

Infância e Juventude: Psicopatologia do Desenvolvimento

Prof. Dr. Erikson F. Furtado

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento
Área de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP

Universidade de São Paulo – USP
www.pqia-psiquiatriainfantil.org



Objetivos

- ✓ Rever dados indicativos das condições atuais de Saúde Mental da Infância e Juventude no Brasil
- ✓ Relacionar com as questões relevantes na interface entre Justiça, Direitos Humanos e Saúde Mental
- ✓ Destacar os problemas que envolvem o álcool e outras drogas e a família



Mudanças históricas

1940 – Brasil rural



2015 – Brasil urbano



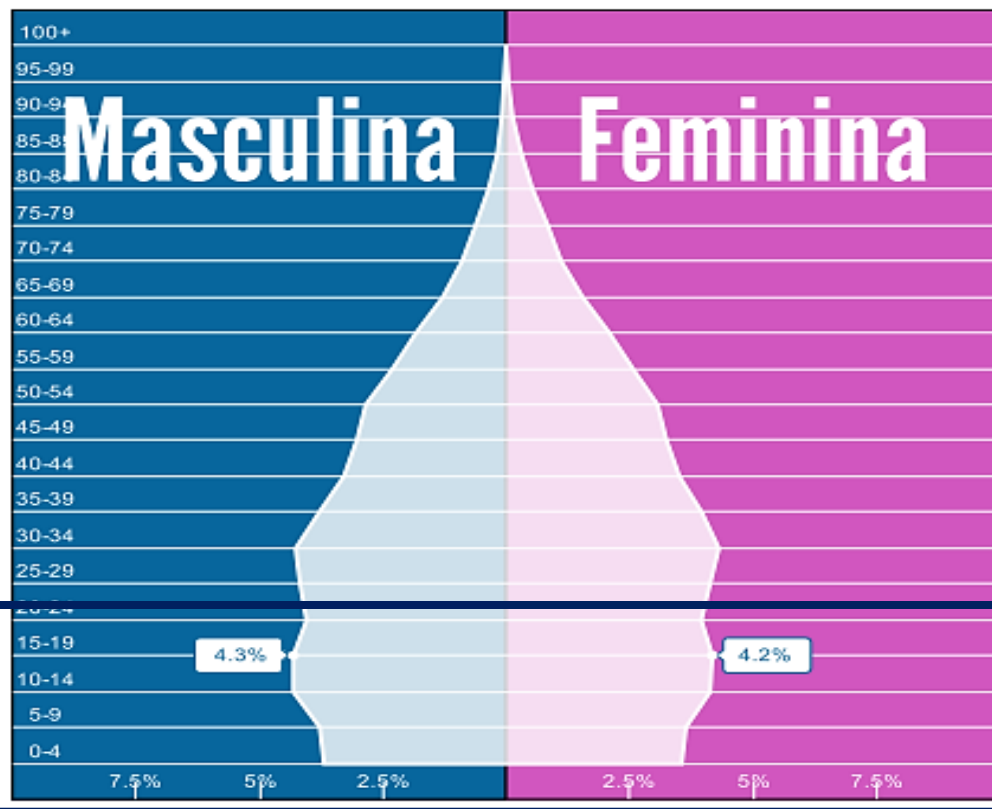
Como mudou?

- Redução da mortalidade infantil e do perfil de doenças
 - No passado, doenças infecciosas
 - Atualmente, acidentes e violência
- Maior urbanização com melhora relativa das condições ambientais
- Maior acesso à escolarização
- Mudanças na estrutura familiar
- Mudanças nos hábitos e costumes
- Mudanças no papel da escola e da família
- Mudanças na definição e acesso a direitos (ECA, p. ex.)
- O que não mudou tanto ?
 - Características dos indivíduos
 - Práticas e costumes de gestão política e social que preservam desigualdades

Pirâmide Etária
Estimada para o
Brasil em 2015

Brasil 2015

População: **203.657.000**



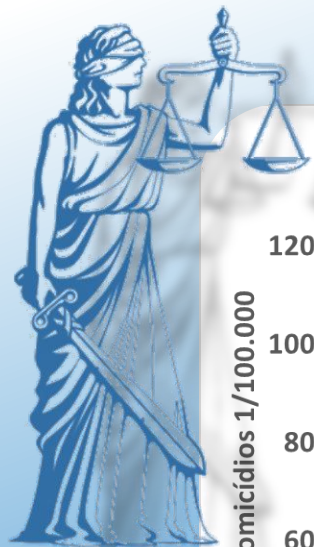
População Infanto-Juvenil Brasileira: Distribuição por faixas etárias (2015, IBGE)

