

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 41

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRETOR

Pedro Pires

COMISSÃO REDATORIAL

Ana Prata

Catarina Cordovil

Ivo Peixoto

José Alberto Garrido

Neide Urbano

Ótilia Queirós

Raquel Quelhas de Lima

Suzana Henriques

CONSELHO DE REDAÇÃO

Augusto Carreira

Beatriz Gil Pena

Emílio Salgueiro

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Maria Luís Borges de Castro

Teresa Goldschmidt

EDITORAssociação Portuguesa de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência (APPIA)**CORRESPONDÊNCIA**

Secretariado

Catarina Baptista

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

Maria do Carmo Miranda

Editorial

Pedro Pires p. 5**ARTIGOS**Prescrição de psicofármacos em crianças e
adolescentes – Como é que os pedopsiquiatras
portugueses percecionam a sua prática?*Catarina Santos, Augusto Carreira,
Álvaro Carvalho, Bárbara Menezes, Carlos Filipe,
Conceição Tavares de Almeida, Cristina Miranda,
Guiomar Oliveira, Isabel Santos,
Margarida Crujo, Paula Barrias,
Paula Freitas, & Sara Pedroso* p. 7Perturbação depressiva na criança e no
adolescente – Conceitos-chave e intervenção*Catarina Santos, Margarida Crujo,
Augusto Carreira, Guiomar Oliveira,
Isabel Santos, Paula Barrias, &
Paula Freitas* p. 17Perturbação depressiva na 1ª infância
– Uma herança? (de mãe para filho...)
– Relato de caso*Filipa Maria Dias Moreira
& Vânia Miranda* p. 33Psicomotricidade e saúde mental infantil e juvenil –
Caraterização de uma consulta de psicomotricidade
integrada num serviço de pedopsiquiatria*Katherine Figueira & Carina Freitas* p. 41Promoção da qualidade de vida de adolescente
com perturbações mentais: Intervenção
psicoterapêutica de grupo*Marta Pedreira, Vera Ramos, Paula Zaragoza,
Isabel Carvalho, Isadora
Pereira, Pedro Pires, & Isabel Leal* p. 59Estigma e crenças parentais sobre a
pedopsiquiatria e uso de psicofármacos
na infância e adolescência*Patrícia Mendes, Filipa Moreira,
Maria Fonseca, & Luísa Morais* p. 73Abordagem terapêutica na perturbação de
hiperatividade com défice da atenção em idade
pediátrica*Paula Barrias, Carlos Nunes Filipe,
Catarina Santos, Guiomar Oliveira, Isabel Santos,
Margarida Crujo, & Paula Freitas* p. 91

Normas de Publicação p. 111

O presente número convida-nos à reflexão, pelo rigor e pluralidade dos artigos publicados, sobre o importante e notável trabalho que é desenvolvido em Portugal em prol da melhoria dos cuidados em saúde mental da infância e adolescência.

Da área clínica as colegas Filipa Moreira e Vânia Miranda desenvolvem o tema da depressão na primeira infância, a partir do estudo de um caso clínico.

A psicóloga e investigadora Marta Pedreira apresenta-nos o resultado da sua investigação sobre a avaliação da eficácia de uma modalidade de intervenção psicoterapêutica em grupo com adolescentes. Este artigo espelha bem a necessidade da articulação entre a academia e a clínica. A eficácia das intervenções em saúde mental carece ainda de uma sustentação científica mais robusta, por forma não só a uma melhoria na eficácia terapêutica mas também para reforçar, junto dos órgãos de poder decisivo, as reais necessidades dos serviços para exercerem uma boa prática no tratamento de crianças e adolescentes com dificuldades emocionais. Nesta linha, a psicomotricista Katherine Figueira escreve sobre a importância da psicomotricidade numa equipa de saúde mental da infância e da adolescência, apresentando-nos um trabalho de casuística das consultas de psicomotricidade e integrando com a conceptualização teórica sobre os fundamentos da psicomotricidade.

Os restantes quatro artigos que constituem este número abordam a questão da utilização de psicofármacos na infância e adolescência, tema que tem suscitado acessos debates não só na comunidade científica mas também na sociedade em geral. Em Portugal tem-se assistido nos últimos anos ao aumento crescente do recurso às intervenções psicofarmacológicas. Importa, pois, um olhar mais aprofundado sobre o seu significado de uma forma mais ampla, o qual tem necessariamente que envolver diferentes áreas do conhecimento científico. Este

número contribui, assim, com a reflexão e a experiência dos profissionais da saúde mental que diariamente trabalham com as crianças, adolescentes, suas famílias e estruturas da comunidade. As colegas Patrícia Mendes, Filipa Moreira, Maria Fonseca e Luísa Morais apresentam o resultado de um estudo, através da aplicação de um questionário, sobre a percepção parental do estigma em relação à doença mental e à utilização de psicofármacos. Noutra contexto institucional, o Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção Geral da Saúde, com a colaboração do Programa de Saúde Infantil e Juvenil, criou um Grupo de Trabalho constituído por profissionais de saúde especializados com representação nacional e multidisciplinar, nas disciplinas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Pediatria e Neuropediatria, Psicologia Clínica e Enfermagem, com o objetivo de aferir a utilização do uso de psicofármacos em idade pediátrica. Deste trabalho conjunto resultam para este número da Revista três artigos, um referente aos resultados de um inquérito efetuado aos Pedopsiquiatras sobre a utilização de psicofármacos e dois artigos de revisão sobre os temas da depressão e da perturbação de hiperactividade com défice da atenção.

Finalizo este editorial desejando à nova Diretora da Revista, Dr^a Paula Freitas, os maiores sucessos nesta missão de continuidade deste grande projecto nacional que é a Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria.

Pedro Pires
Lisboa, 19 de agosto de 2017

PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES – COMO É QUE OS PEDOPSIQUIATRAS PORTUGUESES PERCECIONAM A SUA PRÁTICA?

Catarina Santos¹
Augusto Carreira²
Álvaro Carvalho³
Bárbara Menezes⁴
Carlos Filipe⁵
Conceição Tavares de Almeida⁶
Cristina Miranda⁷
Guiomar Oliveira⁸
Isabel Santos⁹
Margarida Crujo¹⁰
Paula Barrias¹¹
Paula Freitas¹²
Sara Pedroso¹³

RESUMO

Introdução: Embora tenha havido, recentemente, um interesse crescendo em relação à prescrição de psicofármacos em crianças e adolescentes, há muito pouca informação sobre esta prática em Portugal. Neste contexto, a Direção Geral de Saúde promoveu a criação de um grupo de estudo que se debruçasse sobre este tema. Este trabalho surge como a primeira iniciativa deste grupo para procurar compreender o fenómeno da prescrição de psicofármacos em crianças e

¹ Médica em Formação Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, HDE, CHLC; ² Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Diretor do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, HDE, CHLC; ³ Médico Especialista em Psiquiatria, Coordenador Nacional para a Saúde Mental, DGS; ⁴ Enfermeira Coordenadora do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, DGS; ⁵ Médico Especialista em Psiquiatria, Diretor das áreas de Psiquiatria e Pedopsiquiatria do CADin; ⁶ Psicóloga Clínica, Assessora para a Infância e Adolescência do PNSM; ⁷ Médica Especialista em Pediatria; ⁸ Pediatra Assistente Graduada Sénior, Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança e Centro de investigação e formação clínica HP-CHUC; Clínica Universitária de Pediatria Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida, FM-UC; ⁹ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS-BA; ¹⁰ Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência; ¹¹ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CMIN-CHP; ¹² Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Professora do ICBAS-UP; ¹³ Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pedopsiquiatria do HPC.

adolescentes em Portugal. Metodologia: Foi desenhado um questionário especificamente para o estudo referido. Os resultados foram obtidos através de uma análise quantitativa. Embora este questionário fosse muito extenso, este artigo foca-se apenas nas perguntas relacionadas com o recurso à associação de psicofármacos para o tratamento de doenças psiquiátricas e nas questões relacionadas com a pressão para a prescrição. Resultados: Os médicos que participaram neste estudo referiram sentir-se pressionados para medicar por falta de outros recursos. Esta pressão foi superior nas Perturbações do Comportamento (P. Comportamento) e na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), e menos marcada nas Perturbações Depressivas e nas Perturbações Psicóticas. Curiosamente, o recurso à associação de psicofármacos foi também mais frequente nas P. Comportamento e menos frequente nas P. Psicóticas. Conclusões: De acordo com este estudo, a falta de recursos influencia muito a decisão para prescrever. Estes resultados limitam-se apenas à perceção que os clínicos têm sobre a sua prática. Desta forma, serão necessários mais estudos para compreender melhor o uso de psicofármacos em Portugal e para aumentar a sensibilização para este tema.

