

Saúde mental da infância e adolescência na Pediatria

Taciana G. Costa Dias
Psiquiatra da Infância e Adolescência

O que é saúde mental da infância e adolescência?

- Saúde mental na infância pode ser definida por um desenvolvimento social e emocional saudável (Egger, 2009):
 - Desenvolvimento de capacidades para experimentar e regular emoções
 - Formar relações próximas e seguras
 - Aprender
- O foco da atenção é:
 - Proporcionar desenvolvimento saudável
 - Prevenir problemas de saúde mental
 - Identificar e tratar problemas de saúde mental

Particularidades da psiquiatria de crianças e adolescentes

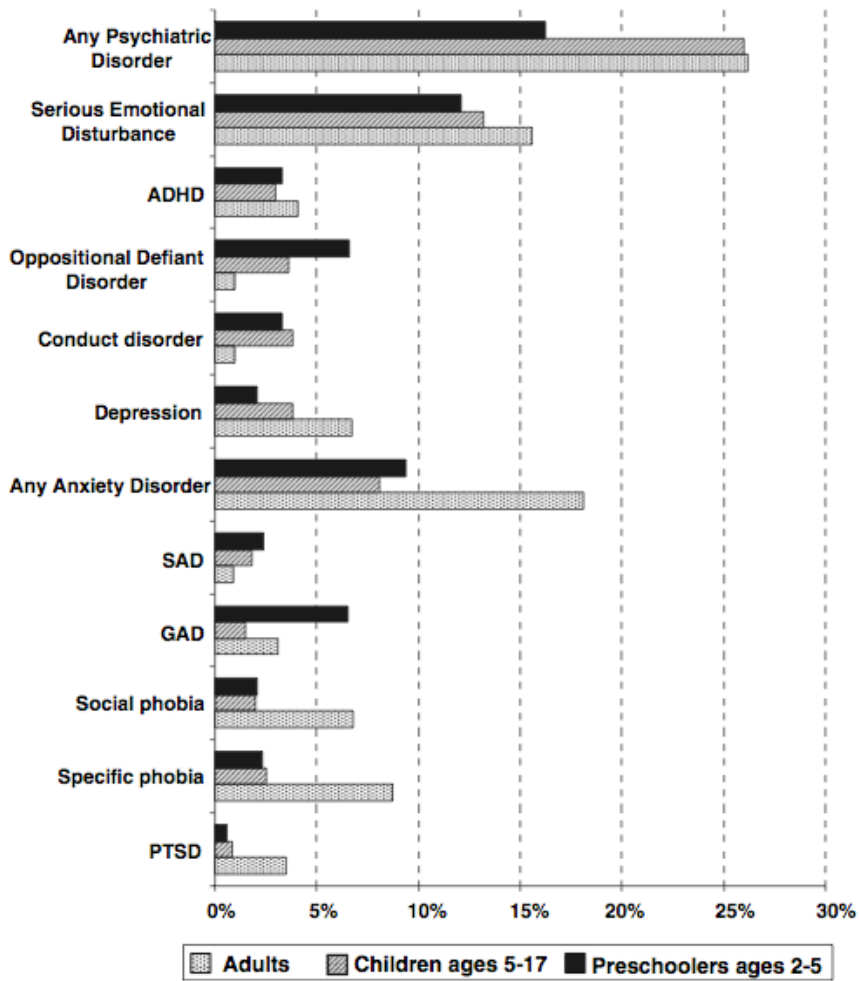
- Comportamentos “cl clinicamente relevantes” em idades mais velhas podem ser normais em crianças pequenas
 - Exemplo: crianças de 2 anos podem ser opositoras e fazer birras, como manifestação do surgimento da consciência do “eu” e da autonomia e individualidade.
 - Birras mais frequentes ou com comportamentos inapropriados (machucar os outros, destruir brinquedos) representam alterações de comportamento.
- Sinais de psicopatologia na infância e adolescência:
 - Desvio do desenvolvimento;
 - Comportamentos não usuais para a criança em questão;
 - Comportamentos típicos para o nível de desenvolvimento, mas em frequência, intensidade e duração alteradas.
- Para se diagnosticar um transtorno psiquiátrico, exige-se que haja sofrimento ou prejuízo do funcionamento.
 - Prejuízos da criança:
 - Adaptação às demandas apropriadas ao desenvolvimento e/ou a contextos específicos
 - Aquisição de habilidades do desenvolvimento
 - Relacionamento e funcionamento interpessoal
 - Saúde
 - Prejuízos da família (rotinas familiares, emprego, etc.)

