

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA DA

SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL



Coordenação Nacional para a
Saúde Mental



Alto Comissariado
da Saúde



Ministério da Saúde

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA DA

SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL



Coordenação Nacional para a
Saúde Mental



Alto Comissariado
da Saúde



Ministério da Saúde

Esta publicação pode ser consultada a partir do sítio na Internet do Alto Comissariado da Saúde:
<http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde,
Coordenação Nacional para a Saúde Mental
Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo
Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009 – 52 p.

Autores Cristina Marques, Teresa Cepêda (*Psiquiatria da Infância e Adolescência*)

Colaboradores Paula Barrias, Paula Correia, Teresa Goldschmidt (*Psiquiatria da Infância e Adolescência*)

Revisão de Texto Cristina Marques, Paula Barrias, Paula Correia, Teresa Goldschmidt (*Psiquiatria da Infância e Adolescência*), Marco Torrado (*Psicologia Clínica*)

Agradecimentos Teresa Gomes (*Medicina Geral e Familiar*), Ricardo Costa (*Pediatria*), Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (*APPIA*)

Editor Coordenação Nacional para a Saúde Mental
Av. António Augusto Aguiar, 32 – 2^o
1050-016 Lisboa
T. +351 21 330 50 50 , F. +351 21 330 50 20

Design Syntaxe
Impressão www.textype.pt

ISBN 978-989-96263-2-4
Depósito Legal 300 114/09

Tiragem 8000 exemplares

Outubro 2009

I	INTRODUÇÃO	07
II	AVALIAÇÃO, TRIAGEM E REFERENCIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL	09
01.	GRELHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	11
02.	DISTINÇÃO NORMAL / PATOLÓGICO	14
03.	REFERENCIAÇÃO À CONSULTA DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL	15
III	PATOLOGIAS MAIS RELEVANTES	19
01.	INTRODUÇÃO	21
02.	PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO	22
03.	HIPERACTIVIDADE / DÉFICE DE ATENÇÃO	24
04.	DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM	26
05.	PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE	28
06.	PERTURBAÇÕES DO HUMOR	29
07.	RECUSA ESCOLAR	31
08.	TENTATIVAS DE SUICÍDIO	33
09.	PERTURBAÇÕES DE EXPRESSÃO SOMÁTICA	35
	9.1. PERTURBAÇÕES DO SONO	35
	9.2. PERTURBAÇÕES ALIMENTARES	36
	9.3. ENURESE	40
	9.4. ENCOPRESE	41
10.	PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS	42
11.	PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO	43
12.	SITUAÇÕES PARTICULARES	45
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
	SÍTIOS A CONSULTAR NA INTERNET	48
	ANEXO	49

I

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência foi investigada em vários estudos e, embora os valores variem consideravelmente, estima-se que 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental ¹.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e esta proporção tende a aumentar ². De entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas apenas 1/5 recebe tratamento apropriado ². As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência trazem grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos quer financeiros, e muitas delas podem ser precursoras de perturbações na idade adulta ¹.

A grande maioria das situações problemáticas recorre inicialmente aos Cuidados de Saúde Primários, destacando-se a importância desta primeira linha de actuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação dos casos.

O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas deve pois transformar-se numa prioridade.

Neste âmbito, a articulação entre as equipas de saúde mental da infância e adolescência e os Cuidados de Saúde Primários torna-se imprescindível para um trabalho integrado mais coeso e eficiente.

Se por um lado as equipas especializadas têm a competência na área da saúde mental infanto-juvenil, os Centros de Saúde possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajectória de vida como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.

Podemos então apontar algumas das vantagens deste trabalho de articulação:

- Detecção precoce de situações de risco e intervenção atempada.
- Maior eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social / comunitária.
- Implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce.
- Formação de outros técnicos no âmbito da Saúde Mental Infantil e Juvenil.

II

AVALIAÇÃO, TRIAGEM E REFERENCIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

- 01.** GRELHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA
- 02.** DISTINÇÃO NORMAL / PATOLÓGICO
- 03.** REFERENCIAÇÃO À CONSULTA DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

AVALIAÇÃO, TRIAGEM E REFERENCIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

A avaliação diagnóstica pelo Médico de Família deverá ter como objectivos primordiais³:

- Definir o tipo e a gravidade do problema.
- Avaliar a importância relativa dos diversos factores intervinientes no desencadeamento e manutenção dos sintomas, assim como de eventuais factores protectores.
- Planear a intervenção terapêutica e eventual referenciação.

Neste contexto, sugerimos a avaliação dos seguintes pontos:

01.

GRELHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA³

- Identificação do Problema(s) / Sintoma(s):
 - Caracterização: descrição, frequência, início, factores desencadeantes / agravantes / protectores, o contexto em que surge, o que foi feito para resolver;
 - Clarificar o motivo do pedido.
- Sintomas associados.
- Nível de desenvolvimento (adequado ou não à idade cronológica).
- Antecedentes Pessoais:
 - Gravidez, parto, relação precoce, etapas do desenvolvimento psicomotor, reacção à separação, sono, alimentação, intercorrências médicas, tipo de prestação de cuidados.
- História Familiar/ Genograma/ Ambiente Familiar:
 - Avaliação da qualidade da relação pais-criança, existência de confusão de papéis, de gerações, “parentalização” da criança, tipos de comunicação e padrões de interacção, “atmosfera” emocional da família, existência de rede social / familiar alargada, existência de patologia psiquiátrica.
- Observação da criança (física e do estado mental), com despiste de organicidade.

- Exames Complementares de Diagnóstico.
- Necessidade eventual de observação por outras especialidades.

Esta grelha de avaliação diagnóstica sugere alguns pontos aos quais o Médico de Família deverá estar atento. No entanto, não é necessário que todos eles sejam exaustivamente pesquisados em todos os casos. O médico deverá orientar a entrevista de acordo com o seu senso clínico e identificar as questões mais relevantes face à problemática de cada criança/adolescente/família.

1. A **entrevista clínica aos pais** deverá abranger uma gama variada de situações. De forma resumida, deverá abordar⁴:

- Tipo de problema/sintoma e suas características.
- Duração/frequência/intensidade.
- Sintomas associados.
- Experiências traumáticas anteriores.
- Factores de stress /mudanças recentes no meio sócio-familiar.