Palavras-chave: Psicofármacos, Crianças, Adolescentes, Pressão, Prescrição, Pedopsiquiatria.

INTRODUÇÃO

A prescrição de psicofármacos em idade pediátrica constituiu uma prática frequente, mas relativamente recente (Riddle, Walkup, & Vitiello, 2008; Steinhausen, 2015), sobretudo se comparada com a sua administração na população adulta. Esta conduta, no entanto, levanta várias questões a que importa responder, tanto mais que é sabido não ser consensual, existindo mesmo a perceção que poderá haver um uso excessivo deste recurso terapêutico (Steinhausen, 2015).

Com efeito, e embora haja algumas exceções, a maioria dos fármacos utilizada nesta faixa etária são desenvolvidos e aprovados em função de diagnósticos psiquiátricos em adultos. Sabemos, contudo, que antes do final da adolescência os quadros psicopatológicos são muitas vezes pouco definidos e em constante mudança, tornando bastante mais complexa esta utilização. Acresce ainda que não é possível afirmar, com segurança, que muitos destes fármacos, quando prescritos de forma continuada na infância ou início da adolescência, não terão efeitos adversos a longo prazo, o que deverá implicar cuidados redobrados (Jensen, Buitelaar, Pandina, Binder, & Haas, 2007; Pozzi et al., 2013).

Os pedopsiquiatras prescrevem muito em Portugal? E a utilização deste recurso é criteriosa e em consonância com os diagnósticos? Estarão os psicofármacos a ser utilizados por ausência de outras respostas terapêuticas não farmacológicas?

Foi para tentar responder a estas e a outras questões que a Direção Geral de Saúde (DGS), no âmbito de uma parceria entre o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) e o Programa de Saúde Infantil e Juvenil da Divisão de Saúde Sexual e Reprodutiva, constituiu um grupo de trabalho multidisciplinar e de abrangência nacional, que desde março de 2015 tem desenvolvido o seu trabalho.

Na primeira fase, decidiu-se investigar a percepção que os médicos da especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência têm em relação às suas práticas clínicas e aos recursos psicoterapêuticos disponíveis. Para isso, foi elaborado, com a colaboração da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência (APPIA) e do grupo Nacional de Internos de Pedopsiquiatra, um inquérito (on-line) dirigido a estes clínicos.

OBJETIVOS

Neste trabalho apresentamos os dados do inquérito referido, abordando as seguintes dimensões: (1) percepção da frequência da prescrição por falta de outros recursos terapêuticos nas unidades de saúde e na comunidade, (2) listagem dos recursos terapêuticos mais carenciados, (3) percepção da frequência da pressão para prescrição por parte das famílias e das instituições, (4) percepção do recurso à associação de psicofármacos no tratamento da população pedopsiquiátrica.

Estas dimensões foram avaliadas para seis grupos psicopatológicos: (1) Perturbações do Comportamento (P. Comportamento); (2) Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA); (3) Perturbação do Espectro do Autismo (PEA); (4) Perturbações Psicóticas (P. Psicóticas); (5) Perturbações da Ansiedade (P. Ansiedade); e (6) Perturbações Depressivas (P. Depressivas).

METODOLOGIA

Este estudo é quantitativo e descritivo, tendo os dados sido recolhidos através de um inquérito anónimo *online* elaborado para o efeito. A análise de dados foi realizada com recurso ao *software* estatístico de tratamento de dados *IBM SPSS statistics 22*.

O questionário, denominado “Inventário sobre a utilização de psicofármacos em idade pediátrica”, foi enviado para os membros da APPIA e para os membros do grupo Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Após o seu preenchimento, os participantes submeteram a resposta diretamente para uma base de dados, assegurando, assim, o seu anonimato.

Neste artigo, e tal como descrito nos objetivos, serão apenas apresentados os resultados relativos à caracterização da amostra, aos fatores que influenciam a prescrição e à perceção de utilização de associação de psicofármacos nos diferentes grupos patológicos (respostas relativas a 10 das 25 perguntas que constituíam o inquérito).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

O questionário foi enviado a 160 médicos da especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, tendo sido preenchido por 64 médicos (taxa de resposta de 40%). Da amostra recolhida, 94% exercia funções no Sistema Nacional de Saúde e 56% desenvolvia atividade tanto no sector público, como no sector privado.

Em relação aos anos de exercício de especialidade, o grupo com maior número de participantes (34,3%) tinha menos de seis anos de prática, correspondendo aos médicos a realizar o internato complementar, seguindo-se por ordem decrescente de frequência o grupo com seis a dez anos de experiência (15,6%); o grupo com 16-20 anos de especialidade (12,5%), com mais de 30 anos de especialidade (9,3%), de 11-15 anos e de 25-30 anos de especialidade ambos representando (7,8%) e, por último, o grupo dos clínicos com 21-25 anos de especialidade (6,2%).

Prescrição por falta de recursos – Questão “*Com que frequência recorre à prescrição de psicofármacos por falta de outros recursos nos serviços de saúde (por exemplo: hospitais, clínicas e consultórios), nas seguintes situações?*”

De uma forma geral, em relação à prescrição por falta de recursos (Quadro 1), não houve diferenças expressivas entre a prescrição por carência de recursos nas unidades de saúde (US) e a prescrição por falta de recursos na comunidade (CM).

QUADRO 1

Perceção da prescrição de psicofármacos em idade pediátrica por carência de outros recursos terapêuticos para o tratamento das patologias descritas

	PC	PHDA	PEA	P. Ansiedade	P. Depressivas	P. Psicóticas
Sempre	IS – 6 CM – 3	IS – 3 CM – 2	IS – 2 CM – 1	IS – 1 CM – 0	IS – 1 CM – 0	IS – 5 CM – 2
Muitas vezes	IS – 32 CM – 35	IS – 19 CM – 25	IS – 16 CM – 18	IS – 22 CM – 17	IS – 19 CM – 14	IS – 9 CM – 14
Algumas vezes	IS – 19 CM – 19	IS – 27 CM – 20	IS – 23 CM – 27	IS – 27 CM – 24	IS – 27 CM – 25	IS – 15 CM – 16
Poucas vezes	IS – 5 CM – 4	IS – 9 CM – 10	IS – 17 CM – 11	IS – 10 CM – 15	IS – 13 CM – 18	IS – 17 CM – 17
Nunca	IS – 2 CM – 2	IS – 5 CM – 6	IS – 5 CM – 5	IS – 4 CM – 6	IS – 4 CM – 5	IS – 16 CM – 12
NA	IS – 0 CM – 1	IS – 1 CM – 1	IS – 1 CM – 2	IS – 0 CM – 2	IS – 0 CM – 2	IS – 2 CM – 3

Nota: Valor expresso por número de clínicos, $n=64$.

Legenda: CM – comunidade; IS – Instituições de Saúde; NA – Não Aplicável; PC – Perturbação do Comportamento; PEA – Perturbação do Espectro do Autismo; PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Considerando as diferentes patologias (Quadro 1), verificou-se que as P. Comportamento foram aquelas em que os médicos referiram prescrever mais frequentemente por falta de recursos nas US, 59,4% (“sempre” e “muitas vezes”) e 59,3%, por falta de recursos na CM. Por ordem decrescente, são seguidas pela PHDA (42,8% US; 34,9% CM), PEA (30,6% US; 28,6% CM); P. Ansiedade (26,5% US; 34,4% CM); P. Depressivas (22,5% US; 31,2% CM), e P. Psicóticas (25,4 US; 22,6% CM).

Da análise dos dados (Quadro 1) é de sublinhar que, na maioria das patologias, apenas 5% a 6% dos médicos refere “nunca” prescrever por falta de recursos. Esta situação é ainda mais notória em relação às P. Comportamento em que apenas 2% dos médicos refere nunca ter prescrito por este motivo. Estes dados levantam a hipótese de que, para estas patologias, a falta de recursos terapêuticos nas US e na comunidade sejam um fator determinante na decisão de prescrever.

O grupo patológico em que os clínicos referem prescrever menos frequentemente por falta de recursos foi o das P. Psicóticas (Quadro 1). Estes resultados não permitem inferir, no entanto, que haja mais recursos disponíveis para as perturbações em que seja menos frequentemente referida a prescrição por falta de recursos, apenas conduzem à hipótese de que, para estas patologias, possa haver outros fatores mais determinantes para a decisão de prescrever.

Descrição dos recursos terapêuticos mais carenciados – *Questão “Assinale os recursos em falta”*

No geral, em relação aos recursos terapêuticos, verifica-se que a maioria dos médicos referiu carências acentuadas, tanto ao nível das opções terapêuticas, como ao nível de unidades terapêuticas disponíveis.