Epidemiologia resumida

Idade de início dos transtornos mentais (Kessler et al., 2005):



Prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência (Egger & Angold. 2006):



Roteiro para suspeição e diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência

1. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

- Para o diagnóstico são necessários 6 sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas de hiperatividade/impulsividade.
- A escala MTA SNAP-IV (Mattos et al. 2006) pode ser utilizada como ferramenta para triagem, devendo ser preenchida por pais ou cuidadores e escola. Vide Anexo I.
- A escala SNAP é apropriada para avaliação de pacientes entre 6 e 18 anos incompletos,
- Desatenção: itens 1 a 9
- Hiperatividade/impulsividade: itens 10 a 18.
- Diagnóstico de TDAH: 6 itens de desatenção e/ou 6 itens de hiperatividade/impulsividade marcados como “Bastante” ou “Demais”, resposta de pais e escola, por mais de 6 meses.

2. Episódio depressivo na infância e adolescência (Rey et al., 2015; American Psychiatric Association, 2014)

Sintomas cardinais:

- Tristeza ou infelicidade persistente (em crianças e adolescentes pode ser humor irritável)
- Perda do prazer nas atividades da vida diária

Sintomas associados:

- Ideias inapropriadas de culpa, remorso ou inutilidade
- Dificuldade de concentração ou indecisão
- Distúrbio do apetite (diminuição ou aumento)
- Problemas de sono (insônia ou hipersonia)
- Falta de energia, fadiga, diminuição da atividade
- Pensamento suicida ou ideias de morte
- Agitação ou retardo psicomotor

Diagnóstico de episódio depressivo:

- Pelo menos 1 sintoma cardinal e 4 associados estão presentes
- Os sintomas duram pelo menos 2 semanas
- Os sintomas devem ser pervasivos, isto é, devem estar presentes todos os dias, na maior parte dos dias e devem causar perturbação significativa no comportamento
- Os sintomas não são melhor explicados pelo efeito de substâncias ou outra condição médica.

Particularidades da depressão na infância e adolescência:

- Muitas vezes, a reatividade do humor está mantida, ou seja, a criança pode se mostrar alegre quando algo bom acontece.
- Irritabilidade é comum na depressão na infância e adolescência e pode se manifestar como hostilidade, mau-humor ou crises de raiva. A criança pode se manifestar mais opositora e desobediente do que seu habitual.

3. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência (Rey et al., 2015)

3.1. Transtorno de ansiedade de separação

Sintomas cardinais:

- Medo ou preocupação de que algo ruim possa acontecer à criança ou figura de apego quando estão separados.
- A criança evita a separação da figura de apego.

Sintomas associados:

- Sonhos/pesadelos sobre separação.
- Evita situações como dormir fora de casa, ir à escola.
- Sintomas físicos como vômitos, diarreia e dor de estômago quando a separação é antecipada.

3.2. Transtorno de ansiedade generalizada

Sintomas cardinais:

- Tendência a preocupar-se com uma ampla gama de possibilidades negativas em diversas áreas, como escola, amizades, esportes, a própria saúde e dos familiares, problemas do dia-a-dia.