É importante avaliar o funcionamento nas seguintes áreas:

- Escola: aproveitamento, absentismo, adaptação;
- Sintomas funcionais: motores, sono, alimentares, controle de esfíncteres;
- Atenção/ controle de impulsos/ nível de actividade;
- Comportamento: agressividade, intolerância à frustração, comportamentos anti-sociais;
- Emocional: sintomas de ansiedade (ex: preocupações e medos excessivos), humor depressivo ou irritável;
- Social: relação com pares, capacidade de comunicação, actividades.

A presença da criança durante a entrevista com os pais deve, em alguns casos, ser evitada, de forma a protegê-la da exposição a situações de humilhação/culpabilização.

Caso se trate de um adolescente, deverá ser-lhe dada a possibilidade de escolher entre estar ou não presente durante a entrevista com os pais ou, ainda, de ser atendido antes dos pais.

2. Na **observação do estado mental da criança/adolescente** o médico deverá estar atento a⁴:

- Forma como a criança se relaciona com o observador: evitamento, proximidade excessiva, mantém ou não contacto pelo olhar.
- Aparência geral: estado de nutrição, vestuário adequado, sinais de negligência física.
- Tipo de humor: ansioso, triste, zangado, eufórico.
- Linguagem: adequada ou não à idade, compreende ou não o que lhe é dito; organização do discurso, capacidade de associação entre as ideias; linguagem peculiar, tom calmo ou desafiador.
- Nível de actividade: calmo, lentificado, agitado.
- Capacidade de manter a atenção/ impulsividade: completa ou não uma tarefa, passa rapidamente de uma actividade para outra.
- Pensamento (evidenciado pelo tipo de discurso): organizado e coerente ou desorganizado e difícil de compreender, ideias bizarras.
- Movimentos anormais/ tiques/ vocalizações bizarras.
- Ideação suicida.

3. A **interacção pais-criança** é particularmente importante nos primeiros anos de vida. Há que observar ⁴:

- Forma como os pais se envolvem com a criança: excessivamente permissivos, demasiado intrusivos, “frustradores”, hostis, pouco envolvidos, afectuosos.
- Estratégias que usam para lidar com a criança: firmeza, calma no pedido, exigência extrema, coerção física, desinvestimento/ /distanciamento, indiferença.
- Como responde a criança e como se adaptam os pais às suas respostas: tentam mudar de estratégia se esta não funciona ou há ausência de flexibilidade e de capacidade adaptativa dos pais.
- Se os pais funcionam como “base segura”, isto é, se a criança se referencia aos pais perante situações potencialmente ameaçadoras ou para pedir ajuda e se os pais parecem estar atentos.

- Que qualidade de vínculos existem na relação pais-criança.

De sublinhar a necessidade de, durante a recolha de dados, manter uma atitude de escuta empática, para que os pais e a criança/adolescente tenham, no fim da entrevista, o sentimento de terem sido escutados, compreendidos e respeitados.

02.

DISTINÇÃO NORMAL / PATOLÓGICO

Em saúde mental da infância e da adolescência é por vezes difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico. Por si só um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia (diversos sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo geralmente transitórios e sem evolução patológica). Por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos.

Os sintomas adquirem significado no contexto sócio-familiar e no momento evolutivo da criança.

Deste modo, na presença de um ambiente familiar tolerante e tranquilizador, existe uma maior probabilidade de os sintomas diminuírem e até desaparecerem.

Já num meio intolerante, agressivo ou angustiante, as perturbações que a criança apresenta podem perdurar e afectar o seu desenvolvimento.

Sabe-se muitas vezes que pais impacientes ou ansiosos concentram a sua atenção num dado acontecimento ou sintoma, dando-lhe uma importância excessiva, fortalecendo-o, até se tornar um problema, sem que na maioria das vezes os pais tenham a noção deste seu papel. Os seus esforços para combater determinada situação problemática acabam por criar um estado de tensão na criança, reforçando o sintoma.

Apresentamos de seguida alguns indicadores que nos ajudam a efectuar a distinção entre normal e patológico.

Sintomas Normais (inerentes ao desenvolvimento)

Surgem no decurso de conflitos inevitáveis e necessários ao desenvolvimento psicológico da criança. Características:

- Transitórios.
- Pouco intensos.
- Restritos a uma área da vida da criança.
- Sem repercussão sobre o desenvolvimento.
- A criança fala neles com facilidade.
- Sem disfunção familiar evidente.

Sintomas Patológicos

Características:

- Intensos e frequentes.
- Persistem ao longo do desenvolvimento.
- Causam grave restrição em diferentes áreas da vida da criança.
- Repercussão no desenvolvimento psicológico normal.
- Meio envolvente patológico.
- Desadequados em relação à idade.
- Associação de múltiplos sintomas.

03.

REFERENCIAÇÃO À CONSULTA DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

1º Estar atento a eventuais **sinais de alerta para referência**

Na primeira infância:

- Dificuldades na relação mãe-bebé.
- Dificuldade do bebé em se auto-regular e mostrar interesse no mundo.
- Dificuldade do bebé em envolver-se na relação com o outro e em estabelecer relações diferenciadas.

- Ausência de reciprocidade interactiva e de capacidade de iniciar interacção.
- Perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente.
- Insónia grave.

Na idade escolar ⁵:

- Dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo e na ausência de factores pedagógicos adversos.
- Recusa escolar.
- Hiperactividade / agitação (excessiva ou para além da idade normal).
- Ansiedade, preocupações ou medos excessivos.
- Dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes.
- Agressividade, violência, oposição persistentes, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade.
- Dificuldades na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos.
- Somatizações múltiplas ou persistentes.

Na adolescência ⁵:

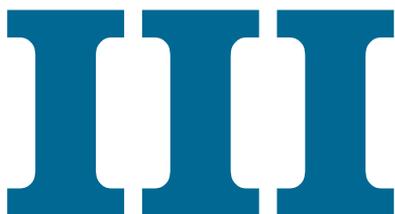
- Incapacidade para lidar com problemas e actividades quotidianas.
- Somatizações múltiplas ou persistentes.
- Humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio, isolamento relacional.
- Ansiedade excessiva.
- Alterações do pensamento e da percepção.
- Sintomatologia obsessivo-compulsiva.
- Insónia grave, persistente.
- Restrição alimentar, preocupação com o peso, comportamentos purgativos.
- Passagens ao acto impulsivas (agressivas ou sexuais), comportamentos auto-agressivos, fugas.
- Comportamentos anti-sociais repetidos.

