetados para ter o máximo de especificidade possível, há efeitos colaterais. Nesse sentido, para uma melhor prática clínica e adesão do paciente ao tratamento, é fundamental não apenas saber quais são as reações adversas mais frequentes de cada fármaco, mas também ter em mente que cada pessoa pode responder de maneira singular ao tratamento medicamentoso.

A título de exemplificação de tais respostas indesejadas, é possível mencionar náuseas e perda de peso (em decorrência de inibidores seletivos da recaptção de serotonina), alterações no apetite (como nos casos de utilização de medicamentos derivados de anfetamina, como o metilfenidato, que são utilizados para déficit de atenção) (KAPLAN; SADOCK, 2017; VALE, 2019), discinesia, complicações renais, hepáticas, cardíacas, entre outras. Também não se pode esquecer que, em muitos casos, as respostas indesejadas ocorrem devido à interrupção do tratamento (e.g., em situações de abstinência) ou, ainda, quando o paciente se torna resistente ao medicamento (e.g., tolerância à droga) (LORBERG *et al.*, 2019; KAPLAN; SADOCK, 2017).

Ao atuar no corpo humano, atenuando e controlando o funcionamento das células e, por conseguinte, dos tecidos e sistemas, os psicofármacos são utilizados para transtornos mentais e comportamentais. Contudo como não curam a enfermidade (na maioria dos casos), o uso de tais agentes

químicos se dá de forma contínua e prolongada. Em razão disso, diversas discussões são suscitadas, sobretudo quando se trata de pedopsiquiatria, tendo em vista que, em curto prazo, já se reconhecem efeitos da administração, levando a crer que, em longo prazo, também existam outros (PANDE; AMARANTE, 2017; VALE, 2019).

Apesar de as pesquisas tentarem prever as diversas combinações de variáveis entre os indivíduos demográfica e clinicamente, as populações, como a de crianças e adolescentes, respondem de modo singular às intervenções psicotrópicas. Isso decorre do fato de possuírem características anatomo-biológicas diferentes que influenciam os resultados clínicos psiquiátricos (KAPLAN; SADOCK, 2017). Antes de tudo, é reconhecido que, na maioria dos casos da psiquiatria pediátrica, antes de se partir para a intervenção medicamentosa, é necessário um correto diagnóstico, bem como a utilização de psicoterapia comportamental (LORBERG *et al.*, 2019). Todavia, na prática clínica diária, nem sempre isso acontece, pois, muitas vezes, há a necessidade da introdução de psicotrópicos, paralelamente ou antes da psicoterapia, seja ela comportamental, seja outra técnica.

8.2 PECULIARIDADES FARMACOLÓGICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A farmacologia em crianças e adolescentes traz algumas características singulares, as quais serão discutidas a seguir.

8.2.1 Enzimas hepáticas

Quando os fármacos são metabolizados, fazem-se necessárias enzimas, como as hepáticas (especificamente, as do tipo citocromo 450, como CYP3A4 e CYP2D6), cujas atividades são maiores nas crianças e adolescen-

tes. Com isso, níveis plasmáticos de medicamentos (e.g., Sertralina, Alprazolam e Aripiprazol) ficam menores, necessitando-se, por isso, de maiores doses. Por outro lado, caso se utilize medicamentos que os inibam (e.g., Fluvoxamina), a concentração sanguínea das substâncias será maior, o que pode ser tóxico ao paciente (LORBERG *et al.*, 2019; VALE, 2019).

8.2.2 Farmacogenética

Essas enzimas, que são essenciais e determinantes nos efeitos terapêuticos ou tóxicos no organismo, podem sofrer influências genéticas. Estudos no âmbito da genômica investigaram a influência que a expressão gênica pode ocasionar na síntese das enzimas mais importantes, como as enzimas CYP3A4 e CYP2D6, tratando-se da pedopsiquiatria. Consequentemente, indivíduos com polimorfismos genéticos desse tipo podem não responder satisfatoriamente ao tratamento (LORBERG *et al.*, 2019; VALE, 2019).

8.2.3 Metabolismo e meia-vida

Por conta desses e outros detalhes específicos de cada idade, indivíduos podem metabolizar os fármacos rápida ou lentamente. Assim, em relação a outros pacientes, aqueles que metabolizam rapidamente os fármacos necessitam de doses mais altas. Em contrapartida, nos mais lentos, tais substâncias podem atingir maiores níveis séricos e por tempo mais prolongado, acarretando quadros tóxicos, mesmo em administração de baixas dosagens (KAPLAN; SADOCK, 2017; VALE, 2019). A título de ilustração, o Pemoline é um medicamento, cuja meia vida nas crianças é menor do que nos adultos (PONDÉ, 2020), necessitando-se, a depender do caso, de maior dosagem ou menores intervalos de administração da droga. Para se ter uma noção da diferença metabólica entre aqueles que são mais rápidos, a meia-vida da Atomoxetina é de quase 5 horas, ao passo que, nos mais lentos, é de 22 horas (VALE, 2019).