Idade	%	Masculino	%	Feminino	% Faixa	Total Faixa
0 a 4	3,7%	7.535.309	3,5%	7.127.995	7,2%	14.663.304
5 a 9	3,8%	7.738.966	3,6%	7.331.652	7,4%	15.070.618
10 a 14	4,3%	8.757.251	4,1%	8.349.937	8,4%	17.107.188
15 a 19	4,3%	8.757.251	4,2%	8.553.594	8,5%	17.310.845
20 a 24	4,1%	8.349.937	4,0%	8.146.280	8,1%	16.496.217
Total p/ sexo	20,2%	41.138.714	19,4%	39.509.458	39,6%	80.648.172

População Brasileira (2015): 203.657.000

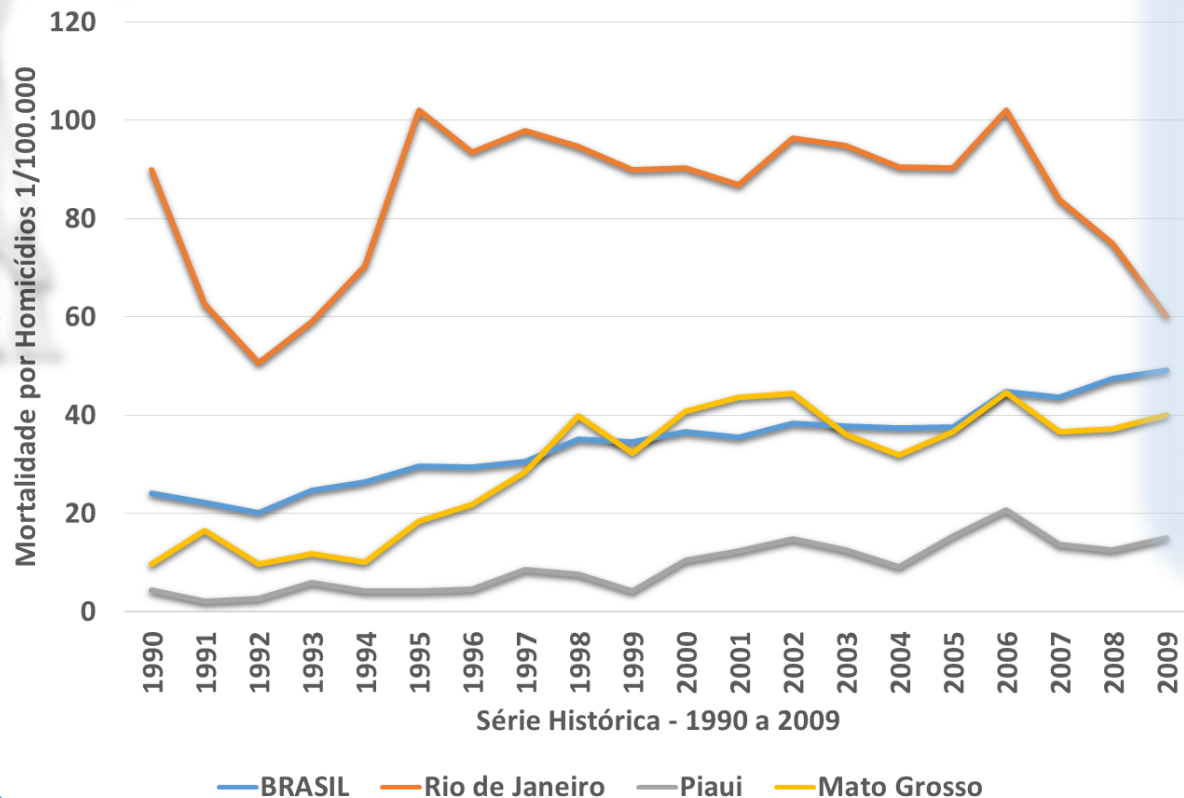
Redução da proporção de jovens

- Embora tenha havido uma grande redução proporcional de crianças e jovens na pirâmide etária brasileira o TAMANHO dessa população é um DESAFIO para a provisão de SERVIÇOS ADEQUADOS para a plena GARANTIA DE DIREITOS
- As mudanças históricas e a grande concentração urbana contribuíram para uma mudança no perfil de gravidade das crianças e jovens que necessitam de intervenções das agências públicas
- Os problemas psicossociais e de comportamento assumem uma maior preponderância e exigem respostas adequadas por parte dos serviços de proteção à infância e juventude