Uma análise mais detalhada permite identificar as carências dos seguintes recursos psicoterapêuticos, de forma decrescente foram referidos: “psicoterapia” (70% “sempre”; “muitas vezes”), “psicomotricidade” (68%), terapia ocupacional (65%), “terapeutas da fala” (57%). Considerando a hipótese de resposta “Outros”, alguns clínicos referiram, ainda, falta de pedopsiquiatras nas equipas, de terapeutas familiares, de músico/ arte-terapeutas, de técnicos administrativos e auxiliares.

Em relação às unidades terapêuticas, a maioria dos médicos referiu haver uma carência relevante destes recursos. De uma forma decrescente, os clínicos consideraram que os recursos estruturais mais frequentemente em falta dizem respeito a: hospital de dia (59,3%), cuidados continuados pedopsiquiátricos (57,8%), internamento de pedopsiquiatria (54,6%). Estes resultados apontam para uma perceção negativa dos profissionais quanto à quantidade de recursos terapêuticos existentes na área da pedopsiquiatria.

Prescrição por pressão das famílias e instituições – *Questão “Com que frequência recorre a psicofármacos por pressão exercida por parte do utente/família?” e “Com que frequência recorre a psicofármacos por pressão exercida por instituições (por exemplo: escola, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, centros de acolhimento ou educativos)?*

Embora haja algumas diferenças em relação à frequência de prescrição por pressão da família e à pressão exercida pelas instituições, na maioria das situações esta diferença não é expressiva (Quadro 2).

A análise por grupos psicopatológicos (Quadro 2) revela que as patologias em que os clínicos sentem maior pressão para a prescrição por parte das famílias são, por ordem decrescente, a PHDA (23,4%); P. Comportamento (20,3%); P. Psicóticas (12,5%); PEA (9,3%); P. Ansiedade (1,5%); P. Depressivas (1,5%). Em relação à pressão para prescrição por parte das instituições, os clínicos referem prescrever “muitas vezes” na PHDA (18,7%); nas P. Comportamento (20,3%); nas P. Psicóticas (4,6%); nas PEA (4,6%); nas P. Ansiedade (4,6%) e nas P. Depressivas (3,1%).

QUADRO 2

Perceção da prescrição de psicofármacos em idade pediátrica por pressão do utente/família ou das instituições, para o tratamento das patologias descritas

	PC	PHDA	PEA	P. Ansiedade	P. Depressivas	P. Psicóticas
Sempre	I – 1 U/F – 0	I – 1 U/F – 0	I – 0 U/F – 0			
Muitas vezes	I – 13 U/F – 13	I – 15 U/F – 12	I – 1 U/F 3-	I – 1 U/F – 2	I – 6 U/F – 3	I – 8 U/F – 3
Algumas vezes	I – 27 U/F – 24	I – 14 U/F – 21	I – 10 U/F – 9	I – 8 U/F – 6	I – 12 U/F – 17	I – 7 U/F – 11
Poucas vezes	I – 14 U/F – 18	I – 24 U/F – 21	I – 29 U/F – 34	I – 30 U/F – 36	I – 28 U/F – 26	I – 20 U/F – 20
Nunca	I – 9 U/F – 9	I – 10 U/F – 10	I – 24 U/F – 18	I – 25 U/F – 20	I – 17 U/F – 17	I – 26 U/F – 27
NA	I – 0 U/F – 0	I – 1 U/F – 1	I – 3 U/F – 3			

Nota: Valor expresso por número de clínicos, n=64.

Legenda: I – Instituições (incluído a escola); U/F – Utente/Família; NA – Não Aplicável; PC – Perturbação do Comportamento; PEA – Perturbação do Espectro do Autismo; PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Recurso a terapêutica com associação de psicofármacos – Questão “*Com que frequência prescreve com recurso a associação de psicofármacos nas seguintes situações?*”

Como se observa no Quadro 3, a maioria dos médicos refere que não recorre “muitas vezes” à associação de psicofármacos, ainda que esta tendência pareça ser contrariada nas P. Comportamento. É de assinalar que não houve, globalmente, registo de médicos que recorram “sempre” à associação de psicofármacos, exceção feita a uma resposta referente às P. Psicóticas.

Considerando os diferentes grupos psicopatológicos (Quadro 3), aqueles em que mais frequentemente foi referido o recurso à associação de psicofármacos (“muitas vezes” “algumas vezes”) foram, por ordem decrescente, as P. Comportamento (71%) as P. Ansiedade (50,8%), a PHDA (48,4%), as P. Depressivas (44,4%), as PEA (41,3%) e as P. Psicóticas (14,3%).

É de referir que o grupo das P. Comportamento se destaca, de forma substancial, por ser aquele em que se registou uma percentagem superior de clínicos a referir recorrer à associação de psicofármacos “muitas vezes” (26,9%). Por outro lado, o grupo das P. Psicóticas destaca-se, de forma expressiva, por ser aquele em que houve uma maior percentagem de médicos a

referir que “nunca” recorre à associação de psicofármacos para o tratamento desta patologia (28,6%).

QUADRO 3

Perceção do recurso à associação de psicofármacos em idade pediátrica para o tratamento das patologias descritas

	PC	PHDA	PEA	P. Ansiedade	P. Depressivas	P. Psicóticas
Sempre	0	0	0	0	0	1
Muitas vezes	17	7	4	3	3	0
Algumas vezes	28	24	28	25	26	9
Poucas vezes	17	28	28	32	29	35
Nunca	2	5	4	4	5	18
NA	0	0	0	0	1	1

Nota: Valor expresso por número de clínicos, $n=64$.

Legenda: NA – Não Aplicável PC- Perturbação do Comportamento; PEA – Perturbação do Espectro do Autismo; PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

CONCLUSÃO

Para a análise dos resultados deste estudo devem ser tidas em consideração as suas limitações, nomeadamente o facto de o método de amostragem não assegurar uma amostra representativa dos médicos da especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. A percentagem de respostas obtidas (40%) deve igualmente ser entendida como uma limitação. Foram ainda registadas dificuldades no preenchimento de algumas questões online que compunham o questionário que deu origem a este estudo, mas que estão fora do âmbito da análise para este artigo.

Considerou-se, no entanto, que estes resultados possam constituir uma primeira informação sobre a percepção dos médicos desta especialidade em relação à prescrição de medicamentos na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Tanto quanto sabemos, este é um estudo pioneiro nesta área, sendo estes resultados importantes para a reflexão sobre os cuidados prestados às crianças/jovens que recorrem a apoio pedopsiquiátrico, nomeadamente em relação à carência de recursos psicoterapêuticos para esta população.

Quando analisados os resultados para as diferentes patologias, o estudo aponta para que os clínicos sintam maior pressão para a prescrição, quer por falta de recursos, quer pela pressão das famílias, nas patologias externalizantes (PHDA, P. Comportamento), do que nas P. Psicóticas e perturbações

internalizantes (P. Ansiedade e P. Depressivas), onde a pressão para prescrição é menor. De uma forma mais detalhada, o grupo das P. Comportamento foi aquele em que mais se prescreve por falta de outros recursos, tendo sido o segundo grupo psicopatológico em que mais se medica por influência da família/escola/instituições. Foi ainda o grupo onde mais se recorre à associação de psicofármacos. Por outro lado, o grupo das P. Psicóticas foi aquele em que a prescrição parece ser menos frequentemente influenciada por fatores externos (falta de recursos ou pressão da família/instituições), bem como o grupo em que menos se recorre à associação de psicofármacos.

Este trabalho permite apontar para que a falta de recursos terapêuticos seja um fator muito relevante na decisão de prescrever. Em geral, os médicos referiram prescrever “muito frequentemente” por falta de recursos, sendo este resultado superior ao da pressão para a prescrição por parte do utente/família ou das instituições.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração dos colegas ao responderam ao inquérito, nem sem o apoio da APPIA, do grupo de Nacional de internos de Pedopsiquiatria e do Centro de Investigação do Centro Hospital Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia.

BIBLIOGRAFIA

- Jensen, P. S., Buitelaar, J., Pandina, G. J., Binder, C., & Haas, M. (2007). Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics: A systematic review of published clinical trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 16*(2), 104-20.
- Pozzi, M., Bertella, S., Cattaneo, D., Molteni, M., Perrone, V., Carnovale, C., . . . Radice, S. (2013). Are non-serious adverse reactions to psychiatric drugs really non-serious? *J Child Adolesc Psychopharmacol, 23*(6), 394-400.
- Riddle, M. A., Walkup, J. T., & Vitiello, B. (2008). Issues and viewpoints in pediatric psychopharmacology. *Int Rev Psychiatry, 20*(2), 119-120.
- Steinhausen, H. C. (2015). Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 24*, 635-640.