8.2.4 Composição corporal

Em menores idades, o corpo humano tende a ser mais hidratado, a ter menos gordura e albumina (proteína fundamental para o transporte de diversas substâncias, sejam elas endógenas, sejam exógenas), além de possuir, também relativamente, um parênquima renal e hepático maior. Todas essas características implicam maior distribuição dos fármacos, quando se compara aos adultos (LORBERG *et al.*, 2019)

8.2.5 Dosagens

Como são muitas as variáveis que envolvem diferentes contrações plasmáticas de psicotrópicos, espera-se que a dosagem eficaz seja alcançada a partir de tentativa e erro até mitigar os efeitos indesejados. Mesmo orientando que as crianças precisariam de doses menos elevadas do que os adultos, seu elevado metabolismo, às vezes, pode demandar uma maior quantidade, proporcional ao peso corporal, bem como maior frequência, por meio do encurtamento dos períodos entre as administrações. Ainda assim, é conveniente e mais seguro iniciar com menores dosagens e elevá-las até que os resultados objetivados sejam atingidos (KAPLAN; SADOCK, 2017; LORBERG *et al.*, 2019; VALE, 2019).

8.2.6 Apresentações

Crianças são sensíveis quanto à apresentação dos medicamentos, ou seja, o sabor, o cheiro, se é comprimido ou líquido, entre outros; caso sejam desagradáveis, terão menor aceitabilidade por parte da criança.

8.2.7 Cuidados

Deve-se ficar atento aos cuidados com os frascos para não os deixar ao alcance das crianças, bem como com seus lacres, que precisam estar devidamente fechados, a fim de evitar, por exemplo, a ingestão acidental (PELEGRINO, 2020).

8.3 ALGUMAS DISCUSSÕES

Inicialmente, enfatiza-se que estudos acerca da eficiência e da segurança de psicotrópicos a longo prazo são escassos para crianças, comparando-se com os adultos. Acredita-se que, mercadologicamente, para a indústria farmacêutica, não é interessante financiar tais tipos de pesquisa, dado que são maiores os lucros quando se voltam para a população adulta. Assim, é imprescindível não só ter um olhar atento quanto ao diagnóstico correto e às respostas medicamentosas das primeiras semanas (após iniciada), mas também utilizar as experiências clínicas e empíricas a fim de fornecer um melhor tratamento (KAPLAN; SADOCK, 2017; LORBERG *et al.*, 2019; VALE, 2019).

Questionamentos são levantados no tocante à medicalização desses pacientes infantis, já que toda substância exógena, isto é, que não é naturalmente produzida pelo próprio corpo, quando usada, possui potencial para alterar as funções nervosas de forma passageira ou definitiva (KAPLAN; SADOCK, 2017; PANDE; AMARANTE, 2017). Outrossim, há de se estranhar a evidente escalada nas taxas de diagnósticos de pessoas com transtornos mentais, embora se tenha evoluído tanto na fabricação e nas descobertas de inúmeros psicotrópicos (PANDE; AMARANTE, 2017).

De acordo com estudos, documentou-se o aumento da ideação e do comportamento suicida entre crianças e adolescentes que receberam intervenção medicamentosa com antidepressivos. Tal fato, no entanto, não é observado quando se compara com populações de adultos e idosos (LOR-

BERG *et al.*, 2019; VALE, 2019). Porém, trazer à luz tais tipos de críticas, por meio de estudos, é um campo perigoso, haja vista a forte influência que a indústria farmacêutica possui em muitos ramos das pesquisas da medicina. Há relatos de pesquisadores que foram excluídos de universidades por trazerem foco a discussões dessa natureza (PANDE; AMARANTE, 2017).

Acrescenta-se, ainda, que tanto o tratamento medicamentoso como a psicoterapia não são tão eficazes quando utilizados isoladamente. Psiquiatras defendem que a combinação entre essas duas modalidades é de suma importância para a melhora clínica. Ainda assim, salienta-se que é necessário trabalhar de maneira simbiótica, ou seja, deve haver comunicação entre os profissionais para que atuem coordenadamente, visando à melhora global dos pacientes da menoridade (KAPLAN; SADOCK, 2017; LORBERG *et al.*, 2019; VALE, 2019).

| CAPÍTULO IX |

**EXAMES COMPLEMENTARES PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Para um correto diagnóstico, é de suma importância ter em mãos exames que auxiliem no reconhecimento e na identificação das alterações do paciente. Com isso, permite-se um melhor tratamento, uma vez que os objetivos terapêuticos ficam mais claros quando baseados nesses achados.

9.1 ESCALAS E INVENTÁRIOS

No que tange aos inventários e às escalas, salienta-se que são fundamentais para o aumento da acurácia clínica, embora se saliente que a anamnese e os exames mentais são imprescindíveis (BAPTISTA; BORGES, 2016). Nesse sentido, há de se trazer os instrumentos avaliativos comumente utilizados.

Em se tratando da depressão, uma das escalas mais utilizadas no Brasil é a *Beck's Depression Inventory* (BDI); é uma das preferidas tanto do clínico quanto dos pesquisadores, lembrando que a versão é um autorrelato que foi adaptado para o Brasil (Inventário de Depressão de Beck I e II) (BAPTISTA; BORGES, 2016). Em linhas gerais, possui 21 itens de múltipla escolha, nos quais são atribuídas pontuações. Ao final do teste, realiza-se a soma indica, que mostrando se há indicativos de depressão (caso a pontuação seja alta) ou se não está com humor deprimido (quando a soma for baixa).