Os filhos do Brasil

Evolução Histórica da Mortalidade por Homicídios em Jovens de 15 a 19 anos



Fonte: Página do
IBGE – Séries &
Estatísticas, Busca,
26/08/2015

Mortalidade por causas externas

- As principais causas de mortalidade em crianças e jovens:
 - Acidentes,
 - Violência,
 - Suicídios
- As causas não são distribuídas de forma “equitativa”:
 - Desigualdades sociais históricas contribuem para desigualdades na ocorrência de causas de mortalidade (miséria, grupos minoritários, cor da pele, isolamento geográfico, ...)
 - Mas, desigualdades decorrentes de fatores individuais também contribuem para as diferenças (transtornos psiquiátricos dos cuidadores/pais e/ou das crianças, deficiências cognitivas e/ou de aprendizagem e/ou sensoriais)

Problemas psiquiátricos

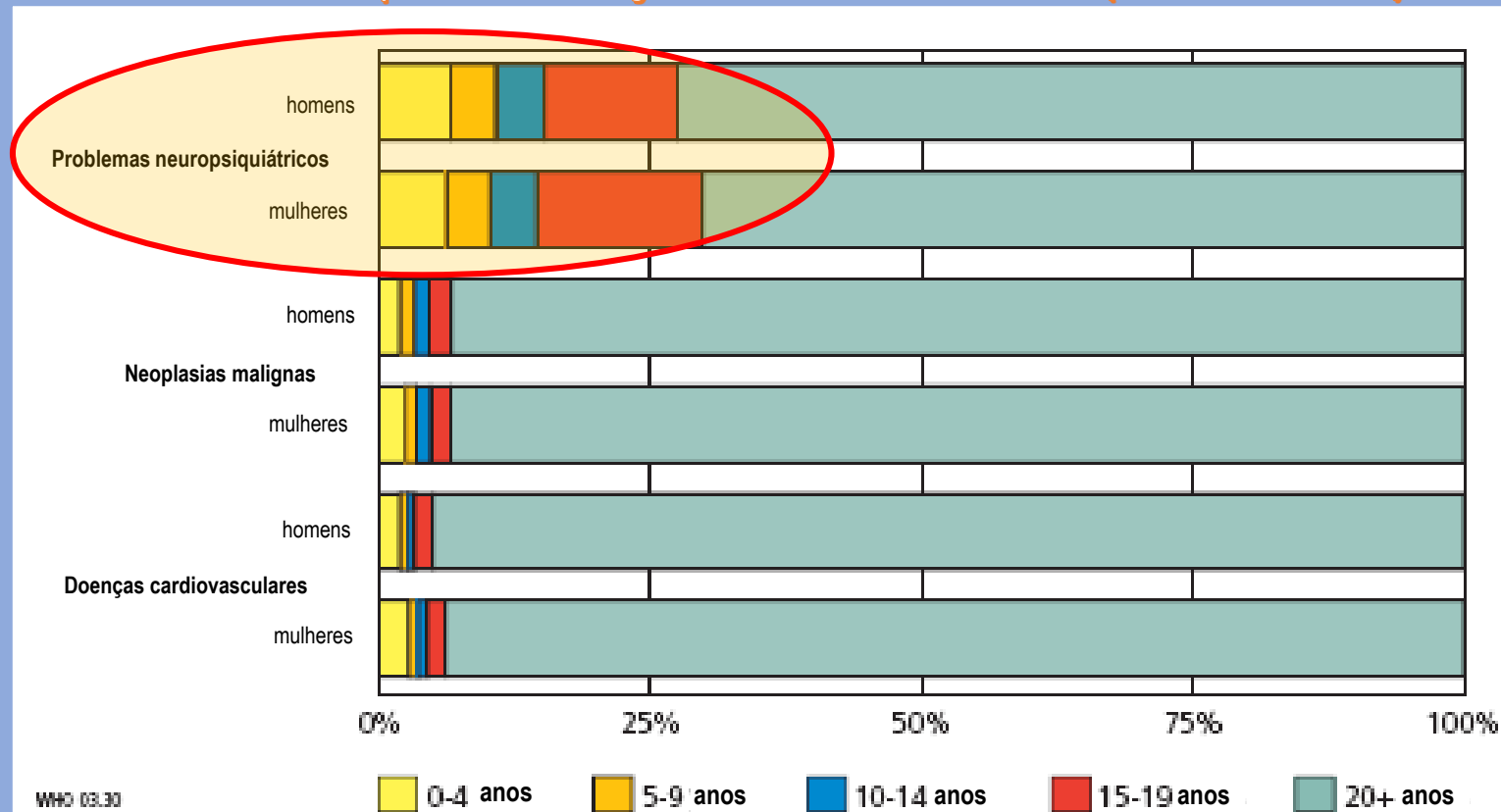
Author (year) Setting	Sample N (sample loss)	Age group	Instrument	Informant	Prevalence %
BRAZIL					
Benvegnú et al. (2005) Pelotas, Southern Brazil	Household N = 3139 (10%)	10-17	CBCL*	Parents or caretakers	13.5
Goodman et al. (2005) Ilha da Maré, Northeastern Brazil	Household N = 519 (< 6%)	7-14	SDQ**	Parents, adolescents and teachers	15.1 (8.0-22.2) (Parents)
					13.1 (6.9-19.3) (adolescents)
					10.3 (4.4-16.2) (teachers)
Vitolo et al. (2005) Taubaté, Southeastern Brazil	Schoolchildren N = 454 (16-18%)	7-11	SDQ**	Parents or caretakers	22.7 clinical level 12.5 borderline level
Cury, Golfeto (2003) Ribeirão Preto, Southeastern Brazil	Schoolchildren N = 107 (25%)	6-11	SDQ**	Parents	18.7
Fleitlich-Bilyk (2002) Campos de Jordão, Southeastern Brazil	Schoolchildren N = 898 (20%)	7-14	SDQ**	Parents, adolescents and/or teachers	15.0 (total sample)
					22.0 (slum)
					12.0 (urban) 12.0 (rural)