ABSTRACT

Background: Recently, there has been an increasing interest on the use of psychotropic medication for children and adolescents, however, there is little information about this practice in Portugal. Thus, the Portuguese Health Department Directorate-General of Health (Direção Geral de Saúde) has promoted the creation of a research group dedicated to this subject. This study is this group's first initiative towards a better understanding of the use of psychotropic medication for children and adolescents in Portugal. Methodology: A questionnaire was designed specifically for this study. The results were obtained using quantitative analysis. Although the questionnaire was quite extensive, this article focuses only on questions related to the use of combined psychotropic medication to treat psychiatric conditions, as well as on questions regarding pressure to prescribe. Results: Our results show that clinicians felt pressured to use psychotropic medication in children and adolescent due to the unavailability of other therapeutic interventions. This pressure was higher for Conduct Disorders (CD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and lower for Depressive and Psychotic Disorders. Curiously, the use of combined psychotropic medication was also higher for Conduct Disorders and lower for Psychotic Disorders. Conclusion: According to our study, the lack of resources had a significant impact on the decision to use psychotropic medication for children and adolescents. These results, however, focused only on the clinicians' perception of their own practice, therefore, further studies are needed in order to better understand the use of psychotropic medication in Portugal and to raise awareness to this subject.

Key words: Psychotropics, Children, Adolescents, Pressure, Prescription, Child and adolescent psychiatry.

PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE – CONCEITOS-CHAVE E INTERVENÇÃO

Catarina Santos¹
Margarida Crujo²
Augusto Carreira³
Guiomar Oliveira⁴
Isabel Santos⁵
Paula Barrias⁶
Paula Freitas⁷

RESUMO

A depressão na criança e no adolescente é uma entidade comum, embora só tenha começado a ser reconhecida relativamente recentemente e continue a ser subdiagnosticada. Tem havido um maior interesse da comunidade científica e clínica sobre este tema, visto o diagnóstico precoce e a intervenção adequada terem impacto no prognóstico da doença e na qualidade de vida destas crianças e adolescentes.

O diagnóstico de depressão em idade pediátrica é complexo, por ser um quadro de apresentação heterogénea. Esta heterogeneidade justifica-se pela variação das manifestações de acordo com o grau desenvolvimento e com facto de existirem comorbilidades frequentes. Deste modo, recomenda-se que o diagnóstico seja feito por pedopsiquiatras.

Atualmente, há alguma controvérsia em relação ao tratamento da depressão em idade pediátrica. Desta forma, continua a haver ligeiras discrepâncias nas normas de orientações clínicas em vigor em diferentes países ocidentais. Contudo, parece ser consensual que a psicoterapia tem um papel central no tratamento da

¹ Médica em Formação Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, HDE, CHLC; ² Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência; ³ Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Diretor do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, HDE, CHLC; ⁴ Pediatra Assistente Graduada Sênior, Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança e Centro de Investigação e Formação Clínica HP-CHUC; Clínica Universitária de Pediatria, Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida, FM-UC; ⁵ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS-BA; ⁶ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CMIN-CHP; ⁷ Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Professora do ICBAS-UP.

depressão em idade pediátrica, reservando-se o uso de psicofármacos para os casos de gravidade moderada a severa.

Neste artigo procuramos analisar os sintomas chave para o diagnóstico numa abordagem desenvolvimentista, e apresentar uma proposta de metodologias de intervenção dependendo da gravidade e das especificidades do desenvolvimento em cada caso clínico.

Palavras-chave: Adolescentes, Crianças, Depressão, Desenvolvimento, Intervenção, Pedopsiquiatra.

ASPETOS GERAIS/INTRODUÇÃO

Apesar de reconhecidas tardiamente na História da Psiquiatria – foram apenas consideradas e, posteriormente, incluídas num sistema de classificação, durante os anos 60 do século passado (Crujo & Marques, 2009; Ryan, 2005). As Perturbações Depressivas (PD) são entidades comuns na infância e na adolescência, frequentemente de caráter recorrente e familiar, e associadas a um aumento da morbilidade psicossocial e da mortalidade (Birmaher & Brent, 2007; Wesselhöft, 2016). O diagnóstico precoce e consequente intervenção terapêutica atempada podem influenciar positivamente as consequências individuais, familiares e sociais associadas à doença (Andrews, Szabo, & Burns, 2002; Birmaher & Brent, 2007).

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS/PREVALÊNCIA

Denominaremos como “idade pediátrica” o período do nascimento aos 18 anos de vida. A prevalência das PD é variável ao longo das diferentes faixas etárias que compõe a “idade pediátrica”. Estima-se que na infância e na pré-adolescência a prevalência seja de 0,3 a 0,5% e de 2 a 5%, respetivamente, com igualdade na distribuição por género, e de 5 a 10% na adolescência, com predominância no género feminino numa proporção de 3:1 (Brent & Weersing, 2007). A incidência cumulativa aos 18 anos é de aproximadamente 20% e estima-se que 5 a 10% das crianças e adolescentes apresentem sintomas subsindromáticos de PD (Birmaher & Brent, 2007).

FATORES DE RISCO

As PD resultam da interação entre fatores genéticos e ambientais (Araujo & Encarnação, 2015; Dopheide, 2006). Podemos identificar múltiplos fatores de risco, os quais podem precipitar a doença, ou influenciar-lhe o curso e a evolução, e que atuam de forma aguda ou crónica (Andrews, Szabo, & Burns, 2002; Dopheide, 2006).

O fator preditivo individual mais associado com o desenvolvimento de PD é a existência de história familiar de PD (Birmaher & Brent, 2007). Para além da carga genética, em famílias com PD podem predominar estilos relacionais que podem potenciar o surgimento desta doença (Crujo & Marques, 2009). Por exemplo, famílias em que haja hostilidade, falhas no suporte relacional ou, pelo contrário, famílias sobre-envolvidas e exigentes que, no limite, expõem a criança/adolescente a sentimentos persistentes de incapacidade e de insuficiência (Crujo & Marques, 2009).

Para além de fatores familiares, existem características de risco individuais a ter em consideração; não apenas os genéticos, mas também o estilo cognitivo, o temperamento, a capacidade de regulação emocional e a personalidade (Crujo & Marques, 2009), que influam na capacidade de adaptação e na forma de lidar com os problemas.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA/DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das PD é clínico, devendo basear-se na colheita de uma anamnese através de entrevistas recolhidas, idealmente, em várias fontes (como pais, professores), assim como de uma observação sistemática da criança/adolescente, tanto em momentos individuais, como em situações que permitam avaliar a dinâmica familiar. É importante referir que o humor depressivo é, frequentemente, subvalorizado pelos pais e professores (Crujo & Marques, 2009).

Se a apresentação do quadro clínico depressivo nos adolescentes se pode assemelhar à dos adultos, o mesmo não é verdade em relação às manifestações desta patologia na infância. A especificidade das características do quadro clínico reflete o grau de desenvolvimento da criança/adolescente, sendo expectável que crianças mais novas, pelas suas capacidades cognitivas e de linguagem ainda imaturas, não consigam distinguir e verbalizar emoções e cognições negativas (Crujo & Marques, 2009; Egger, Fenichel, Guedeney,

Wise, & Wright, 2005), podendo apresentar, em contrapartida, sintomatologia mais próxima das perturbações do comportamento, como irritabilidade e oposição (Brent & Weersing, 2007).

Detalhando a sintomatologia predominante em cada idade, os *bebés* deprimidos podem apresentar-se mais apáticos, ou com grande irritabilidade, choro intenso e aparentemente imotivado, dificuldades de sono e recusa em comer. Em *idade pré-escolar* são comuns o humor irritável, alterações no sono e no apetite, intolerância à frustração e comportamentos de oposição, dificuldades de autonomia e de separação do(s) principal(ais) prestador(es) de cuidado(s). Em *idade escolar* e na *pré-adolescência* a irritabilidade é mais comum que o humor depressivo, mas pode surgir a verbalização de sentimentos depressivos, tais como a culpa, a desesperança e o negativismo, assim como o isolamento social, dificuldades de concentração com repercussão na capacidade de aprendizagem, e sintomas somáticos, como por exemplo, as cefaleias e epigastralgias. Na *adolescência* a frequência de queixas somáticas e de ansiedade diminui (Crujo & Marques, 2009), podendo surgir preocupações excessivas com características corporais (peso, acne, caracteres sexuais secundários, entre outros). As alterações do sono e do apetite são comuns, assim como a tristeza, a desesperança, a anedonia e a ideação suicida.