Além dessa escala, há o Inventário de Depressão Infantil (CDI), que também é um autorrelato, cujo objetivo é investigar sintomas depressivos no campo da afetividade, da cognição e do comportamento, com a atribuição das avaliações “ausência de sintoma”, “presença de sintoma” e

“sintoma grave” (ELORZA, 2020). Também se utiliza a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), que é composto por 17 questões (ou, em algumas versões, por 24) (KAPLAN; SADOCK, 2017) e cujo foco é avaliar a intensidade da depressão maior quanto à sintomatologia.

Para estimar ansiedade (como transtornos de pânico, transtornos de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo compulsivo), pode-se adotar a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-A). Ela monitora tanto os sintomas somáticos (e.g., dores musculares, zumbido de visão e formigamentos) quanto os cognitivos (e.g., dificuldade de concentração e memória) e é composta de 14 itens, podendo ser classificada de 0 (nenhum) a 4 (grave, muito incapacitante). Desse modo, sua pontuação vai de 0 a 56, sendo que quanto maior, mais ansioso é o indivíduo avaliado (KAPLAN; SADOCK, 2017).

No que se refere ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), é comum o uso das escalas de avaliação de Conners, que também podem ser utilizadas para outras psicopatologias infanto-juvenis. Esse instrumento (cujas versões trazem de 10 a 80 itens, a depender da versão) permite que pais, educadores ou adolescentes o respondam (KAPLAN; SADOCK, 2017).

As crianças autistas podem ser avaliadas clinicamente por meio da Entrevista Diagnóstica para Autismo Revisada (ADI-R), que contém 93 itens. Seu enfoque são indivíduos com mais de um ano e meio de idade, e suas questões contemplam áreas ligadas à linguagem e à comunicação, a interações sociais recíprocas, aos interesses e comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados (KAPLAN; SADOCK, 2017).

É sabido que crianças com surdez de natureza congênita ou que possuam deficiência de audição podem ser confundidas com os portadores de transtorno do espectro autista. Um dos modos de diferenciar é levar em consideração que, durante seu desenvolvimento, crianças autistas não

balbuciam, ao passo que os surdos, sim. Além disso, entre os surdos, pode haver resposta diante de um som muito alto, e eles, com frequência, procuram forma de comunicação, ainda que seja não verbalmente, ao contrário do autista, que pode não responder independentemente da altura do som, tampouco procurar meios de interação (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Outra possibilidade são as crianças hiperativas, que adotam tipos de comportamentos em virtude de não conseguirem escutar. Desse modo, é fundamental que os professores estejam atentos aos seus alunos, pois a causa pode ser por acuidade auditiva ou visual comprometida. Uma forma de avaliá-los é por meio do mapa de sala, em que os alunos têm locais pré-definidos para se sentar; porém, com o passar do tempo, ao trocarem de lugar, podem ser notados sinais como mudança comportamental, relatos ou queixas por parte dos alunos por não conseguirem ouvir ou ver com nitidez de seus lugares. Com efeito, o docente pode investigar melhor a situação e tomar as ações cabíveis (e.g., avisar a direção, orientar os pais para que levem os filhos ao médico especialista ou aos psicólogos) (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Para avaliar a acuidade visual, caso seja uma criança de até um ano de idade, podem ser realizados o teste do reflexo vermelho (em que, ao mostrar uma luz vermelha para o olho, avalia-se a simetria e a opacidade da coloração refletida), o teste de cobertura (tampando um dos olhos, mostra-se um foco de luz, e se, ao destampá-lo, o olho coberto previamente procurar o foco, pode ser sinal de estrabismo) e o teste Hirschberg (resposta de contração-relaxamento da córnea, frente a um estímulo luminoso) (PINTO, 2020). Após os três anos de idade, faz-se a triagem com tabelas de letras e números, salientando que a criança deve ser encaminhada ao oftalmologista, em caso de suspeita de comprometimento visual.

Em relação à acuidade auditiva, tanto para recém-nascidos quanto para crianças em outras fases do desenvolvimento, usa-se a triagem auditiva

neonatal (TAN), em que é introduzida, na orelha da criança (estando dormindo por, no mínimo, cinco minutos), uma sonda que emite um estímulo sonoro; em seguida, leem-se as respostas das células do órgão de Corti, por meio de um computador acoplado à sonda (SOUSA, 2020).

Outros dispositivos que mensuram a audição levam em consideração a idade, o comportamento (isto é, se a criança é cooperativa ou não) e a suspeita diagnóstica (caso apresente atrasos na linguagem, falta de concentração e aprendizagem) (PIATTO; MANIGLIA, 2001). Por exemplo, pode-se analisar os parâmetros auditivos mediante audiometria com reforço visual (com crianças acima de seis meses), audiometria por meio das brincadeiras (a partir de três anos e dois meses), emissões otoacústicas, impedanciometria e potenciais evocados auditivos de tronco encefálico, entre outros (GOUVEIA *et al.*, 2020).