2º Nos casos com sintomas patológicos de gravidade ligeira a moderada deverão ser implementadas estratégias de intervenção comunitária, nomeadamente ao nível familiar, escolar e social, antes de sinalizar à equipa de Saúde Mental (ver recomendações no capítulo III).

3º A eficácia das medidas implementadas deverá ser avaliada ao fim de 3 meses. Em caso de agravamento do quadro ou ausência de melhoria, sinalizar à equipa de Saúde Mental de referência.

A motivação da família para aderir à consulta é um aspecto crucial e deve ser alvo da atenção do médico.

Dada a dificuldade em estabelecer critérios bem definidos de urgência em Pedopsiquiatria, o Serviço de Saúde Mental Infantil e Juvenil de referência deve ser contactado directamente para discussão do caso sempre que surjam dúvidas acerca da gravidade da situação.



PATOLOGIAS MAIS RELEVANTES

- 01. INTRODUÇÃO**
- 02. PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO**
- 03. HIPERACTIVIDADE / DÉFICE DE ATENÇÃO**
- 04. DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**
- 05. PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE**
- 06. PERTURBAÇÕES DO HUMOR**
- 07. RECUSA ESCOLAR**
- 08. TENTATIVAS DE SUICÍDIO**
- 09. PERTURBAÇÕES DE EXPRESSÃO SOMÁTICA**
 - 9.1. PERTURBAÇÕES DO SONO**
 - 9.2. PERTURBAÇÕES ALIMENTARES**
 - 9.3. ENURESE**
 - 9.4. ENCOPRESE**
- 10. PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS**
- 11. PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO**
- 12. SITUAÇÕES PARTICULARES**

01.

INTRODUÇÃO

A CID – 10 identifica duas grandes categorias específicas em Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Perturbações do Desenvolvimento Psicológico e Perturbações do Comportamento e Emocionais. Este último grupo de perturbações constitui cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar ⁶.

Na 1^a categoria estão incluídas perturbações do desenvolvimento de funções específicas como a aprendizagem e perturbações globais do desenvolvimento (o autismo, por exemplo).

A 2^a categoria inclui as perturbações do comportamento, a hiperactividade/défice de atenção e as perturbações emocionais da infância.

Há ainda que referir que muitas das perturbações mais frequentemente observadas em adultos podem ter início durante a infância. A depressão é disso um exemplo, tendo vindo a ser diagnosticada com frequência crescente na infância e na adolescência ¹.

Neste capítulo considerámos útil fazer referência não só aos grupos de patologias com maior prevalência (perturbações do comportamento, dificuldades de aprendizagem, perturbações da ansiedade, do humor, anorexia nervosa) como também a situações menos frequentes mas cujas características (gravidade, prognóstico) tornam imprescindível um diagnóstico precoce e uma intervenção terapêutica específica (perturbações do espectro do autismo, perturbações psicóticas).

02. PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO

03. HIPERACTIVIDADE / DÉFICE DE ATENÇÃO

04. DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

05. PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE

06. PERTURBAÇÕES DO HUMOR

07. RECUSA ESCOLAR

08. TENTATIVAS DE SUICÍDIO

09. PERTURBAÇÕES DE EXPRESSÃO SOMÁTICA

10. PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

11. PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO

12. SITUAÇÕES PARTICULARES

02.

PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO

Aspectos Gerais

Grupo complexo de situações que engloba perturbações de oposição e perturbações do comportamento propriamente ditas, caracterizado por um padrão persistente de:

- Dificuldade em aceitar regras.
- Passagens ao acto agressivas, desencadeadas frequentemente por situações de frustração.
- Comportamentos anti-sociais de gravidade variável (roubos, mentiras, fugas, destruição de propriedade, agressividade para pessoas e animais).

As perturbações de oposição surgem como forma menos grave de perturbações do comportamento e precedem-nas frequentemente. Estas são mais frequentes no sexo masculino e estão presentes em cerca de 5% dos rapazes em idade escolar ⁸.

Nesta faixa etária predominam os comportamentos hetero-agressivos, que vão diminuindo a partir da pré-adolescência, sendo os comportamentos anti-sociais mais frequentes no período da adolescência ⁷.

Factores de Risco

- Disfunção familiar:
 - Experiências traumáticas e carenciais precoces;
 - Exposição a situações de violência e maus-tratos, situações de elevada conflitualidade intrafamiliar;
 - Alternância aleatória entre rigidez excessiva e ausência de controlo/limites.
- Doença mental/ comportamentos aditivos dos pais.
- Baixo nível socioeconómico.
- Temperamento difícil da criança.
- Situações de vulnerabilidade somática da criança, em particular aquelas que diminuem a capacidade de controlo de impulsos (epilepsia, lesão cerebral).
- Dificuldades de aprendizagem.

Intervenção

- Ter em conta factores desencadeantes e perpetuadores a nível familiar, social ou escolar.
- Apoio e orientação aos pais:
 - Evitar exposição a situações de violência.
 - Motivar a família para a mudança.
 - Desaconselhar punições físicas.
 - Sublinhar a importância da coerência de regras/atitude.
 - Impedir benefícios secundários com o sintoma.
 - Fomentar outras formas de expressão da agressividade.
- Trabalho de articulação com a escola: planejar intervenções ao nível da escola que facilitem a integração no grupo de pares e o investimento de actividades lúdicas/desportivas.
- Articulação com a rede de apoio social e com projectos de intervenção sociocultural locais.

Referenciação

- Orientar para consulta de Pedopsiquiatria se as medidas anteriormente tomadas não levarem a atenuação da sintomatologia, principalmente se existir evidência de associação com perturbações emocionais.
- Orientar para o SPO (Serviço de Psicologia e Orientação) ou outros serviços de apoio educativo, quando se associam dificuldades de aprendizagem.
- Orientar para serviços sociais locais, se a problemática social assim o justificar.

Prognóstico

Variável, de acordo com a gravidade, número e tipo de sintomas.

Alguns casos com sintomas múltiplos, de gravidade moderada a severa e disfunção familiar coexistente, podem evoluir para perturbações de personalidade na idade adulta.

03.

HIPERACTIVIDADE / DÉFICE DE ATENÇÃO

Aspectos Gerais

Perturbação caracterizada pela associação de sintomas de excesso de actividade motora, défice da atenção e impulsividade, os quais persistem ao longo do tempo e se evidenciam em pelo menos dois contextos (ex: casa, escola, situações sociais).