De notar que, a existência de um ou vários sintomas depressivos numa criança ou num adolescente, não corresponde, necessariamente, à presença de uma PD. A gravidade da situação clínica deverá assentar em fatores como:

- a persistência da sintomatologia ao longo do tempo
- o mal-estar que a sintomatologia provoca no indivíduo e o impacto no seu quotidiano, qualquer que seja a sua área de funcionamento (Crujo & Marques, 2009). Assim, torna-se imprescindível que a avaliação da situação clínica e consequente diagnóstico sejam efetuados por médico especializado em saúde mental.

Sempre que o especialista se deparar com um diagnóstico de PD é essencial que faça uma exclusão exaustiva de um eventual risco suicidário coexistente, principalmente nos casos adolescentes com PD (Araujo & Encarnação, 2015). Deve ainda fazer uma avaliação detalhada de eventuais comorbilidades.

COMORBILIDADES

Uma grande percentagem de crianças/adolescentes com PD, cerca de 40-90%, apresenta outros diagnósticos psiquiátricos comórbidos (Birmaher &

Brent, 2007) e até 50% apresentam pelo menos mais duas doenças psiquiátricas em simultâneo. As patologias comórbidas mais frequentes são as Perturbações de Ansiedade, seguidas das Perturbações Disruptivas do Comportamento, da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e do abuso de substâncias (em adolescentes) (Birmaher & Brent, 2007). A importância da avaliação das comorbilidades prende-se, não só pela eventualidade de estas poderem “mascarar” o diagnóstico de PD, mas também pelo impacto que podem ter no tratamento e no prognóstico das mesmas perturbações.

REFERENCIAÇÃO

Em linhas gerais, os estudos apontam para que o tratamento da depressão na população pediátrica se deva realizar preferencialmente em ambulatório (Baldwin et al., 2015; Birmaher & Brent, 2007; Dolle & Schulte-Körne, 2013).

Na população de crianças e adolescentes com sintomatologia depressiva ligeira, sem outros fatores de risco associados (sem antecedentes pessoais nem familiares de patologia afetiva, sem impacto nas funções quotidianas e sem ideação suicida), a primeira linha de intervenção deve ser ao nível dos cuidados primários (Dolle & Schulte-Körne, 2013; Lawton & Moghraby, 2016). Por um período limitado (três a quatro semanas) é aceitável que o acompanhamento seja feito por parte de técnicos não especializados em saúde mental (médico de família, técnicos de acompanhamento da escola), com o objetivo de avaliar a necessidade de encaminhamento para um serviço especializado, de apoiar a criança/adolescente e a sua família nomeadamente do ponto de vista social e na prestação de esclarecimentos em relação à sintomatologia depressiva e a sinais de alarme (psicoeducação). Esta fase é descrita na literatura como espera ativa (*watchful waiting*) (Lawton & Moghraby, 2016; Ryan, 2005).

A referenciação para um serviço de ambulatório especializado em saúde mental deve ser feita nos casos em que a sintomatologia depressiva seja moderada a grave, ou nos casos de sintomatologia ligeira que não ceda às intervenções de primeira linha, ou se a PD tiver outras comorbilidades psiquiátricas com um grande impacto no funcionamento (como exemplos, no autocuidado, na capacidade de frequentar a escola) (Lawton & Moghraby, 2016). Devem, ainda, ser referenciados os casos que tenham antecedentes pessoais ou familiares de PD, de Perturbação Bipolar ou de Esquizofrenia, ou que se enquadrem num contexto familiar/social que dificulte a intervenção (Lawton & Moghraby, 2016).

A referenciação para um Serviço de Pedopsiquiatria Hospitalar (Observação em Serviço de Urgência e eventual Internamento) é preconizada para os casos em que haja sintomatologia sugestiva de risco para o próprio ou para o outro (por exemplo, ideação suicida não mobilizável), impacto marcado na funcionalidade, ausência de resposta às tentativas de tratamento em ambulatório, sintomatologia psicótica, e nos casos em que haja dúvidas em relação às condições de segurança do ponto de vista familiar ou social (Dolle & Schulte-Körne, 2013; Lawton & Moghraby, 2016).

TRATAMENTO

O tratamento da depressão em crianças e adolescentes continua a ser controverso, principalmente no que diz respeito às indicações terapêuticas para os quadros clínicos em crianças mais novas e às PD com intensidade ligeira a moderada. Parte da controvérsia advém do facto de haver poucos estudos randomizados sobre este tema (Garland, Kutcher, & Virani, 2009).

Na realidade, os estudos sobre o tratamento da PD em idade pediátrica são dificultados quer por razões éticas inerentes à investigação com crianças, quer pela menor disponibilidade das crianças/ adolescentes para participarem nos estudos, quer ainda pelo menor financiamento por parte da indústria farmacêutica (Ryan, 2005). Para além disso, há fatores que dificultam a interpretação dos resultados destes estudos, como a maior heterogeneidade dos quadros clínicos na infância e adolescência (no que respeita à apresentação, mas também ao curso da doença), o maior efeito placebo nas PD em idade pediátrica, e a existência de diferenças metodológicas no desenho dos estudos (Brent & Weersing, 2007; Ryan, 2005). É ainda de se salientar que alguns estudos referem-se apenas a adolescentes (idade superior a 12 anos) e que aqueles que integram crianças mais novas não apresentam resultados específicos para as várias faixas etárias, o que dificulta a decisão terapêutica nas PD em crianças (Garland, Kutcher, & Virani, 2009; Picouto & Braquehais, 2013).

À data atual, os tratamentos com maior grau de evidência para a intervenção na depressão em crianças e adolescentes são a terapia cognitivo comportamental (CBT) (Brent et al., 1997; Zhou et al., 2015), a terapia interpessoal (TIP) (Mufson et al., 2004; Zhou et al., 2015), e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), nomeadamente a fluoxetina (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2016; Lawton & Moghraby, 2016;

Taurines, Gerlach, Warnke, Thome, & Wewetzer, 2011). Recomenda-se que o tratamento seja sempre multimodal e inclua psicoeducação, avaliação psicossocial (Picouto & Braquehais, 2013) e, caso a sintomatologia depressiva se mantenha, psicoterapia (Birmaher & Brent, 2007; Picouto & Braquehais, 2013). O uso de antidepressivos deve ficar restrito aos casos de PD moderada a severa e deve ser acompanhado de uma intervenção psicoterapêutica (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Lawton & Moghraby, 2016; Picouto & Braquehais, 2013). O objetivo do tratamento é a total remissão dos sintomas, uma vez que a melhoria apenas parcial da sintomatologia está associada a maior probabilidade de recorrência do quadro (Birmaher & Brent, 2007; Ryan, 2005).

Continua a haver uma enorme escassez de estudos sobre a eficácia das intervenções em unidades de Hospital de Dia na população pediátrica. Esta parece, no entanto, ser uma área importante de investigação futura, já que os resultados desta intervenção em adultos com PD são promissores (Zeeck et al., 2015).

Psicoterapia

Existe controvérsia em relação à eficácia da intervenção psicoterapêutica nas PD em idade pediátrica (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006), visto, por exemplo, os resultados muito favoráveis à utilização de CBT no estudo de Brent et al. (1997) não terem sido tão expressivos no estudo TADS (2006) (Weitkamp et al., 2014). Apesar disto, considera-se que a psicoterapia deva ser oferecida a todas as crianças e adolescentes que cumpram critérios para PD, sendo esta indicação particularmente importante nos casos de PD moderada ou grave (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Birmaher & Brent, 2007).

Em relação às opções psicoterapêuticas, a CBT tem sido a mais frequentemente estudada e a mais utilizada como primeira linha de intervenção (Brent et al., 1997; Zhou et al., 2015). A TIP tem vindo a mostrar resultados promissores em relação à eficácia na PD em populações de adolescentes (Mufson et al., 2004; Zhou et al., 2015). Ambas as intervenções parecem ter resultados mais expressivos nos casos de PD moderadas a graves e quando avaliados a curto prazo (12 semanas). Os efeitos a longo prazo (24 meses) não são tão significativos, pelo que vários autores recomendam sessões de *follow-up (boost sessions)* alguns meses após a conclusão do tratamento (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006).

A terapia psicodinâmica também tem vindo a mostrar eficácia no tratamento das PD em idade pediátrica (Weitkamp et al., 2014) pelo que poderá ser uma opção terapêutica, tal como a terapia sistémica. A escolha da intervenção psicoterapêutica deve ser feita de acordo com a avaliação clínica e com os recursos disponíveis.

Caso não haja possibilidade de se realizar uma intervenção psicoterapêutica, por indisponibilidade de técnicos ou da família, o tratamento pode resumir-se à intervenção psicofarmacológica, embora esta não seja a opção de primeira linha no tratamento das PD em crianças/adolescentes (Birmaher & Brent, 2007).