9.2 EXAMES (BIOLÓGICOS, NEUROLÓGICOS, MOTORA, PSICOLÓGICA E SOCIAL)

Entre os instrumentos avaliativos disponíveis, tem-se: eletroencefalograma, eletrencefalograma quantitativa topográfica, tomografia computadorizada do crânio por emissão de fóton único, tomografia por emissão de pósitron, ressonância magnética do crânio (com ou sem contraste), exames laboratoriais das glândulas hormonais, eletroneuromiografia, polissonografia, teste de latências múltiplas do sono, raio X simples do crânio, raio X para idade óssea, tomografia computadorizada e cariótipo.

9.2.1 Eletrencefalograma (EEG)

Trata-se de um instrumento avaliativo do comportamento elétrico do encéfalo, por meio de eletrodos colocados no couro cabeludo e em ou-

tros pontos específicos (e.g., lobo da orelha). É sugerido, normalmente, em casos de alterações neurológicas repentinas. Seus resultados por si só não diagnosticam, porém, somada à história clínica, aos achados laboratoriais e aos sintomas, tal avaliação auxilia na investigação etiológica de doenças convulsivas, alterações do sono e demências (ALBUQUERQUE, 2019).

9.2.2 Eletrencefalograma quantitativa topográfica (EEGQ)

Também chamada de mapeamento cerebral, o EEGQ é uma forma de representação cerebral a partir da interpretação dos dados de EEG, juntamente com dados de outras pessoas sem alterações neurológicas ou psiquiátricas. Assim, formar-se uma imagem com locais coloridos que podem ser preditores de transtornos psiquiátricos (KAPLAN; SADOCK, 2017).

9.2.3 Tomografia computadorizada do crânio por emissão de fóton único

A tomografia computadorizada do crânio por emissão de fóton único é uma técnica especializada em identificar regiões celulares específicas (e.g., receptores e moléculas); dessa forma, consegue rastrear tecidos patológicos. Nesse sentido, recentemente, tal técnica tem sido relacionada a disfunções cerebrais, mas, no geral, é empregada para avaliar outros órgãos, como o cardíaco e hepático, por exemplo (MOURA *et al.*, 2020).

9.2.4 Tomografia por emissão de pósitron (PET)

Trata-se de um tipo de escaneamento feito empregando-se um tomógrafo que lê a emissão de pósitron e de cíclotron. Essa emissão é feita a partir de uma substância marcada com isótopo (e.g., fluorodesoxiglicose),

que é injetada no indivíduo. Recorre-se a essa técnica para investigação de doenças demenciais, como Alzheimer (KAPLAN; SADOCK, 2017).

9.2.5 Ressonância magnética do crânio (com ou sem contraste)

Esse exame avalia detalhadamente a estrutura encefálica, proporcionando uma visão estrutural a partir de diferentes planos (transversal, coronal e oblíquo) (RODRIGUES; CIASCA, 2013). Eventualmente, quando se deseja analisar o metabolismo e a parte circulatória de tal estrutura, empregam-se substâncias (contraste) que emitem coloração. É indicado para tipos específicos de neoplasia (e.g., as não meníngeas), alterações vasculares, convulsões, entre outros (KAPLAN; SADOCK, 2017).

9.2.6 Exames laboratoriais das glândulas hormonais

De acordo com a literatura, patologias envolvendo o sistema endócrino estão relacionadas a distúrbios psiquiátricos. Como ilustração, poderia ser citado o caso de hipertireoidismo, que, além de manifestações cardiovasculares, fraqueza muscular, exoftalmia e alterações no ciclo menstrual, também pode expressar ansiedade, insônia e alterações de humor. Por isso, deve-se prescrever os exames para as dosagens de tais glândulas. Outro caso a ser mencionado é o hipercortisolismo, no qual indivíduos apresentam excesso de cortisol, acarretando sintomas como fadiga e depressão. Sendo assim, são necessários exames laboratoriais de hormônios da tireoide (e.g., T3 e T4), da hipófise (e.g., ACTH e prolactina) e suprarrenais (e.g., cortisol) (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Caso o metabolismo da glicose esteja comprometido, também é possível que sejam apresentados quadros psiquiátricos. Devido à ação ou à produção não correta do hormônio insulina (que é produzida no pâncreas),

a glicose, os lipídeos e as proteínas são prejudicados. Com efeito, estados de hipoglicemia (glicemia baixa em virtude da não captação de glicose pelas células) podem configurar estados de ansiedade, agressividade e perturbação no comportamento.

Em vista disso, é recomendável análise da glicemia, que pode ser feita por meio de exames de laboratório (e.g., glicose sanguínea em jejum, teste oral de tolerância à glicose depois de 2 horas de uma sobrecarga de até 75g de glicose oral ou com hemoglobina glicada) (SILVA; SOUZA; OLIVEIRA, 2020). Ademais, níveis séricos colesterol total, lipoproteína de alta e baixa densidade (e.g., HDL e LDL) e triglicérides (RICCO *et al.*, 2010). Tais exames podem ser importantes para o diagnóstico diferencial, para a etiologia da doença e para o acompanhamento dos tratamentos, haja vista que muitos medicamentos (e.g., Mirtazapina) podem alterar as concentrações desses nutrientes (KAPLAN; SADOCK, 2017).