O início é precoce e frequentemente associado a problemas de desenvolvimento e do comportamento.

O quadro pode variar em função da idade e do nível de desenvolvimento e o diagnóstico deve ser cauteloso em crianças pequenas.

Na idade pré-escolar, as crianças com esta perturbação diferem das crianças normalmente activas, pela sua incapacidade total de permanecer sentadas ou envolvidas em actividades tranquilas (por exemplo, ouvir uma história), apresentando um estado de irrequietude extrema, por vezes associado a comportamentos potencialmente perigosos ⁸.

Na idade escolar e na adolescência o quadro é semelhante, embora ao longo do tempo a hiperactividade se torne menos intensa e acompanhada de sentimentos de inquietação. O défice de atenção e a impulsividade geralmente mantêm-se.

A questão diagnóstica fulcral consiste em avaliar se os níveis de actividade, grau de impulsividade e défice de atenção interferem significativamente (ou não) com o desempenho escolar, relações com os pares e funcionamento familiar e se causam grande sofrimento à criança ⁵.

Factores de Risco

- Genéticos e constitucionais.
- Relacionais (ligados à capacidade da família compreender, conter e organizar o comportamento da criança).
- Lesões cerebrais (por ex., epilepsia), principalmente se associadas a atraso mental.

Intervenção

- Se a criança parece manter uma boa adaptação, o trabalho a realizar deverá ser o de informar sobre as características da

perturbação, promover atitudes parentais adequadas no modo de lidar com a criança, aconselhar os pais a articular com a escola e manter uma vigilância da situação.

- Se a relação com os pares, a adaptação e o desempenho escolares estiverem comprometidos, há que:

Ao nível da família:

- Explicar aos pais a situação, desmistificando a ideia de que a criança é “má”, sem no entanto os desresponsabilizar quanto ao maneio da situação.
- Incentivar o estabelecimento de regras e limites bem definidos.
- Incentivar e valorizar desempenhos positivos.
- Promover relação próxima e securizante com os pais.

Ao nível do jardim-de-infância / escola:

- Promover relação com figura de referência (educadora, professora) que funcione como contentora e organizadora do comportamento da criança.
- Avaliação pedagógica e implementação de plano educativo de acordo com as necessidades individuais (ex: apoio acrescido, turma com nº reduzido de alunos, ensino especial).
- Avaliar dificuldades instrumentais associadas, as quais podem requerer investigação e intervenção, designadamente ao nível da linguagem e psicomotricidade.
- Ponderar integrar a criança no horário da manhã.

Referenciação

Se as medidas anteriormente tomadas se mostrarem ineficazes ou existir agravamento da situação:

- Orientar, de acordo com a análise do caso clínico, para consulta de especialidade (Pediatria, Neuropediatria ou Pedopsiquiatria).
- Orientar para Consulta de Pedopsiquiatria se existirem outros sintomas psicopatológicos associados (nomeadamente perturbações do humor, da ansiedade, perturbações graves de oposição e do comportamento) ou em casos de psicopatologia/ disfunção familiar grave.

Prognóstico

Variável de acordo com a intensidade dos sintomas e as atitudes do meio (familiar, escolar, social).

A associação com perturbações do comportamento, dificuldades na integração com os pares e níveis elevados de hostilidade nas relações intra-familiares determinam um pior prognóstico.

04.

DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

Aspectos Gerais

Grupo muito abrangente de situações, relacionadas com factores individuais, culturais e sócio-familiares, no qual há ainda que distinguir diversos tipos de dificuldades:

- Limitadas a uma área do conhecimento ou generalizadas.
- Com início precoce ou mais tardio.
- Associadas ou não a outra problemática da criança/familiar/social.

A prevalência é assim muito variável (de 2 a 10%), dependendo do tipo de avaliação e das definições adoptadas.

Factores de Risco

- Défice cognitivo.
- Défice sensorial (visão, audição).
- Dificuldades específicas da aprendizagem.
- Problemas emocionais e do comportamento.
- Problemas familiares e sócio-culturais.
- Atraso de linguagem.

Intervenção

- Investigar a existência de ⁴:
 - Défice sensorial.
 - Défice cognitivo.
 - Sinais neurológicos minor.

- Dismorfias faciais ou outras (sugestivas de síndrome específico).
- Avaliação compreensiva da situação em articulação com a escola, nomeadamente através da equipa de Saúde Escolar.
- Planear orientação/intervenção de acordo com os resultados desta avaliação:
 - Intervenção ao nível da escola (desenvolvimento de estratégias pedagógicas/ relacionais, em colaboração com o Professor, de acordo com as necessidades específicas da criança);
 - Eventual intervenção familiar/ social.

Referenciação

- Orientação para serviços de apoio educativo da escola sempre que as dificuldades de aprendizagem forem significativas.
- Orientação para consulta de Pediatria (Geral, do Desenvolvimento) se existir atraso do desenvolvimento, antecedentes/ sinais neurológicos, dismorfias.
- Orientação para consulta de Pedopsiquiatria se existirem sintomas emocionais ou do comportamento associados, com características de sintomas patológicos ou em casos de psicopatologia/ disfunção familiar grave.

Divulga-se em anexo o **Fluxograma** de referenciação elaborado pela Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA).

Prognóstico

Variável de acordo com a situação em causa.

05.

PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE

Aspectos Gerais

Preocupações / medos exagerados ou desadequados relativamente ao nível de desenvolvimento da criança.

A ansiedade desempenha um papel adaptativo no desenvolvimento da criança. Pode, no entanto, considerar-se patológica quando³:

- Muito intensa e prolongada.
- Muito invasiva, interferindo com o desenvolvimento e quotidiano da criança (capacidade de socialização, autonomia).
- Surgem tardiamente sintomas considerados normais em estadios mais precoces do desenvolvimento (por exemplo: a ansiedade de separação que é normal aos 2-3 anos mas não aos 8-10 anos).

Os sintomas mais frequentes incluem queixas somáticas, medo da separação, comportamentos regressivos / imaturos, irritabilidade, grande susceptibilidade às críticas, comportamentos obsessivos ou fóbicos.

Factores de Risco⁴

- Factores genéticos e constitucionais.
- Factores familiares (ex: pais hiperprotectores e ansiosos, patologia psiquiátrica nos pais, padrão de agregação familiar para certos tipos de fobias).
- Factores de stress / mudanças no meio familiar.
- Acontecimentos desencadeantes específicos.
- Situações de doença crónica na criança/adolescente.