Cerca de uma em
cada cinco
crianças
brasileiras com
sintomas de um
Transtorno
Psiquiátrico

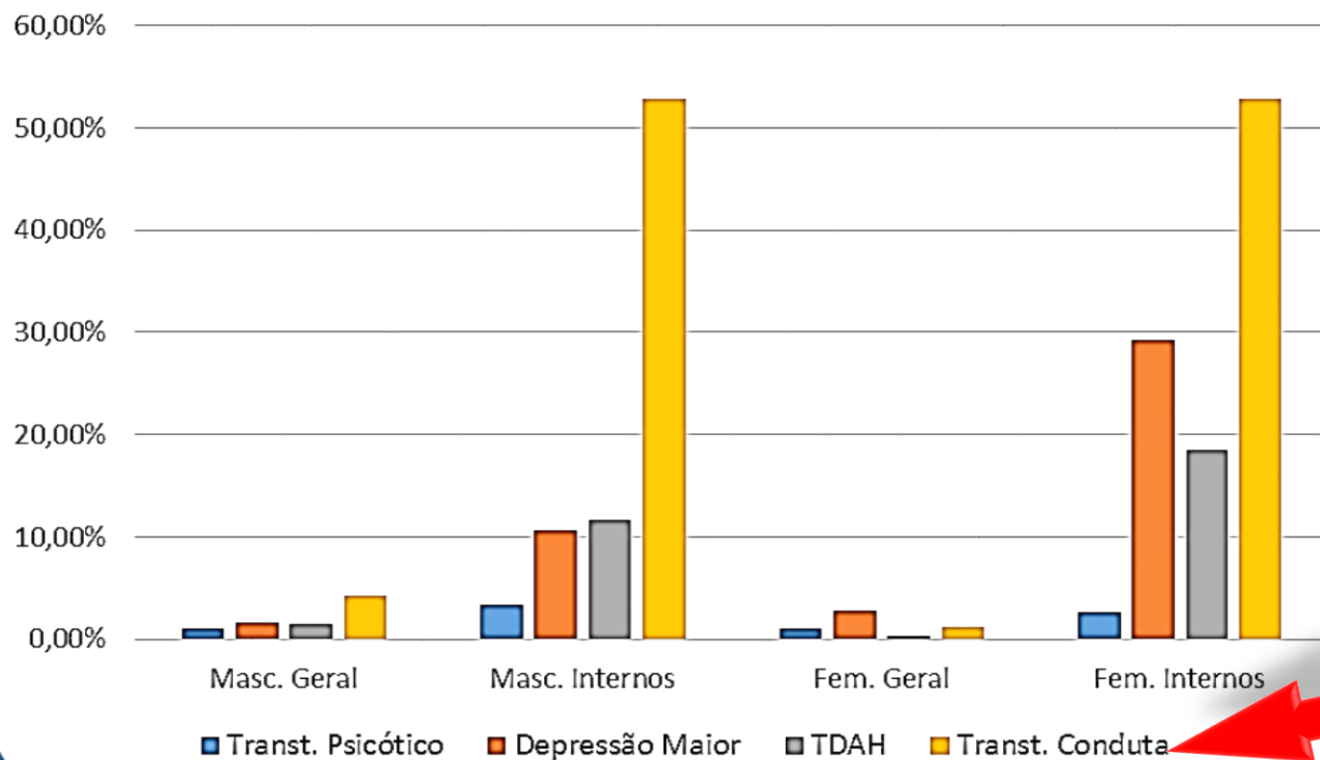
Impacto e cronicidades dos Transtornos Psiquiátricos na Infância e Juventude