9.2.7 Eletro-neuromiografia

Trata-se de uma ferramenta objetiva que avalia, superficial ou invasivamente, a contração do músculo quanto à sua atividade elétrica, por meio de eletrodos (se for de superfície) ou de agulhas (caso seja invasiva) colocados na região que se deseja investigar (GRIPPE *et al.*, 2020; SASSI *et al.*, 2011). Tal procedimento é indicado para doenças causadoras de transtornos hipo ou hiper-cinéticos (e.g., distonia, mioclonia e parkinsonismo) (GRIPPE *et al.*, 2020).

9.2.8 Polissonografia

A polissonografia é uma avaliação do sono utilizando-se eletroencefalograma, eletrocardiograma, níveis de saturação de oxigênio do sangue, temperatura corpórea, eletromiograma e eletro-oculograma. Com esse tipo de técnica, é possível não só monitorizar tais aspectos (MATNEI *et al.*, 2017), mas também diferenciar diagnósticos, como distinguir a depressão maior de outros transtornos, a partir da análise, cujos achados mostram a duração de cada fase do sono (e.g., a do movimento rápido dos olhos) (KAPLAN; SADOCK, 2017). É indicada para pacientes com síndrome da apneia-hipoapneia obstrutiva do sono (SAHOS) e é considerada padrão ouro (MATNEI *et al.*, 2017).

9.2.9 Teste de latências múltiplas do sono (TMLS)

O teste de latências múltiplas do sono é um tipo de avaliação que emprega EEG para examinar a sonolência no período diurno (MATNEI *et al.*, 2017). Pelo fato de sua duração ser grande, às vezes, opta-se pelo uso do *Epworth Sleepiness Scale* (ESS), em virtude de sua maior praticidade clínica no tocante à avaliação da sonolência diurna (SOUZA; PINTO; ALVES, 2020).

9.2.10 Raio X simples do crânio

Ao emitir uma radiação X, esse teste traduz as estruturas que são radiopacas (mais claras) e radiotransparentes (mais escuras). É muito utilizado para investigação de fraturas, traumatismo craniano, aneurismas e tumores, como em casos do adenoma de hipófise, em que, na radiografia, notam-se alterações importantes na sela túrcica (BUENO *et al.*, 2001).

9.2.11 Raio X para idade óssea

Existem idades biológicas variadas (óssea, morfológica, caráter sexual secundário, entre outros), mas a óssea é a que possui maior correlação estatística. Para sua avaliação, utiliza-se radiografia de mão e punho, cuja avaliação se assenta na análise das epífises (extremidades) e das diáfises, isto é, se houve ou não calcificação entre essas partes (TUMA *et al.*, 2011).

9.2.12 Tomografia computadorizada (TC)

A tomografia computadorizada é uma técnica que gera imagens (com gradações na cor cinza a depender da absorção do tipo de raio ionizante) obtidas no plano axial com raio X (RODRIGUES; CIASCA, 2013).

9.2.13 Cariótipo

Ainda que esse exame, na versão mais tradicional, não permita grandes resoluções, há décadas, é adotado para análise geral e simultânea do genoma quanto a suas características numéricas e estruturais. Com a sua utilização, é possível detectar alterações genéticas importantes, como síndrome de Down (trissomia do cromossomo par 21). Há outros exames dessa ordem, porém com grau de acurácia muito maior. Os novos métodos conseguem localizar microarranjos, sequenciamento genômico, polimorfismos, entre outros. Dentre essas técnicas podem ser citadas a hibridização fluorescente *in situ* (que permite identificar rearranjos cromossômicos) e a amplificação de múltiplas sondas dependentes de ligação (cuja especificidade possibilita rastrear genes deletados e duplicados) (OLIVEIRA, 2019). Vale lembrar que muitas doenças psiquiátricas (e.g., deficiência intelectual) têm como causa anomalias genéticas, prejudicando o funcionamento correto do metabolismo e acarretando, em alguns casos, a neurodegeneração (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020).

9.3 OUTRAS AVALIAÇÕES

Outras avaliações podem ser feitas com psicólogos, psiquiatras e demais especialistas na aplicação das mesmas.

9.3.1 Psicodiagnóstico

Em se tratando da avaliação da personalidade, especialmente das crianças, usam-se, comumente, os métodos de projeção (e.g., Teste de Rorschach, Testes de Apercepção de Roberts para Crianças, desenhos projetivos), objetivos (e.g., Questionário da Personalidade para Crianças e Inventário Clínico Adolescente de Milton) e comportamental (Inventários para jovens de Beck, segunda edição, Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Lista de Verificação do Comportamento Infantil de Achenbach). De posse dos resultados desses tipos de testes, o clínico compara-os aos scores pré-estabelecidos normativos, a fim de que estes os auxiliem no raciocínio clínico (KAPLAN; SADOCK, 2017).