Psicofarmacologia

O uso de psicofármacos para o tratamento de PD em idade pediátrica está reservado aos casos de depressão moderada ou grave (Crujo & Marques, 2009; Lawton & Moghraby, 2016). Esta terapêutica deve ser instituída por um médico da especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, após uma anamnese detalhada e observação da criança/adolescente e do seu contextos familiar e social, tal como já foi referido anteriormente (Birmaher & Brent, 2007; Lawton & Moghraby, 2016). É ainda de sublinhar que a eficácia dos ISRS em idades inferiores a 12 anos está menos estabelecida do que em adolescentes, pelo que se recomenda especial ponderação na decisão de intervir farmacologicamente neste grupo etário (Dopheide, 2006; Garland, Kutcher, & Virani, 2009; Picouto & Braquehais, 2013).

Os ISRS são o grupo de fármacos com melhor relação risco benefício e os únicos aprovados como primeira linha de ação no tratamento da PD em idade pediátrica (Baldwin et al., 2015; Birmaher & Brent, 2007). Os ISRS provaram aumentar a remissão sintomática e diminuir a taxa de recorrência de episódios depressivos, tendo eficácia superior ao placebo e à utilização isolada de CBT (Emslie et al., 2002; March, Silva, & Vitiello, 2006). Dentro do grupo dos ISRS, a fluoxetina foi a que apresentou maior eficácia e melhor perfil de segurança em crianças a partir dos oito anos (Emslie et al., 2002), pelo que é o fármaco recomendado como tratamento de primeira linha (Birmaher & Brent, 2007; Lawton & Moghraby, 2016). As recomendações para a dosagem de introdução e de manutenção da terapêutica com fluoxetina são explicitadas posteriormente na seção “Intervenção de Acordo com a Gravidade Clínica”. Os antidepressivos tricíclicos têm mais efeitos secundários, nomeadamente a nível cardíaco, e um perfil de eficácia inferior aos ISRS, pelo que não são recomendados como terapêutica de primeira linha (Cipriani et al., 2016; Ryan, 2005).

Embora sejam clinicamente eficazes, a introdução de antidepressivos em idade pediátrica vai estando pautada por preocupações em relação a potenciais efeitos secundários, nomeadamente em relação ao aumento do risco de comportamentos suicidas (ideação suicida e tentativas de suicídio) (Hammad, 2004; Hammad, Laughren, & Racoosin, 2006). Apesar dos resultados serem inconsistentes entre os diferentes estudos e da inexistência de qualquer registo de morte por suicídio durante os ensaios clínicos, recomenda-se precaução na introdução destes fármacos (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). Considerando que o risco de comportamentos suicidas parecer ser ligeiramente mais elevado (Hammad, 2004) nas primeiras semanas de tratamento, recomenda-se uma avaliação pedopsiquiátrica semanal durante o primeiro mês após início da terapêutica (Dopheide, 2006; Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2016). Da mesma forma, reforça-se a recomendação para a realização de uma intervenção psicoterapêutica nas situações em que se inicie medicação com antidepressivos (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Birmaher & Brent, 2007; Lawton & Moghraby, 2016).

Outra das precauções prende-se com a prevenção de episódios (hipo)maníacos associados à introdução de medicação antidepressiva. Neste sentido, deve alertar-se a família e a criança/adolescente para sintomas que apontem para um risco elevado de viragem maníaca. Deve, ainda, evitar-se a medicação com antidepressivos em monoterapia caso se trate de sintomatologia depressiva no contexto de uma P. Bipolar, sobretudo se houver antecedentes de viragem maníaca com introdução de antidepressivos, e nas situações em que existam antecedentes de familiares diretos com P. Bipolar.

O tratamento com fármacos antidepressivos deve manter-se durante seis meses após a remissão sintomática, sendo esta descrita como um período de dois meses sem sintomatologia depressiva após um episódio depressivo *major* (Emslie et al., 2004). O acompanhamento pedopsiquiátrico deve manter-se por 12 meses após a remissão dos sintomas, caso se trate do primeiro episódio numa criança/adolescente sem outros fatores de risco, ou por 24 meses após a remissão dos sintomas nas situações que apresentem maior gravidade (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2016; Lawton & Moghraby, 2016). Tratamentos menos prolongados parecem estar associados a maior risco de recidiva (Emslie et al., 2004).

Intervenção de acordo com a gravidade clínica

Na *depressão ligeira*, tal como referido na seção sobre referenciação nos casos de depressão ligeira sem fatores de risco, a primeira linha de intervenção

deve ser ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Dolle & Schulte-Körne, 2013; Lawton & Moghraby, 2016). Nas situações em que a sintomatologia não melhore após três a quatro semanas de intervenção, a criança/adolescente deve ser referenciada para um serviço especializado, de forma a ser avaliada por um médico da especialidade de Pedopsiquiatria e/ou por psicólogos com formação em Saúde Mental Infantil (Lawton & Moghraby, 2016). Os casos em que persiste uma PD ligeira têm indicação para serem acompanhados em psicoterapia, não estando recomendada a introdução de psicofármacos (Lawton & Moghraby, 2016).

Na *depressão moderada a grave*, como também já foi referido, considera-se que a primeira linha de intervenção deve sempre incluir acompanhamento psicoterapêutico, em qualquer grupo etário (Dolle & Schulte-Körne, 2013; Weisz, McCarty, & Valeri, 2006). Nos adolescentes, os estudos mais atuais apontam para uma eficácia ligeiramente superior da combinação da psicoterapia com a psicofarmacologia, quando comparado com qualquer uma destas opções isoladamente (March, Silva, & Vitiello, 2006). Como reação a estes resultados, algumas normas de orientação clínica foram recentemente revistas, passando a recomendar a introdução de CBT e fluoxetina combinadas como primeira linha de tratamento para depressões moderadas ou graves em adolescentes diagnosticados com PD moderada a grave (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2016). Estas recomendações vieram substituir as normas anteriores que sugeriam que a primeira linha de intervenção fosse feita exclusivamente com recurso à psicoterapia, reservando a introdução de medicação antidepressiva para os casos que não melhorassem apenas com psicoterapia (Lawton & Moghraby, 2016).

A dose inicial recomendada de fluoxetina é de 10 mg durante a primeira semana, podendo ser posteriormente aumentada para 20 mg. Se não houver resposta ao fim de duas semanas, e dependendo do peso do paciente, poderá aumentar-se, progressivamente, até à dose máxima de 80 mg por dia (embora a maioria dos estudos não recomende doses diárias superiores a 60 mg) (Birmaher & Brent, 2007; Lawton & Moghraby, 2016). Caso haja uma resposta subóptima a doses adequadas de fluoxetina é importante que se analise e se intervenha nos fatores que possam estar a ser um obstáculo terapêutico, como a baixa adesão terapêutica, eventos de vida adversos, perturbação na dinâmica familiar, dificuldades sociais ou alterações orgânicas. Se os sintomas depressivos permanecerem, deve substituir-se o ISRS e ponderar-se a alteração do cariz da psicoterapia (Birmaher & Brent, 2007; Lawton & Moghraby, 2016).

Parece ser de consenso clínico que, não havendo melhoria após quatro semanas de medicação com fluoxetina em dose adequada, deva considerar-se a sua substituição por outro ISRS: sertralina, escitalopram ou citalopram (Birmaher & Brent, 2007; DeFilippis & Wagner, 2014; Lawton & Moghraby, 2016). Nos casos em que, apesar de se ter tentado outro ISRS, não haja melhoria clínica, devem seguir-se as normas para o tratamento da depressão resistente, tal como é descrito em seguida (Emslie et al., 2010).

Considera-se *depressão resistente* aquela em que existe uma ausência de resposta satisfatória a dois ensaios com tratamentos baseados na evidência em dose e duração adequadas (Emslie et al., 2010) (geralmente dois ensaios com antidepressivos em associação com duas estratégias de intervenção psicoterapêutica). Neste caso, e antes de se propor um novo esquema terapêutico, deve sempre realizar-se uma reavaliação multidisciplinar, tendo especial atenção a aspetos como a adesão terapêutica, a dinâmica familiar, acontecimentos de vida, comorbilidades e fatores que possam levar a que se reconsidere o diagnóstico (DeFilippis & Wagner, 2014; Lawton & Moghraby, 2016).

Alguns estudos sugerem que, nos casos em que tenha havido uma resposta apenas parcial com a prescrição de dois ISRS e em que já se tenha otimizado a intervenção psicoterapêutica, possa ser útil acrescentar um estabilizador de humor (e.g., lítio, lamotrigina) ou venlafaxina (DeFilippis & Wagner, 2014; Emslie et al., 2010).