Problemas neuropsiquiátricos são a principal causa de prejuízos crônicos para crianças e adolescentes (WHO 2003)



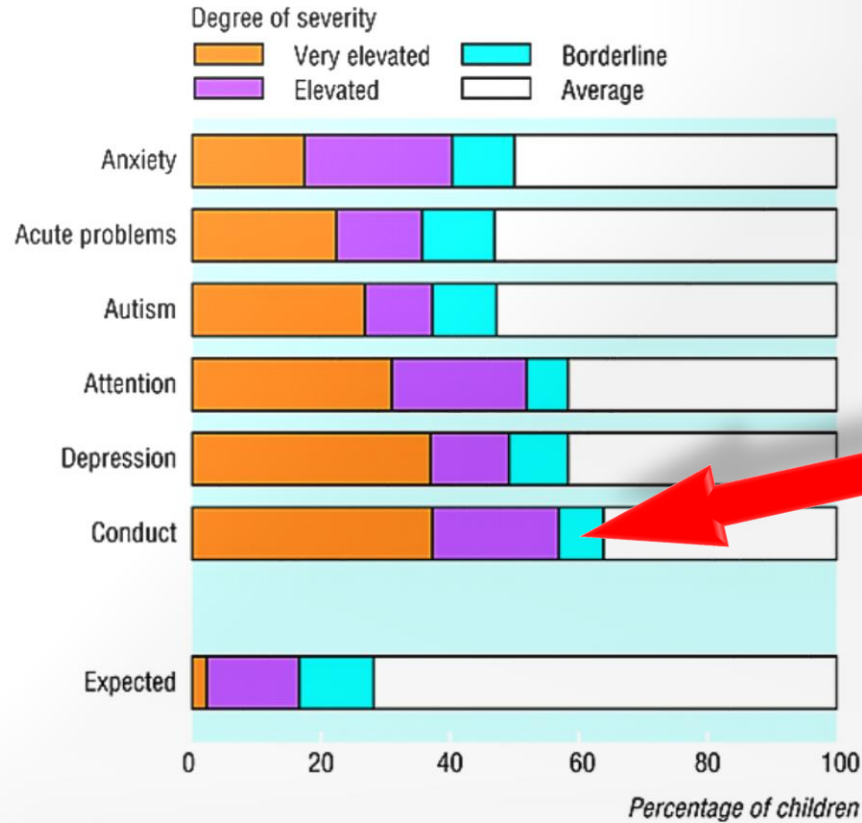
Impacto dos Transtornos Psiquiátricos da Infância e Adolescência nas situações de conflito com a lei

Comparação da Prevalência de Transt. Psiquiátricos entre Crianças e Jovens da População Geral e Internos de Serviços Judiciais



Maior ocorrência de Transtornos Psiquiátricos nas crianças e jovens internos de serviços judiciais

Impacto dos Transtornos Psiquiátricos da Infância e Adolescência nas crianças em situação de abrigo (por abandono, violência, etc...)