9.3.2 Teste de inteligência

Esses tipos de exames funcionais são destinados a avaliar a habilidade de aprendizado, adaptação e abstração da pessoa a ser avaliada. Um dos testes mais utilizados é o quociente de inteligência (QI), que mensura a destreza intelectual, fornecendo pontuações; essas, por sua vez, poderão ser comparadas com os valores típicos para cada idade (LEE; CASCELLA; MARWAHA, 2020). Além do QI, há as Escalas de Wechsler de Inteligência e as Escalas de Inteligência de Stanford-Binet (SB), que são bastante requeridas na prática clínica. Em casos de transtornos que se relacionam com deficiência intelectual, como o autismo, indica-se a realização de avaliações dessa natureza, para que se possa contribuir para a construção do seu quadro (KAPLAN; SADOCK, 2017).

9.3.3 Avaliação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica é um meio pelo qual se investigam as interações, as atividades cerebrais, as funções cognitivas e comportamentais, buscando uma análise globalizada dos processos cognitivos (BORGES *et al.*, 2008). Além disso, é preciso considerar o histórico de vida da criança, a presença ou não de prejuízos no cérebro e a idade em que se iniciaram as queixas do paciente (ARGIMON; LOPES, 2017). Especificamente, quando a população a ser avaliada são crianças e adolescentes, tal tipo de avaliação é indicado para casos de traumatismo craniano, acidente vascular, avaliação pré e pós-operatório cirúrgico e aprendizagem comprometida (BORGES *et al.*, 2008).

As avaliações neuropsicológicas mais comumente utilizadas servem para averiguar a capacidade cognitiva, que envolve criatividade, raciocínio, pensamento abstrato. Para isso, empregam-se instrumentos como a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV) (capacidade intelectual e resolução de problemas), a Escala de Maturidade Mental Colúmbia (nível de maturidade em que a criança se encontra), o Teste de Inteligência Geral Não Verbal (raciocínio e processamento para execução de tarefas), o Subteste Dígitos Ordem Direta, Códigos, Aritmética do WISC-IV (atenção), o *Rey Verbal Learnig Test* (memória), as Figuras Complexas de Rey (capacidade visuoespacial), o *Boston Naming Test* (linguagem), o Teste da Casa, da Árvore e da Pessoa (personalidade e habilidades sociais), entre outros (ARGIMON; LOPES, 2017).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C. G. A. **Electroencephalogram data integration platform for application of data reduction methods**. 2019. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: www.peb.ufrj.br/teses/Tese0322_2019_06_24.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

ALLI, S. *et al.* Childhood trauma predicts multiple, high lethality suicide attempts in patients with schizophrenia. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 281, p. 112567, nov. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31586840/>. Acesso em: 23 set. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARGIMON, I. I. L.; LOPES, R. M. F. Avaliação neuropsicológica infantil: aspectos históricos, teóricos e técnicos. In: TISSER, L. (org.). **Avaliação neuropsicológica infantil**. 1. ed. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys, 2017. v. 1. 320 p.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, L. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, [s. l.], v. 15, p. 19-32, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335049854004.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

BORGES, J. L.; TRENTINI, C. M.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão. **Psico-USF**, Itatiba, SP, v. 13, n. 1, p. 125-133, jan./jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100015&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 05 out. 2020.

BUENO, T. D. L. S. *et al.* Condroma de sela turca associado a hipopituitarismo: relato de um caso. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 49-51, fev. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842001000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842001000100012>

CABRAL, M. D. I.; LIU, S.; SOARES, N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. **Translational Pediatrics**, v. 9, n. suppl 1, p. S104, fev. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082246/>. Acesso em: 22 set. 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ELORZA, C. L. C. **Qualidade de vida, depressão e ansiedade**: um estudo com crianças e adolescentes com doença renal crônica e seus cuidadores primários. 2020. 104 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/339862>. Acesso em: 29 set. 2020.

FERIANTE, J.; BERNSTEIN, B. **Separation anxiety**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560793/>. Acesso em: 21 set. 2020.

GOUVEIA, F. N. *et al.* Perda auditiva unilateral e assimétrica na infância. **CoDAS**, São Paulo, v. 32, n. 1, e20180280, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000100309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

GRIPPE, T. *et al.* How can neurophysiological studies help with movement disorders characterization in clinical practice? **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 78, n. 8, p. 512-22, aug. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X202000800512&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

HANY, M.; REHMAN, B.; AZHAR, Y. **Schizophrenia**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>. Acesso em: 22 set. 2020.

HOFFMANN, A.; ZILLER, M.; SPENGLER, D. Childhood-onset schizophrenia: insights from induced pluripotent stem cells. **International Journal of Molecular Sciences**, [s. l.], v. 19, n. 12, p. 3829, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms19123829>. Acesso em: 22 set. 2020.

HOSSEINI, S. A.; MOLLA, M. **Asperger syndrome**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557548/>. Acesso em: 22 set. 2020.

HYMAN, S. L. *et al.* Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, jan. 2020. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/1/e20193447>. Acesso em: 21 set. 2020.

JAIN, A.; MITRA, P. **Bipolar affective disorder**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>. Acesso em: 21 set. 2020.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2017.

LEE, K.; CASCELLA, M.; MARWAHA, R. **Intellectual disability**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547654/>. Acesso em: 22 set. 2020.