Intervenção⁴

- Aconselhar os pais a tranquilizar a criança mas mantendo uma atitude firme e segura.
- Incentivar a criança a encontrar soluções para enfrentar a situação problemática.

- Não favorecer evitamento excessivo das situações que causam ansiedade, sem no entanto forçar a criança para além da sua capacidade de adaptação.

Referenciação

Orientação para consulta de Pedopsiquiatria se houver persistência/ agravamento dos sintomas, se estes são invasivos da rotina quotidiana da criança, se causam sofrimento intenso ou se os pais se mostram incapazes de lidar com a situação.

Prognóstico⁴

Na maioria dos casos verifica-se uma melhoria mas mantém-se frequentemente a tendência para manifestar perturbações emocionais ao longo do desenvolvimento, podendo necessitar de suporte em situações de maior tensão.

06.

PERTURBAÇÕES DO HUMOR

Aspectos Gerais

Caracterizam-se por sentimentos de desvalorização/culpabilidade persistentes e que interferem com a vida da criança ou adolescente.

Os sintomas incluem: humor depressivo, fadiga e outras queixas somáticas, isolamento social, desinteresse/falta de prazer nas actividades habituais, alterações do sono e alimentares, perturbações do comportamento e baixa do rendimento escolar. Associam-se habitualmente sintomas de ansiedade.

Na criança pequena predominam sintomas de irritabilidade e agressividade; no adolescente os sintomas de depressão são frequentemente semelhantes aos do adulto¹⁰.

As perturbações do humor são o factor de risco mais importante para o suicídio na adolescência.

Factores de Risco⁴

- Temperamento: crianças com dificuldades de adaptação a mudanças têm maior tendência para depressão.
- Vinculação insegura, experiências de separação ou perda.
- Situações de tensão prolongada.
- Mudanças no meio familiar ou escolar.
- História familiar de depressão.

Intervenção

- Avaliação médica e exclusão de causas orgânicas.
- Avaliar se existe risco de suicídio.
- Mostrar disponibilidade para ouvir as preocupações da criança ou adolescente.
- Aconselhamento familiar: sensibilização dos pais para o sofrimento da criança/adolescente e discussão de estratégias para lidar com o problema (ex: valorização de competências).
- Trabalho de articulação com a escola: planejar intervenções ao nível da escola que facilitem a integração no grupo de pares e o investimento de actividades lúdicas/desportivas.
- Articulação com a rede de apoio social e com projectos de intervenção sociocultural locais (ex: escuteiros, ATL, outras actividades organizadas).
- A medicação tem indicação em situações específicas, devendo ser uma medida coadjuvante a outros tipos de intervenção (psicoterapêutica, familiar, pedagógica).

Referenciação

Orientar para consulta de Pedopsiquiatria:

- Casos de maior gravidade (sintomas persistentes e com impacto significativo em diversas áreas da vida da criança/adolescente).
- Se as medidas anteriores se revelarem ineficazes.
- Quando existir risco de suicídio.
- Quando existir necessidade de intervenção farmacológica.

Prognóstico

A evolução é variável. Os quadros que se iniciam em idades precoces (pré-escolar, escolar) podem perpetuar-se, principalmente se não houver uma intervenção atempada.

Na adolescência podem surgir situações transitórias, de bom prognóstico, no entanto também surgem casos que tendem a persistir durante a idade adulta, principalmente as depressões major e a doença bipolar.

07.

RECUSA ESCOLAR

Aspectos Gerais

Surge mais frequentemente nas transições escolares (com picos de prevalência aos 7, 11 e 14 anos) e corresponde habitualmente a dificuldades de separação dos pais ou a ansiedade no desempenho.

A recusa em frequentar a escola associa-se frequentemente a angústia intensa, receio de ficar só, comportamento dependente, perturbação do sono, medos e queixas somáticas (dores abdominais e vômitos em crianças mais pequenas, cefaleias em crianças mais velhas); estas últimas evidenciam-se nos momentos que antecedem a ida para a escola.

A presença de angústia, o desejo imperioso de permanecer em casa e o interesse conservado pela escolaridade constitui uma tríade muito sugestiva de fobia escolar.

O quadro clínico inicia-se habitualmente no início do ano escolar ou após as férias escolares.

Pode ser a manifestação inaugural de uma perturbação psiquiátrica emergente, principalmente na adolescência¹⁰.

É importante distinguir de casos de absentismo escolar associado a desinvestimento das actividades académicas, não existindo nestes últimos ansiedade face à separação ou medo irracional da escola.

Factores de Risco⁴

- Factores relacionados com a criança: características de passividade, inibição, dependência; situações de doença (ou outras) que favoreçam a manutenção de uma relação de hiperprotecção ansiosa; doença psiquiátrica (perturbação da ansiedade, depressiva).
- Factores relacionados com a família: dificuldade em promover a autonomia dos filhos; pais ansiosos e hiperprotectores (dificuldades de separação mútuas); doença mental ou física dos pais (ex: pais incapazes de cuidar de si próprios, o que pode levar criança a ter receio de deixar os pais).
- Factores relacionados com a escola: insegurança/ violência no meio escolar; dificuldades de aprendizagem; situações de conflito ou de humilhação com professores e pares, podem funcionar como desencadeante em crianças mais vulneráveis.

Intervenção

- Atitude firme dos pais, escola e médico que encorajem a criança a regressar à escola o mais brevemente possível. No entanto é aconselhável que o faça de forma gradual (forçar a permanência na escola por períodos mais longos do que a criança inicialmente suporta pode comprometer o regresso).
- Articulação concertada pais/escola/médico. Implica investigar e abordar em estreita colaboração os factores envolvidos. A criança deve participar activamente na criação de estratégias que permitam o regresso à escola.

Referenciação

Orientar para consulta de Pedopsiquiatria nos casos de recusa escolar persistente (superior a 2 semanas), associada a outros sintomas emocionais ou do comportamento ou quando a família se mostra incapaz de lidar com a situação (ex: doença mental ou disfunção familiar grave).

Prognóstico

Casos de menor gravidade resolvem-se com alguma rapidez.

As situações persistentes, que ocorrem sobretudo em crianças mais velhas com problemas emocionais graves, tendem a evoluir para perturbações da ansiedade na vida adulta.

08.

TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Aspectos Gerais

Entre os comportamentos auto-destrutivos englobam-se as tentativas de suicídio, que surgem com mais frequência na adolescência.

As tentativas de suicídio são três vezes mais frequentes no sexo feminino. No entanto, os suicídios consumados são duas vezes mais frequentes no sexo masculino⁷.

São frequentemente desencadeadas por crises na relação com familiares, namorados/ amigos ou por conflitos no meio escolar.

Factores de Risco⁷

- Isolamento social ou emocional do adolescente.
- Situações de doença crónica somática, abuso sexual, físico ou psicológico.
- Patologia psiquiátrica, particularmente Perturbações do Humor (depressão, doença bipolar), Perturbações Disruptivas do Comportamento com predomínio de passagens ao acto impulsivas e Perturbações Psicóticas (menos frequentes mas de elevado risco).
- Contacto recente com tentativa de suicídio.
- Tentativa(s) de suicídio anterior(es).
- Famílias com alto nível de conflitualidade ou existência de doença psiquiátrica nos pais; história familiar de suicídio.
- Comportamentos aditivos.

Intervenção⁴

- Aspectos a serem objecto de avaliação prioritária:
 - Motivação/planeamento do acto: avaliar se houve intenção de morte (ex: tentativa de ocultar o acto, encontrar-se sozinho no momento, não procurar ajuda posteriormente), existência de nota prévia de suicídio, letalidade do método usado.
 - Verbalização de intenção expressa de morte (antes ou depois da tentativa).

- Patologia mental da criança/adolescente (nomeadamente presença de grande impulsividade, alterações súbitas do humor ou sintomas psicóticos).
- Tratamento psiquiátrico prévio e qual a resposta ao tratamento.
- Patologia mental na família.
- Factores precipitantes (como perdas/ roturas afectivas recentes, situações de humilhação).
- Rede de suporte (familiar, escolar, serviços da comunidade), de forma a possibilitar o desenvolvimento de um plano concertado de protecção à criança/adolescente.
- Aconselhamento aos pais: vigilância, remover o acesso a meios letais para o acto, informação sobre sinais de risco para comportamento suicida e sobre serviços de urgência onde podem recorrer.
- Orientar para o Serviço de Urgência ou Consulta de Pedopsiquiatria de acordo com a gravidade da situação, tendo em conta que a intervenção prioritária é assegurar a protecção da criança / adolescente.

Referenciação

Orientar para o Serviço de Urgência ou Consulta de Pedopsiquiatria de acordo com a gravidade da situação, tendo em conta os índices de pior prognóstico, que podem requerer intervenção de urgência, e que são:

- Planeamento do acto (com intenção de morte) e ausência de factores desencadeantes externos.
- Verbalização de intenção expressa de morrer.
- Uso de método violento ou de elevada letalidade.
- Existência de patologia mental (principalmente presença de sintomas psicóticos) na criança/adolescente ou na família.
- Associação com comportamentos aditivos, impulsividade, isolamento social, alterações súbitas do humor.
- Tentativas de suicídio anteriores.

Prognóstico

Existe possibilidade de recidiva da tentativa de suicídio nos casos com índices de pior prognóstico.

09.

PERTURBAÇÕES DE EXPRESSÃO SOMÁTICA

9.1.

PERTURBAÇÕES DO SONO

Aspectos Gerais

Grupo de perturbações cuja queixa fundamental consiste na dificuldade em iniciar ou manter o sono.

Inclui situações de insónia, terrores nocturnos, sonambulismo, somnilóquia, ritmias do sono e pesadelos, entre outras.

Factores de Risco⁷

- Crianças com dificuldades de separação.
- Factores de stress / mudanças do meio familiar que provoquem sentimento de insegurança na criança.
- Acontecimentos perinatais adversos.
- Dificuldades regulatórias do processamento sensorial.

Intervenção

- Regularização dos horários do sono e de outras rotinas diárias (insistir com os pais na importância da consistência).
- Incentivar a criança a adormecer sozinha e em quarto próprio. No entanto, os bebés (nos primeiros dois anos de vida) podem ter necessidades particulares, nomeadamente de regular o sono através de uma maior proximidade física com os pais.
- Organização de rotinas de adormecimento, criando um ambiente tranquilo e evitando momentos de excitabilidade/hiperestimulação no momento de deitar (ex: ler uma história, deixar a porta do quarto da criança ligeiramente aberta, luz de presença acesa).
- Incentivar o estabelecimento de limites (ex: não prolongar excessivamente o momento do adormecer).
- O uso de objectos transicionais (peluche, cobertor) pode ajudar a criança a tranquilizar-se. Não usar o biberão para adormecer a criança.

- As estratégias têm que ser discutidas com os pais e avaliada a sua eficácia uma vez que nem todas são terapêuticas para uma determinada criança ou família.
- A medicação só tem indicação em situações específicas, não devendo ser prescrita como rotina.

Referenciação

Orientar para a consulta de Pedopsiquiatria apenas quando:

- As medidas acima referidas não resultam (sintomas frequentes e persistentes);
- Existe associação com outros sintomas psicopatológicos;
- Existem dificuldades acentuadas na capacidade dos pais de lidar com a situação.

Prognóstico

Geralmente transitórias, são frequentes e normais entre os 2 e os 5 anos de idade.

Melhoria significativa com intervenção adequada.

9.2.

PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

PERTURBAÇÕES ALIMENTARES PRECOSES

Aspectos Gerais

Situações frequentes na criança pequena: recusa do peito ou biberão, dificuldade em aceitar a diversificação alimentar, recusa alimentar com queixas de falta de interesse pela comida ou presença de peculiaridades alimentares.

Muitas vezes as refeições decorrem num clima de grande tensão, com birras intensas, vômitos e choro.

Alguns sintomas, nomeadamente as queixas de falta de apetite, correspondem por vezes a expectativas parentais excessivas em relação às necessidades da criança.

Factores de Risco⁷

- Temperamento difícil da criança.
- Atraso do crescimento ou do desenvolvimento; problemas gastrointestinais.
- Perturbação da relação mãe-criança (pode ser consequência e não causa).
- Depressão materna.
- Dificuldades regulatórias do processamento sensorial.