Problemas
psiquiátricos em
crianças e
adolescentes
abrigados

BMJ 1999;319:675

Especialidade PQIA – Psiquiatria da Infância e Adolescência

- Mais de um século de existência na Europa (início na França e Alemanha, na segunda metade do século XIX)
- Ainda muito pouco desenvolvida no Brasil, em termos de número de profissionais especialistas (com formação universitária em nível de especialização legalmente reconhecida ou residência médica)
- Aumento na demanda de profissionais médicos especialistas a partir da expansão dos CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil) através do SUS
- Área de atuação na forma de um ano adicional (R4) na formação de três anos da Residência Médica em Psiquiatria

O que faz o Psiquiatra da Infância e Adolescência ?

- Avalia o estado mental e condições psicopatológicas de crianças e adolescentes, através de entrevista psiquiátrica e exame psicopatológico, com recurso de observação direta do comportamento espontâneo e elicitado, com o objetivo de formular diagnóstico nosológico, incluindo a exclusão de outras condições médicas que componham o conjunto de diagnósticos diferenciais dos sintomas em avaliação. A avaliação clínica psiquiátrica da criança e do adolescente, que inclui a avaliação do seu ambiente e cuidadores, corresponde ao cerne da especialidade.
- Propõe e conduz intervenções psicoterápicas, que podem ser focais e pontuais, ou abrangentes e continuadas, de acordo com o melhor benefício do paciente e seus cuidadores primários, com a participação e colaboração estreita multiprofissional e interdisciplinar, com as demais profissões envolvidas no cuidado de pacientes psiquiátricos, incluindo a Pediatria Geral, a Neurologia Infantil e as demais profissões do campo da Saúde Mental.
- É responsável pela indicação, prescrição e acompanhamento de terapias psicofarmacológicas, assim como pelas decisões relativas à hospitalização psiquiátrica, e pelo apoio nas avaliações para fins periciais ou relativas à justiça da infância.
- O psiquiatra da infância e adolescência trabalha estreitamente com outros profissionais do campo da Saúde Mental da Infância e Adolescência, aí incluídos, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores especializados, entre outros.

Problemas de saúde específicos da Área de Atuação de Psiquiatria da Infância e Adolescência, conforme a CID-10 além dos Transtornos típicos do adulto ocorrendo na infância

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

TEA – Transtornos
do Espectro Autista



F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 Transtornos hiperativos

F91 Distúrbios de conduta

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

F95 Tiques

F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

TDAH – Transtorno de Déficit
de Atenção e Hiperatividade



Problemas de saúde mental típicos do adulto ocorrendo na infância e específicos da Área de Atuação de Psiquiatria da Infância e Adolescência, conforme a CID-10 (Exemplos)

- Esquizofrenia
- Transtornos de Ansiedade
- Transtornos do Humor
 - Depressão
 - Transtorno Bipolar
- Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas
- Transtornos mentais orgânicos
- Transtornos alimentares e outros associados a disfunções fisiológicas e queixas somáticas

Transtornos do Espectro do Autismo

- os TEA são considerados, atualmente, **transtornos do desenvolvimento**, de causas neurobiológicas definidas, de acordo com critérios eminentemente clínicos; as características básicas são anormalidades qualitativas e quantitativas que, embora muito abrangentes, afetam de forma mais evidente as áreas da **interação social, da comunicação e do comportamento**.

Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)

- TEA primários ou idiopáticos
- TEA secundários, sintomáticos ou
sindrômicos

Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)



MUDANÇAS EM 2013...

- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*
- Autism spectrum disorders (ASD)
 - Inclui autismo, síndrome de Asperger, TEA-SOE, e transtorno desintegrativo da infância
 - Concentra nas seguintes características:
 - Déficits no comportamento social/comunicação
 - Padrões restritivos, repetitivos de comportamento, interesses e atividades
 - o Inclui critério de alterações sensoriais
 - Aumenta a especificidade enquanto mantém sensibilidade
 - Importante para distinguir entre deficiências do desenvolvimento próprias do transtorno do espectro e outras
 - Aumenta a estabilidade do diagnóstico

- ❑ Prevalência TEA 1:160
- ❑ Autismo  : 
- ❑ Asperger  : 
- ❑ Vulnerabilidade masculina para o desenvolvimento de um TEA.