LORBERG, B.; DAVICO, C.; MARTSENKOVSKIY, D.; VITIELLO, B. Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. In: REY, J. M.; MARTIN, A. (Ed.). *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2019. Disponível em: <https://iacapap.org/content/uploads/A.7-Psychopharmacology-2019.1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

MAGNUS, W.; NAZIR, S.; ANILKUMAR, A. C.; SHABAN, K. **Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28722868/>. Acesso em: 21 set. 2020.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 244-62, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i2p244-262>. Acesso em: 22 set. 2020.

MARLOW, M.; SERVILI, C.; TOMLINSON, M. A review of screening tools for the identification of autism spectrum disorders and developmental delay in infants and young children: recommendations for use in low-and middle-income countries. **Autism Research**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 176-99, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aur.2033>. Acesso em: 22 set. 2020.

MATNEI, T. *et al.* Correlação da Escala de Sonolência de Epworth com alterações na polissonografia na avaliação da sonolência excessiva diurna em pacientes com síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 2, p. 102-8, mar./abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i2p102-108>. Acesso em: 22 set. 2020.

MECCA, T. P. *et al.* Funcionamento adaptativo: panorama nacional e avaliação com o adaptive behavior assessment system. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-22, ago. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2020.

MOURA, H. F. S. *et al.* Avanços no diagnóstico por imagem: alternativa de precisão e acurácia. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 34805-21, jun. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11210>. Acesso em: 06 out. 2020.

MUGHAL, S.; FAIZY, R. M.; SAADABADI, A. Autism spectrum disorder: regressive autism, child disintegrative disorder. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525976/>. Acesso em: 21 set. 2020.

OLIVEIRA, F. R. B. **Caracterização genético/clínica de pacientes com suspeita da síndrome de Williams-Beuren (SWB) no centro-oeste brasileiro**. 2019. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da classificação internacional de doenças versão nº 11 (CID 11): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. [S. l.]: OMS, 2019.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. WHITAKER, R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1233-5, out./dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401233&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 set. 2020.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PATEL, D. R.; CABRAL, M. D.; HO, A.; MERRICK, J. A clinical primer on intellectual disability. **Translational Pediatrics**, [s. l.], v. 9, suppl. 1, p. S23, feb. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082244/>. Acesso em: 22 set. 2020.

PELEGRINO, J. R. O paciente e o uso de medicamentos. In: SOUZA, J. C.; SOUSA, I. F.; ANDRADE, V. O. (Org.). **Psicofarmacoterapia & equipe multidisciplinar**. São Paulo: Sparta, 2020. p. 9-13.

PIATTO, V. B.; MANIGLIA, J. V. Avaliação da audição em crianças de 3 a 6 anos em creches e pré-escolas municipais. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 77, n. 2, p. 124-30, maio/abr. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

PICCIN, J.; MANFRO, P. H.; CALDIERARO; M. A.; KIELING, C. The research output on child and adolescent suicide in Brazil: a systematic review of the literature. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 209-13, mar./abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2020.

PINTO, R. V. **Avaliação do efeito da midríase no resultado do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos**. 2020. Dissertação (Mestrado em Oftalmologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, SP, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/193558>. Acesso em: 30 set. 2020.

PONDÉ, M. P. Psicoestimulantes. In: SOUZA, J. C.; SOUSA, I. F.; ANDRADE, V. O. (Org.). **Psicofarmacoterapia & equipe multidisciplinar**. São Paulo: Sparta, 2020. p. 125-33.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

POSNER, J.; POLANCZYK, G. V.; SONUGA-BARKE, E. Attention-deficit hyperactivity disorder. **Lancet**, [s. l.], v. 395, n. 10222, p. 450-62, feb. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1). Acesso em: 30 set. 2020.

REBELLO, T. J. *et al.* Anxiety and fear-related disorders in the ICD-11: results from a global case-controlled field study. **Archives of Medical Research**, [s. l.], v. 50, n. 8, p. 490-501, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.12.012>. Acesso em: 30 set. 2020.

RICCO, R. C.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N.; RAMOS, A. P. P. Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico antropométrico de sobrepeso ou obesidade. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 320-5, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n4/a06v28n4>. Acesso em: 30 set. 2020.

RODRIGUES, M. L. E.; CIASCA, S. M. Contribuições da neuroimagem para o diagnóstico de dislexia do desenvolvimento. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 30, n. 93, p. 218-25, 2013. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/revistapsicopedagogia.com.br/pdf/v30n93a08.pdf>. Acesso em: 6 out. 2020.

SASSI, F. C. *et al.* Correlação entre eletromiografia e índice de inabilidade facial em pacientes com paralisia facial de longa duração: implicações para o resultado de tratamentos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 596-601, out./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

SEKHON, S.; GUPTA, V. **Mood disorder**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk558911>. Acesso em: 20 set. 2020.

SIIVA, G. A.; SOUZA, C. L.; OLIVEIRA, M. V. Teste oral de tolerância à glicose: solicitações desnecessárias e condições adequadas a realização do teste. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 56, e0932020, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442020000100401&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

SOUZA, F. S.; CARVALHO, A. M. B. Implantação do teste da orelhinha na cidade de José de Freitas – PI. **UNA-SUS**, [s. l.], jul. 2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/18613>. Acesso em: 30 set. 2020.