Intervenção⁷

- Avaliação do crescimento e estado nutricional da criança.
- Excluir patologia orgânica.
- Avaliação do estado mental da mãe.
- Se possível, avaliar a interação mãe-criança durante a situação alimentar.
- Aconselhamento dos pais no sentido de diminuir a ansiedade em torno da alimentação. É importante regularizar os horários das refeições, não permitir que estas se prolonguem excessivamente, não forçar excessivamente a criança (respeitar o seu ritmo e características individuais), não “conflitualizar” a situação alimentar (atitude emocionalmente neutra dos pais).

Referenciação

Orientar para a consulta de Pedopsiquiatria quando:

- As medidas acima referidas não resultam ou os sintomas são frequentes, graves e persistentes (> de 3 meses).
- Associação com outros sintomas psicopatológicos.
- Dificuldades acentuadas na capacidade dos pais de lidar com a situação ou perturbação grave da relação pais-criança.
- Perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente.

Prognóstico

Frequentemente transitórias e relacionadas com fases do desenvolvimento ou dificuldades na relação mãe-criança.

Nos casos mais graves as dificuldades podem persistir, por vezes associadas a outros sintomas psicopatológicos.

PERTURBAÇÕES ALIMENTARES DA SEGUNDA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Aspectos Gerais

Perturbações caracterizadas por hábitos alimentares particulares: restrição ou excesso alimentar, mau equilíbrio nutricional, caprichos alimentares.

Ao longo da infância são relativamente frequentes períodos de alterações do comportamento alimentar, com recusa na ingestão de alimentos ou na autonomia alimentar, em geral associados a dificuldades nas relações com os familiares próximos. A intervenção deve ser feita sobretudo junto dos pais no sentido de estimular a autonomia dos filhos e evitar a conflitualidade que frequentemente está associada às refeições.

Dentro das perturbações do comportamento alimentar, e sobretudo na adolescência, destacam-se dois quadros clínicos, pela sua potencial gravidade.

Anorexia nervosa⁸:

- Restrição progressiva da ingestão, receio em ganhar peso.
- Dietas rígidas e excessivas, por vezes associadas a vômitos, uso de laxantes e diuréticos.
- Alteração da imagem corporal.
- Amenorreia.

Bulimia Nervosa⁸:

- Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (mínimo de 2 vezes por semana durante 3 meses) associados a comportamentos compensatórios para impedir o ganho de peso (vômitos, uso de laxantes, diuréticos).

Factores de Risco⁷

- Contacto ou desejo de pertencer a grupos onde exista um ideal de magreza (bailarinas, modelos).
- Grande preocupação com a aparência.
- Traços obsessivos de personalidade.
- História familiar de anorexia nervosa.

Intervenção⁷

- Avaliação médica e exclusão de causas orgânicas. Deve incluir: exame físico, exames laboratoriais e electrocardiograma.
- Avaliação da dinâmica das relações intra-familiares.
- Avaliação do humor e das atitudes face a: autonomia, sexualidade, peso e forma corporal, motivação para a mudança.
- Atitude firme em relação ao ganho de peso, com metas e objectivos a atingir semanalmente.
- Participação activa da família no processo terapêutico.

Referenciação

- Orientar para consultas de Pedopsiquiatria e Pediatria/Endocrinologia no caso das medidas anteriores se revelarem ineficazes.
- Referenciação urgente ou internamento se⁴:
 - Perda de peso rápida (> 30% em 6 meses) ou desnutrição grave;
 - Complicações médicas agudas (ex: disritmias cardíacas, alterações electrolíticas graves);
 - Ciclos ininterruptos de ingestão alimentar compulsiva (*binge eating*), vômitos/uso de laxantes e restrição alimentar;
 - Situações médicas coexistentes não controladas (ex: *Diabetes mellitus*);
 - Depressão grave, ideação suicida ou associação com outros sintomas psicopatológicos graves, em particular sintomas psicóticos.

Prognóstico

Nos casos de Anorexia Nervosa cerca de 1/3 recupera completamente, 1/3 mantém um peso razoável mas continua a apresentar preocupação excessiva com a aparência e dificuldades relacionais, 1/3 nunca consegue atingir um peso satisfatório e mantém graves perturbações da personalidade⁷. As perturbações graves da personalidade estão também frequentemente associadas à Bulimia Nervosa.

9.3.

ENURESE

Aspectos Gerais

Incapacidade de controlar o esfíncter vesical após os 5 anos (mínimo de 2 episódios semanais durante 3 meses consecutivos).

É mais frequente no sexo masculino; em muitos casos existe história familiar.

Existem vários subtipos: primária versus secundária; em relação ao ritmo nictemeral pode ser nocturna, diurna ou ambas. O subtipo mais frequente é a enurese nocturna primária; a enurese secundária é frequentemente psicogénica e está associada a factores desencadeantes.

Factores de Risco ⁷

- Imaturidade vesical.
- Infecções do tracto urogenital, outras alterações renais ou neurológicas.
- Factores de stress / mudanças no meio familiar (ex: nascimento de um irmão, perda de alguém próximo, entrada para a escola) ou situações que resultem em treino vesical inconsistente ou coercivo.
- História familiar de enurese.

Intervenção ¹¹

- Avaliação médica e exclusão de causas orgânicas. Pode incluir: exame microscópico e bacteriológico da urina (rotina) e outros exames urológicos caso se verifiquem queixas urinárias, enurese diurna ou sinais de infecção na urina asséptica.
- Diminuir a ingestão de líquidos à noite.
- Ir ao WC antes de deitar.
- Valorizar as noites secas.
- Evitar os castigos.
- A medicação a utilizar depende da avaliação da situação.
- Pode ser ponderado o uso de alarme sonoro para a enurese nocturna primária.

Referenciação

- Se houver suspeitas de organicidade pode ser necessário orientar para consulta de Pediatria.
- Se a enurese for persistente ou se estiver associada a problemas emocionais ou do comportamento pode ser necessário orientar para consulta de Pedopsiquiatria.

Prognóstico

Tende a desaparecer ao longo do desenvolvimento.

9.4.

ENCOPRESE

Aspectos Gerais

Perturbação do controle do esfíncter anal após os 4 anos (pelo menos um episódio por mês durante um mínimo de 3 meses).

Factores de Risco ¹²:

- Problemas durante a aquisição do controle de esfíncteres.
- Problemas emocionais e familiares.
- Dificuldade em lidar com a agressividade.

Intervenção

- Avaliação médica e exclusão de causas orgânicas.
- Medidas educativas (regularizar evacuação, tratar obstipação).