Epidemiologia

anamnese
observação direta
exame neurológico
exame psiquiátrico
exames complementares

instrumentos
avaliação neuropsicológica
ASQ
ABC
Vineland
Rastreamento visual

**padrão ouro é o
diagnóstico clínico por
Psiquiatra devidamente
treinado**

Diagnóstico do TEA

- deficiência intelectual estaria presente em 70% dos pacientes (Fombonne, 2005)
 - 29,3% deficiência leve/moderada
 - 38,5% deficiência severa/profunda
- segundo Baird (2006) 55% dos indivíduos com TEA apresentariam deficiência intelectual

Perfil intelectual nos TEA

- prejuízos no uso de comportamentos não verbais:
 - contato visual direto
 - expressão facial
 - gestos comunicativos
- dificuldade para estabelecer relacionamentos com colegas
- dificuldades para compartilhar prazer, interesses ou desconforto
- falta de reciprocidade social/emocional

Prejuízos na interação social



Prejuízos na interação social

- atraso ou ausência da fala expressiva
- dificuldade para iniciar ou manter uma conversa
- uso estereotipado e repetitivo da linguagem; linguagem pedante
- dificuldade na compreensão, na contextualização
- alterações na prosódia e articulação

Prejuízos na comunicação

- dificuldades para compreender metáforas
- dificuldades para compreender figuras de linguagem
- tendência para a compreensão literal

Prejuízos na comunicação

- preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse
- maneirismos estereotipados e repetitivos
- apego excessivo a rotinas
- preocupação persistente com partes de objetos

Padrões restritos de comportamento,
interesses e atividades

Transtorno por déficit de atenção e hiperatividade

TDAH Epidemiologia

- ✎ Estima-se que 3-5% das crianças norte-americanas em idade escolar apresentem o transtorno.
- ✎ No conjunto corresponde a cerca de 5-10% de toda a população dos EUA
- ✎ A ocorrência no sexo masculino é cerca de 3 a 6 vezes mais provável do que no sexo feminino.
- ✎ Pelo menos 50% dos portadores de TDAH apresentam outro transtorno mental.

Definição do TDAH

O Transtorno por Deficit de Atenção/Hiperatividade descreve crianças que expressam de forma persistente e inadequada para a idade sintomas de desatenção, hiperatividade, e impulsividade os quais são suficientes para causar deficiências nas principais atividades da vida.

(American Psychiatric Association [APA], 2000)



Diagnosticando TDAH: DSM-IV

Inatenção/Desatenção:

Requer um minimum de 6
sintomas regularmente por
seis meses.

Sintomas estão presentes em
níveis anormais para o estágio
do desenvolvimento

- Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido
- Tem dificuldade de manter a atenção
- Parece não estar ouvindo
- Não segue até o fim ou conclui tarefas
- Tem dificuldade para organizar tarefas
- Evita tarefas que exigem esforço mental
- É desorganizado ou perde seus materiais de trabalho
- Facilmente se distrai
- Esquece das atividades diárias

Diagnosticando TDAH: DSM-IV

Hiperatividade/Impulsividade:

Requer um minimum de 6 sintomas regularmente por seis meses.

Sintomas estão presentes em níveis anormais para o estágio do desenvolvimento

- Mexe e contorce exageradamente
- Sai do lugar quando não é apropriado
- Corre ou sobe-desce exageradamente quando não é apropriado
- Tem dificuldade em brincar de forma calma
- Sempre “a mil” ou “ligado na tomada”
- Fala excessivamente
- Dá respostas ainda antes de ouvir totalmente as perguntas
- Não espera sua vez
- Interrompe ou se intromete no que outros fazem

Diagnosticando TDAH: DSM-IV

✍ Critérios Adicionais:



Sintomas causando deficiências estão presentes antes dos 7 anos

Prejuízos devido a sintomas ocorrendo in dois ou mais ambientes ou contextos

Clara evidência de prejuízo significativo (social, escolar, etc.)

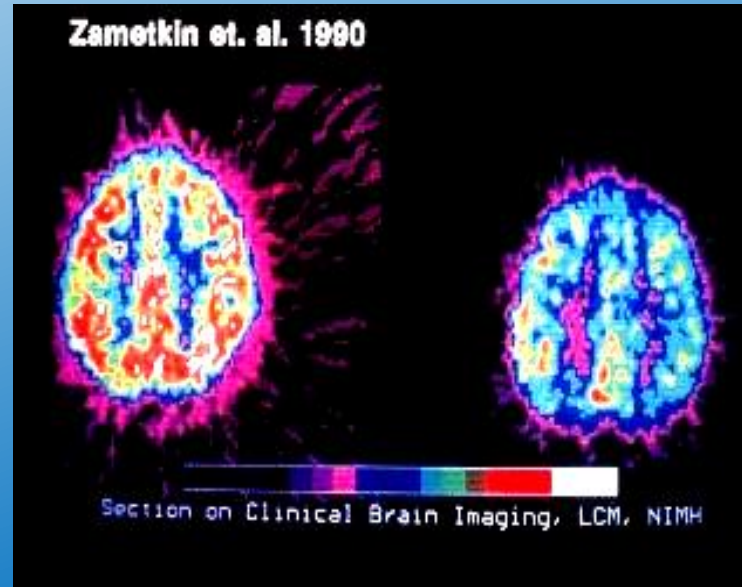
Sintomas não podem ser melhor explicados por algum outro transtorno mental