SOUZA, A. L. P. *et al.* Characterization of suicidal behavior among children in a depressive episode: case series study. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 394-400, oct./dec 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892019000400394&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, E. A.; PINTO, J. C. B. L.; ALVES, F. R. Uso do celular antes de dormir: um fator com maior risco para sonolência excessiva em adolescentes de escolas militares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 111-116, abr./jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852020000200111&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

SOUZA, S. C.; RODRIGUES, T. M. Depressão infantil: considerações para professores da educação básica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 34326-38, jul. 2020.

STEIN, D. J. *et al.* Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. **BMC medicine**, v. 18, n. 1, p. 1-24, 2020. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-1495-2>. Acesso em: 21 set. 2020.

TASSÉ, M. J. *et al.* Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. **Journal of Intellectual Disability Research**, [s. l.], v. 63, n. 5, p. 386-407, may 2019. Disponível em: <https://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30628126/>. Acesso em: 22 set. 2020.

TUMA, C. E. S. N. *et al.* Avaliação da idade óssea em crianças de 9 a 12 anos de idade na cidade de Manaus-AM. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 63-9, maio/jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512011000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

VALE, M. C. Psicofármacos em pediatria do neurodesenvolvimento. **Pedipedia Enciclopédia Pediátrica Online**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://pedipedia.org/artigo-profissional/psicofarmacos-em-pediatria-do-neurodesenvolvimento>. Acesso em: 25 set. 2020.

WICHSTRØM, L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? **Archives of Suicide Research**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 105-22, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19363748/>. Acesso em: 23 set. 2020.

GLOSSÁRIO

A

Agorafobia - fobia por estar em ambiente de onde seja difícil ou constrangedor evadir-se.

Anamnese - informações obtidas do paciente e de outros sobre a sua história atual e pregressa.

Anedonia - falta de prazer.

C

Consulta - consulta é o ato ou efeito de consultar. Consultar é pedir conselho, opinião, parecer.

D

Diagnóstico - conhecimento ou avaliação de uma doença. Determinação da natureza de uma doença, após as informações fornecidas pelo paciente, o estudo dos sinais, dos sintomas e dos exames laboratoriais.

E

Eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal - eixo de conexão hormonal entre a glândula hipófise (no cérebro), a glândula adrenal ou suprarrenal e as gônadas.

Encoprese - evacuar na cama ou nas próprias vestes.

Entrevista - diz-se da entrevista que é mais arte que ciência, habilidade que pode ser adquirida, mas nunca ensinada. Isso talvez seja exato; no entanto, muitas coisas poderão ser aprendidas para aumentar a habilidade do

entrevistador. A entrevista não é um encontro fortuito ou arbitrário entre profissional e paciente. Desenvolve-se a partir das ciências básicas da psicopatologia e da psicodinâmica. A obra de Sigmund Freud constitui o alicerce de nosso atual conhecimento da psicodinâmica, ainda que outros tenham ampliado e estendido seus conceitos. Freud esboçou o significado psicológico dos sintomas psiquiátricos específicos e formulou princípios gerais para a compreensão da relação entre a psicopatologia e os conflitos emocionais. A entrevista constitui um intento sistemático para compreender essa relação em determinado indivíduo.

Enurese - urinar na cama ou nas próprias vestes.

Esclerose tuberosa - é a segunda síndrome neurocutânea mais comum.

Esteroides sexuais - tipos de hormônios.

Estradiol - hormônio feminino.

Eutímico - com humor estável.

Etiologia - estudo das causas e origens das coisas.

Epidemiologia - estudo das doenças epidêmicas (infecciosas) e dos diversos fenômenos biológicos ou sociais do ponto de vista da sua distribuição e da sua frequência.

F

Fenilcetonúria - um dos erros inatos do metabolismo.

FSH - certo tipo de hormônio feminino.

H

Hipercinesia - hiperatividade.

Hipertímico - com exaltação do humor.

Hipocinesia - hipoatividade.

Hipotímia - rebaixamento do humor.

I

Iatrogenia - erro técnico.

Insight - do inglês, ter noção de.

L

LH - certo tipo de hormônio feminino.

Luteinizante - certo tipo de hormônio feminino (relativo ao LH).

P

Prognóstico - apreciação do grau de gravidade e da evolução de uma doença incluindo o modo de seu término.

R

Rapport - do inglês, empatia, vínculo.

S

Síndrome de Rett - é um transtorno invasivo do desenvolvimento infantil, semelhante ao autismo, com alterações neurológicas e ortopédicas significativas.

Self – do inglês, eu, ego.

T

Testosterona - certo tipo de hormônio masculino.

Este livro tem a intenção de trazer informações básicas sobre a psicopatologia da infância e da adolescência. É útil não só aos estudantes e profissionais de saúde, mas aos pais, cuidadores, curadores, responsáveis e educadores. Aborda o desenvolvimento neuropsicomotor infantil e púbere normal e suas psicopatologias mais comuns, sempre com uma visão integral do ser humano. Discutem-se os critérios diagnósticos dos transtornos da infância e da adolescência mais prevalentes, por meio das atuais classificações de doenças mentais (CID-10, CID-11 e DSM-5), além de comorbidades, etiologias (causas), tratamento multidisciplinar e transdisciplinar e aspectos preventivos.

ISBN: 978-65-89374-08-4



9 786589 374084

EDITORA UEMS