Referenciação

- Orientar para consulta de Pediatria no caso das medidas anteriores se revelarem ineficazes.
- Orientar para consulta de Pedopsiquiatria se a encoprese persistir ou se estiver associada a outros problemas emocionais ou do comportamento ou a disfunção familiar grave.

Prognóstico

Evolução lenta; habitualmente desaparece na adolescência.

10.

PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

Aspectos Gerais

Grupo de patologias caracterizadas pela existência de rotura com a realidade, perturbação da comunicação com o mundo exterior e da apetência afectiva para se relacionar com o outro.

Perturbação invasiva de várias áreas do funcionamento mental e do desenvolvimento (afectiva, cognitiva, social).

Grande variabilidade semiológica dependendo do tipo de quadro e da idade de início:

- Crises de angústia catastrófica face à separação/mudança ou sem desencadeante aparente.
- Grande intolerância à frustração.
- Dificuldade nas interações sociais, desconfiança, isolamento relacional.
- Instabilidade psicomotora acentuada com passagens ao acto agressivas.
- Ideias e comportamentos bizarros (com medos irracionais intensos, comportamentos obsessivos invasivos).
- Sintomas produtivos (alucinações, ideias delirantes).
- Confusão entre fantasia e realidade.

Factores de Risco

- Factores genéticos/familiares.
- Consumo de drogas.
- Desarmonia entre as várias áreas do desenvolvimento psicomotor (linguagem, motricidade, cognição, afectiva).

Intervenção

- Avaliação médica e exclusão de causas orgânicas (epilepsia, lesão expansiva intracraniana, patologia infecciosa), principalmente se início súbito ou associado a sintomas neurológicos.
- Suporte sócio-familiar e articulação com a escola.

Referenciação

Orientar para consulta de Pedopsiquiatria o mais precocemente possível para diagnóstico e intervenção terapêutica.

Prognóstico

Incerto quanto à evolução futura.

As psicoses de início precoce correm o risco de evoluir para quadros deficitários.

Nas psicoses com início na adolescência há maior probabilidade de recidivas dos episódios psicóticos.

Os casos de melhor prognóstico são aqueles em que existe⁷:

- Personalidade pré-mórbida normal.
- Início pós-pubertário.
- Bom nível intelectual.

11.

PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO

Aspectos Gerais

Perturbações globais do desenvolvimento que se caracterizam por uma alteração da capacidade de comunicar e de se relacionar com o outro. Incluem o autismo e outras perturbações da relação e da comunicação de gravidade e evolução muito diversas.

As manifestações clínicas evidenciam-se antes dos 3 anos de idade e podem incluir graus variáveis de⁸:

- Défice nas interações sociais: falta de reciprocidade social

(ex: não partilham brincadeiras), evitamento do olhar.

- Perturbação da comunicação (ex: ausência ou atraso de linguagem, ecolália ou outras bizarras da linguagem).
- Interesses restritos, estereotípias motoras.
- Alterações do processamento e reactividade sensorial.
- Desorganização do comportamento perante a alteração mínima das rotinas ou do meio, com crises de hetero e auto-agressividade.

Os pais podem inicialmente pensar que a criança é surda ⁴.

Factores de Risco

- Factores genéticos.
- Factores neurobiológicos.
- A dificuldade dos pais em adaptar o seu estilo interactivo às modalidades relacionais e padrões de reactividade particulares da criança com autismo pode levar a um agravamento do quadro.

Intervenção

- Importante fazer diagnóstico diferencial com situações de surdez e atraso do desenvolvimento da linguagem.
- A criança com autismo necessita de uma avaliação especializada e compreensiva e de programas de intervenção específicos, pelo que a referenciação deve ser efectuada com a maior brevidade possível.

Referenciação

- Orientar para consulta de Pedopsiquiatria para diagnóstico e intervenção terapêutica.
- Orientar para consulta de Pediatria do Desenvolvimento se houver necessidade de diagnóstico diferencial com outras patologias do desenvolvimento ou neurológicas.

Prognóstico

A aquisição da fala e um nível cognitivo normal/alto são indicadores de um melhor prognóstico.

A intervenção adequada e atempada pode conduzir a melhoria do quadro.

12.

SITUAÇÕES PARTICULARES

As **situações de negligência, maus-tratos, abuso sexual ou outras que exijam uma protecção imediata da criança/adolescente** devem ser referenciadas com a maior brevidade possível ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do Centro de Saúde respectivo, à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área ou directamente ao Tribunal de Menores.

A referência à consulta de Pedopsiquiatria, embora frequentemente necessária, nunca é uma medida de 1ª linha, sendo a prioridade assegurar a protecção da criança através, não só da sinalização adequada do caso, como pela intervenção da rede de suporte familiar e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

⁽¹⁾ Relatório Mundial da Saúde 2001. *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Ed. Ministério da Saúde, 2001.

⁽²⁾ U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.

⁽³⁾ Turk J Graham, Ph., Verhulst FC (Ed.). *Child Psychiatry – a Developmental Approach*, 4. Edition. Oxford University Press, USA, 2007.

⁽⁴⁾ Kaye, D. L., Montgomery M. & Munson S. W. (Eds.). *Child and Adolescent Mental Health*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2002.

⁽⁵⁾ AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). *Being prepared, Know When to Seek Help for Your Child*, “Facts for Families,” No. 24, 9/99.

⁽⁶⁾ World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.

⁽⁷⁾ Hughes, T., Garralda M. E. & Tylee A. *Child Mental Health Problems – A Booklet on Child Psychiatry Problems for General Practitioners*. ST. Mary's C A P, London, 1995.

⁽⁸⁾ American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th. Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1994.

⁽⁹⁾ AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). *The anxious child*, “Facts for Families”, nº47, 2000.

⁽¹⁰⁾ AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). *The depressed child*, “Facts for Families”, nº 8, 1998.

⁽¹¹⁾ AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). *Enuresis*, “Facts for Families”, nº 18, 2002.

⁽¹²⁾ AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). *Problems with soiling and bowel control*, “Facts for Families”, nº 48, 2000.

SÍTIOS A CONSULTAR NA INTERNET

- www.appia.com.pt
- www.aacap.org
- www.rcpsych.ac.uk/mhgu/ (*mental health and growing up – fact sheets for parents and teachers*)
- www.zerotothree.org
- www.who.int/mental_health/en/. *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions.*

AValiação e Encaminhamento de Crianças com Dificuldades de Aprendizagem e Outros Problemas Associados