Problemas para o diagnóstico

- ✂ Subjetividade dos critérios
- ✂ Avaliação inconsistente - presença de sintomas usualmente fornecida por professor ou por familiar (geralmente a mãe)
- ✂ Estudo de Szatmari *et al* (1989) mostrou que o número de casos diagnosticados de TDAH reduziu em 80% quando as observações do familiar, professor e do médico foram usadas em conjunto ao invés de se usar apenas uma fonte
- ✂ Sintomas em crianças do sexo feminino são mais sutis - levando a subdiagnóstico

TDAH e o Cérebro

- ✎ **Diminuída estimulação** do Sistema Nervoso
- ✎ Reduzido fluxo sanguíneo para o córtex pré-frontal e vias de conexão com o sistema límbico (núcleo caudado nucleus e striatum)
- ✎ PET scan apresenta redução do metabolismo da glicose em todo o cérebro



Comparação do cérebro normal (esq) e o cérebro de paciente com TDAH

Provável etiologia do TDAH

- ✂ Ainda há inconsistências nos achados
- ✂ Forte evidência de influência genética
- ✂ Teoria predominante: Disfunção ou desequilíbrio em neurotransmissores do grupo das catecolaminas
 - Reduzida liberação de dopamina e/ou norepinefrina no cérebro
 - teoria apoiada pela resposta positiva ao tratamento com estimulantes
- ✂ Estudos recentes indicam possível redução de serotonina como um fator encontrado em estudos com modelo animal

Tratamento

 Aconselhamento individual e da família

 Emprego de estimulantes

 Antidepressivos Tricíclicos

 Bupropiona

 Clonidina

Terapia Comportamental

- Parent Management Training (PMT)
 - Pais e mães são instruídos sobre o TDAH
 - São oferecidas diretrizes sobre como educar uma criança com TDAH
 - Para comportamentos disruptivos os pais são instruídos em como usar recursos de premiação e de punição
- Estudos apoiam PMT

Intervenções Educativas (na Escola)

- Foco no manejo dos comportamentos de desatenção e hiperativos-impulsivos
- Técnicas são semelhantes às aquelas recomendadas aos pais
 - Sistema de recompensa ou incentivo
 - Considerável suporte científico para intervenções baseadas na escolar

Estimulantes

- ✗ Exato mecanismo é desconhecido
- ✗ Eleva a atividade do SNC reduzindo a flutuação da atividade ou rebaixamento do limiar de estimulação
- ✗ Têm estrutura similar à NE e DA, e podem mimetizar a sua ação
- ✗ Pelo menos 75% de resposta positiva com uma única dose
- ✗ 95% respondem bem ao tratamento com estimulantes
- ✗ Incluem metilfenidato, dextroamfetamina e pemolina



Efeitos colaterais

Comuns:

- Redução do apetite
- Insônia
- Efeito rebote
- Dores de cabeça e estômago

 Causa temporária de supressão de ganho de peso e altura

Ocasionais:

Ansiedade/ Depressão
Irritabilidade

Raros:

Tiques (Síndrome de Tourette)
hiperconcentração
problemas hepáticos

Prognóstico

- ✎ TDAH pode persistir na vida adulta, mas usualmente os sintomas tendem a diminuir
- ✎ Quando persiste, usualmente requer tratamento continuado e aconselhamento
- ✎ Maioria irá desenvolver outro transtorno (especialmente problemas de aprendizagem, TOD, depressão, e/ou transtorno de conduta)
- ✎ Sem tratamento:
 - Risco de comportamento antisocial e desviante

Obrigado !

- Mais informações:
- www.pqia-psiquiatriainfantil.org
- Página da Área de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência da Divisão de Psiquiatria do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
- Responsável: Prof. Dr. Erikson F. Furtado