Sintomas associados:

- Tendência a buscar reasseguramento constante dos pais ou outros em relação aos medos
- Evitação de novidades, notícias negativas, situações incertas.
- Sintomas físicos (ex: cefaleia, dor abdominal, taquicardia, sudorese), problemas com o sono e irritabilidade quando preocupado.

3.3. Transtorno de ansiedade social

Sintomas cardinais:

- Medo e evitação de interações sociais ou performance social devido à crença de que os outros irão avaliá-lo negativamente.

Sintomas associados:

- Evitação de uma gama de situações como falar ou se apresentar em público, conhecer novas crianças, falar com figuras de autoridade. Em adolescentes, evitação de encontros românticos.
- Medo de avaliações negativas dos outros.

3.4. Transtorno do pânico

Sintomas cardinais:

- Ataques de pânico ou medo de ataques de pânico inesperados, comumente envolvendo vários sintomas somáticos, medo de morrer ou enlouquecer.

Sintomas associados:

- Múltiplos sintomas somáticos (por exemplo: palpitações, falta de ar, tonturas, tremores e dor no peito) que normalmente surgem e aumentam rapidamente, com duração limitada.

4. Transtorno de conduta (American Psychiatric Association, 2014)

Presença de pelo menos 3 dos 15 critérios seguintes, nos últimos 12 meses, com ao menos um critério presente nos últimos 6 meses:

- Agressão a pessoas ou animais:
 - 1- Provocação, ameaça ou intimidação frequente a outros
 - 2- Início frequente de brigas físicas
 - 3- Uso de objeto/arma que pode causar danos físicos graves
 - 4- Crueldade física com pessoas
 - 5- Crueldade física com animais
 - 6- Roubo com confrontação
 - 7- Participação em atividade sexual forçada
- Destruição de propriedade:
 - 8- Provocação de incêndios com intenção de causar danos graves
 - 9- Destruição deliberada da propriedade de outros
 - 10- Invasão de casa, edifício ou carro de outra pessoa
- Falsidade ou furto:
 - 11- Mentira/trapaça frequente para obter bens materiais, favores ou evitar obrigações
 - 12- Furto
- Violações graves de regras:
 - 13- Permanência fora de casa à noite, com início antes dos 13 anos, apesar da proibição dos pais
 - 14- Fuga de casa
 - 15- Falta frequente às aulas com início antes dos 13 anos de idade

5. Transtorno de oposição desafiante (American Psychiatric Association, 2014)

- Padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa.
- Pelo menos 6 meses de duração.
- Padrão de comportamento exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.
- Pelo menos 4 sintomas dos seguintes:
 - Perde a calma

- Facilmente irritável
 - Irritado e ressentido
 - Discute com figuras de autoridade
 - Desafia ou recusa a obedecer a ordens ou regras
 - Irrita outros de propósito
 - Culpa os outros
 - Rancoroso ou vingativo
- Os itens 19 a 26 da escala SNAP podem ser utilizados para triagem. Marcações de “Bastante” ou “Demais” representam sintomas positivos.

6. Transtorno do espectro autista

- Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos.
- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.
- A escala M-CHAT pode ser usada como ferramenta para triagem. Casos suspeitos devem ser encaminhados para avaliação. Vide Anexo II.

7. Anexo I – MTA SNAP-IV – Escala de pontuação para pais e professores para triagem de TDAH (Mattos et al. 2006).

8. Anexo II – M-CHAT triagem de transtornos do espectro autista, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses (Losapio e Pondé, 2008).

Referências:

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

EGGER, H. L. Psychiatric Assessment of Young Children. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 18, i. 3, p. 559-580, 2009.

EGGER, H. L. & ANGOLD, A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 47:3/4, p. 313–337, 2006.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, v. 62, p. 593-602, 2005.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M.P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008.

MANTESE, C. E. **Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica**, Porto Alegre: Telessaúde RS-UFRGS, 2018.

MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290-297, 2006.

REY, J. M. (Ed.). **IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015.