Nas situações em que se tenham esgotado os recursos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos, poderá ponderar-se a intervenção por eletroconvulsivo-terapia em adolescentes com PD (Cohen, Paillère-Martinot, & Basquin, 1997), embora haja poucos estudos sobre esta abordagem terapêutica na população pediátrica e existam reservas em relação a potenciais efeitos secundários (Bloch, Levcovitch, Bloch, Mendlovic, & Ratzoni, 2001).

PROGNÓSTICO

O curso da PD na criança é mais heterogéneo, quando comparado à depressão no adulto. Assim, as PD da primeira infância que cursam com manifestações de comportamento (Wesselhöft, 2016), o que configura a apresentação mais frequente, parecem estar mais associadas a perturbações do comportamento ao longo do desenvolvimento do que a PD na idade adulta (Weissman et al., 1999). Por outro lado, 10 a 20% das crianças com PD em idade escolar têm risco de vir a

desenvolver uma P. Bipolar (Geller, Zimmerman, Williams, Bolhofner, & Crane, 2001), sendo fatores de risco para tal a existência de antecedentes familiares de P. Bipolar, o aparecimento de sintomas hipomaniacos após tratamento com antidepressivos, e a PD apresentar sintomatologia psicótica (Birmaher, Arbelaez, & Brent, 2002; Geller, Zimmerman, Williams, Bolhofner, & Crane, 2001).

A evolução da PD no adolescente para PD na vida adulta está bem estabelecida (Birmaher, Arbelaez, & Brent, 2002; Wesselhöft, 2016). De facto, embora a maioria das crianças e adolescentes recupere após o primeiro episódio depressivo de forma mais célere do que a população adulta (Kovacs, 1996), estudos longitudinais demonstraram que o risco de recorrência de PD em adolescentes é de 20 a 60% em dois anos, e de 70% em cinco anos, quando consideradas amostras clínicas (Birmaher, Arbelaez, & Brent, 2002). O não atingimento da recuperação completa em episódios depressivos anteriores, antecedentes pessoais traumáticos ou de negligência, disfunção familiar e/ou social e antecedentes familiares psiquiátricos, nomeadamente patologia afetiva de início precoce, estão associados a pior prognóstico (Birmaher, Arbelaez, & Brent, 2002; Wesselhöft, 2016).

Se falarmos de risco suicida, os estudos apontam para que 60% dos adolescentes com PD tenham ideação suicida e que cerca de 30% faça uma tentativa de suicídio ao longo do curso da doença (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). Este risco parece ser superior nas seguintes situações: existência de tentativas de suicídio anteriores; presença de comorbilidades, nomeadamente alterações do comportamento com comportamentos autolesivos, abuso de substâncias, sintomatologia psicótica ou maníaca; existência de défices cognitivos; possibilidade de acesso a métodos letais; existência de isolamento afetivo (familiar e/ou social); existência de antecedentes familiares de suicídio (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Pelkonen & Marttunen, 2003).

A tónica de intervenção em adolescentes com risco suicida não se deve limitar, no entanto, aos fatores de risco presentes, mas antes procurar identificar e amplificar os fatores protetores dos mesmos (Breton et al., 2015; Costello, Swendsen, Rose, & Dierker, 2008). O estilo cognitivo, o uso flexível de diferentes mecanismos de defesa, o temperamento, a auto-estima, os mecanismos de autorregulação e de autocontrolo, a espiritualidade/religião, a capacidade de encontrar sentidos para a vida, uma atitude positiva em relação ao desporto, a preocupação com a família, o suporte familiar, a boa integração na comunidade e na escola, são fatores protetores dos adolescentes em relação a comportamentos suicidas e que podem ser explorados e reforçados ao longo do processo terapêutico (Costello, Swendsen, Rose, & Dierker, 2008).

CONCLUSÃO

A conceitualização dos quadros depressivos em idade pediátrica e a intervenção sobre os mesmos está em constante evolução. Atualmente, a patologia depressiva é reconhecida desde a primeira infância, embora seja frequentemente subdiagnosticada (Andrews, Szabo, & Burns, 2002). Desta forma, é essencial sensibilizar os clínicos para as diferentes manifestações que estes quadros podem adotar ao longo do desenvolvimento das crianças/adolescentes. O diagnóstico diferencial desta patologia é complexo face à heterogeneidade dos quadros clínicos, pelo que seria essencial garantir que as crianças e adolescentes tivessem acesso a cuidados de saúde primários capacitados para fazer o rastreio destas situações, assim como a cuidados de saúde mental especializados onde se possa fazer o diagnóstico atempado e estabelecer planos terapêuticos adequados.

O tratamento da depressão na população pediátrica é ainda controverso (Garland, Kutcher, & Virani, 2009). É essencial que as estratégias terapêuticas em crianças e adolescentes sejam sempre enquadradas e adaptadas à avaliação clínica da criança/adolescente e da família em questão. Esta precaução é especialmente importante dada a heterogeneidade clínica e a escassez de estudos desenvolvidos nesta área (Garland, Kutcher, & Virani, 2009).

Com exceção dos casos em que existem apenas sintomas depressivos transitórios, a psicoterapia deve ser oferecida a todas as crianças e adolescentes com PD (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006). Nos adolescentes com depressão moderada a grave há normas de orientação clínica que preconizam a utilização de antidepressivos como intervenção de primeira linha em associação com a intervenção psicoterapêutica (Lawton & Moghraby, 2016). É importante reforçar que a intervenção nas PD deve ser multidimensional, multidisciplinar e prolongada, não se limitando ao tratamento do episódio depressivo atual, mas também à prevenção de recaídas e à promoção de fatores de resiliência.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40*(7), 24-51.
- Andrews, G., Szabo, M., & Burns, J. (2002). Preventing major depression in young people. *Br J Psychiatry, 181*, 460-462.

- Araujo, A., & Encarnação, R. (2015). Perturbações depressivas In D. Leal (Ed.), *Manual de psiquiatria da infância e da Adolescência* (1ª ed., Vol 2, pp. 313-355). Lisboa: Coisas de Ler.
- Baldwin, D., Barnes, T., Coghill, D., Goodwin, G., Hale, T., Howard, L., . . . Orla, W. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*, *29*(295), 459-525.
- Birmaher, B., Arbelaez, C., & Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, *11*(3), 619-637.
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *46*(11), 1503-1526.
- Bloch, Y., Levcovitch, Y., Bloch, A. M., Mendlovic, S., & Ratzoni, G. (2001). Electroconvulsive therapy in adolescents: Similarities to and differences from adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *40*(11), 1332-1336.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., . . . Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, *54*(9), 877-885.
- Brent, D. A., & Weersing, V. R. (2007). Depressive disorders. In A. Martin & F. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry – A comprehensive textbook* (4th ed., pp. 503–513). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Breton, J.-J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., . . . Guilé, J.-M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Can J Psychiatry*, *60*(1).
- Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C., . . . Xie, P. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: A network meta-analysis. *Lancet*, *388*(10047), 881-890.
- Cohen, D., Paillère-Martinot, M. L., & Basquin, M. (1997). Use of electroconvulsive therapy in adolescents. *Convuls Ther*, *13*(1), 25-31.
- Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *J Consult Clin Psychol*, *76*(2), 173-183.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – Ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Rev Port Clin Geral*, *25*, 576-582.
- DeFilippis, M., & Wagner, K. D. (2014). Management of treatment-resistant depression in children and adolescents. *Paediatr Drugs*, *16*(5), 353-361.
- Dolle, K., & Schulte-Körne, G. (2013). The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Dtsch Ärzteblatt Int*, *110*(50), 854-860.
- Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm*, *63*(3), 233-243.
- Egger, H. L., Fenichel, E., Guedeney, A., Wise, B. K., & Wright, H. H. E. R. (2005). Depression of infancy and early childhood. In *Diagnostic classification of mental health and*

developmental disorders of infancy an early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington: Zero to Three Press.

- Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Hoog, S. L., Wagner, K. D., Fingling, R. L., McCracken, J. T. . . . Jacobson, J. G. (2004). Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: A double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(11), 1397-1405.
- Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Wagner, K. D., Ernest, D. E., Brown, E., Nilsson, M., & Jacobson, J. G. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled, randomized clinical trial. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(10), 1205-1215.
- Emslie, G. J., Mayes, T., Porta, G., Vitiello, B., Clarke, G., Wagner, K. D., . . . Brent, D. (2010). Treatment of resistant depression in adolescents (TORDIA): Week 24 outcomes. *Am J Psychiatry*, 167(7), 782-791.
- Garland, E. J., Kutcher, S., & Virani, A. (2009). 2008 position paper on using SSRIs in children and adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 18(2), 160-165.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., & Craney, J. L. (2001). Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 158(1), 125-127.
- Hammad, T. (2004). Relationship between psychotropic drugs and pediatric suicidality. FDA archive (pp. 1-131). Retrieved from <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/2004-4065b1-10-TAB08-Hammads-Review.pdf>
- Hammad, T. A., Laughren, T., & Racoosin, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), 332-339.
- Hopkins, K., Crosland, P., Elliott, N., & Bewley, S. (2016). Diagnosis and management of depression in children and young people: Summary of updated NICE guidance. *Br J Sports Med*, 50(3), 184-186.
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(6), 705-715.
- Lawton, A., & Moghraby, O. S. (2016). Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care (NICE guideline CG28). *Arch Dis Child – Educ Pract Ed*, 101(4), 206-209.
- March, J., Silva, S., & Vitiello, B. (2006). The treatment for adolescents with depression study (TADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(12), 1393-1403.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 61(6), 577-584.
- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*, 5(4), 243-265.
- Picouto, M. D., & Braquehais, M. D. (2013). Use of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: Clinical considerations. *Int J Adolesc Med Heal*, 25(3).
- Ryan, N. D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet*, 366(9489), 933-940.

- Taurines, R., Gerlach, M., Warnke, A., Thome, J., & Wewetzer, C. (2011). Pharmacotherapy in depressed children and adolescents. *World J Biol Psychiatry*, *12*(1), 11-15.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Wickramaratne, P., Goldstein, R. B., Adams, P., Greenwald, S. . . . Steinberg, D. (1999). Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry*, *56*(9), 794-801.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychol Bull*, *132*(1), 132-149.
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Hofmann, H., Timmermann, H., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2014). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe depressive psychopathology: Preliminary results of an effectiveness trial. *Psychotherapy*, *51*(1), 138-147.
- Wesselhöft, R. T. (2016). Childhood depressive disorders. *Dan Med J*, *63*(10).
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiß, H., Eduard Scheidt, C., Völker, A., Helesic, A., . . . Hartmann, A. (2015). Symptom course in inpatient and day clinic treatment of depression: Results from the INDDEP-Study. *J Affect Disord*, *187*, 35-44.
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J. R., Whittington, C. J., . . . Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, *14*, 207-222.

ABSTRACT

Despite being common amongst children and adolescents, paediatric depression is a relatively recent concept and is often left underdiagnosed. Nowadays, there has been an ongoing interest around this subject, since early diagnosis and adequate clinical intervention are proven to have an important impact on the prognosis and well-being of these children/adolescents.

Paediatric depression is a complex diagnosis since it is highly heterogeneous, since its clinical features change according to the development stage and also to frequent comorbidity with other psychiatry conditions. Given that, it is highly recommended that the diagnosis is made by a child and adolescent psychiatrist.

There is still some controversy regarding the treatment of paediatric depression. Therefore, national recommendations for treatment are slightly diverse across western countries. Despite these differences, it seems that psychotherapy should be the corner stone when treating depression in children and adolescents, and that the use of psychotropic medication should be limited to moderate/severe conditions.

With this work, we aim to present a review of the most relevant clinical features of paediatric depression, using a developmental approach, and also to shed a light on different intervention methodologies, based on the severity of the condition and on the development features of each patient.

Key words: Adolescents, Children, Depression, Development stage, Intervention, Child and adolescent psychiatrist.

PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA NA 1ª INFÂNCIA – UMA HERANÇA? (DE MÃE PARA FILHO...) – RELATO DE CASO

Filipa Maria Dias Moreira ¹
Vânia Miranda ¹

RESUMO

Introdução: A primeira descrição do bebé deprimido data de 1940, por Spitz. Contudo, não é consensual que se possa falar de depressão em idades precoces. No entanto, observam-se sintomas que representam sofrimento atual em bebés muito pequenos e que remetem para quadros depressivos (classificados na DC0-3R). A depressão materna é um fator de risco reconhecido para depressão na criança. Objectivos: O principal objetivo deste estudo consiste no relato de caso relativo a uma criança de 19 meses, com diagnóstico de Perturbação Depressiva NOS e sua integração na literatura já existente, nomeadamente na relação que existe com depressão materna. Relato de caso: Criança de 19 meses, enviada à consulta por suspeita de Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento. De destacar, que a mãe e a avó materna (que cuidava da criança no período laboral dos pais) apresentavam sintomatologia depressiva. A criança iniciou intervenção com Floortime®, e foram dadas indicações aos pais para a existência de um tempo diário no domicílio de atenção positiva para com a criança, com aplicação de estratégias aprendidas nas sessões. A mãe reiniciou acompanhamento por psiquiatria de forma mais regular; a criança iniciou Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, e foi integrada em Jardim de Infância. Observou-se após 3 meses de intervenção, uma remissão da sintomatologia. Neste momento (um ano depois do início do acompanhamento), apresenta desenvolvimento normativo para a sua idade, sem indícios de psicopatologia. Ficou com diagnóstico final de Perturbação Depressiva NOS. Discussão e Conclusões: Neste caso, que inicialmente se apresentava como uma Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento, correspondendo possivelmente à fase de retirada da Perturbação Depressiva, pode constatar-se como fator de risco importante a depressão materna. Várias características inerentes à depressão materna constituem fatores de risco para

¹ Departamento de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto.

depressão na criança, nomeadamente a hipoestimulação, receio de rejeição por parte do bebé, interpretação enviesada dos sinais do bebé, sentimento de incapacidade e menor interesse no bebé.

Palavras-chave: Depressão, Primeira infância.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição do bebé deprimido data de 1940, por Spitz (Silva, 2014; Spitz, 1946), que descreveu um quadro de retirada e apatia, humor depressivo e atraso de desenvolvimento entre crianças institucionalizadas. Em 1946, descreveu ainda a depressão anaclítica como reação do bebé à separação da figura de referência caracterizada quer pela sintomatologia franca – estado de apatia maciça com recusa de contacto ou indiferença com os entes próximos – quer pelo seu aparecimento num latente com mais de 6 meses privado brutalmente da mãe.

Apesar do frequente uso clínico, e mesmo sendo um elemento-chave de avaliação, o termo “depressão do bebé” encontra-se relativamente mal definido, desde a descrição inicial de René Spitz, não existindo neste momento qualquer sistema válido de critérios de diagnóstico nem de qualquer instrumento fiável de avaliação clínica e de despiste de depressão precoce (Guedeney, 2000). No entanto, observam-se sintomas que representam sofrimento atual em bebés muito pequenos e que remetem para quadros depressivos (classificados na *Diagnostic Classification and Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – Revised Edition*) (DC0-3R, 1994).

Em 2003, foi levada a cabo, na Unidade de Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia, uma análise de 20 casos com diagnóstico de depressão, sendo que em todos os casos ressaltavam elementos comuns na observação da criança: falta de vivacidade na expressão dos afetos, falta de apetência para exercer as suas competências relacionais e cognitivas, baixo interesse pelo exterior, associados a irritabilidade fácil. Uma certa lentidão motora e a tendência para jogos repetitivos transmitia um carácter monótono às atividades e modalidades interativas (Fornelos, Rodrigues, & Gonçalves, 2003), o que coincide com as descrições de depressão na primeira infância feitas por outros autores, que falam de um certo grau de atonia tímica, global, mais próxima da indiferença do que da tristeza; uma certa inércia motora e ainda uma pobreza interativa (que exige um diagnóstico diferencial com Perturbação do Espetro do Autismo) (Luby, 2004).

Muitas depressões ocorrem no contacto com uma mãe fisicamente presente, mas não disponível afetivamente. Uma das causas mais frequentes é representada pela depressão materna (Murray et al., 2011). A depressão do latente está marcada por um estado de impotência, de desespero e de resignação face ao sofrimento (Luby, 2004).

CASO CLÍNICO

Criança (I.) de 19 meses, enviada à consulta de Pedopsiquiatria, por suspeita de Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento. Como sinais que preocupavam os pais destacam-se o facto de não responder ao nome; não sinalizar a chegada dos pais; permanecer muito tempo a brincar sozinho, sem solicitar a participação de adultos ou crianças; dizer apenas mamã, papá, “tata”, e sem intenção comunicativa; apresentar jogo repetitivo, brincando preferencialmente a rodar objetos, nomeadamente rodas de carro; sem jogo funcional ou simbólico; ficava muito tempo a olhar fixamente para luzes a piscar e para o tambor da máquina de lavar roupa a rodar.

Relativamente aos antecedentes pessoais e familiares, há a destacar a sintomatologia depressiva da mãe e da avó materna (cuidadora do I. enquanto os pais trabalhavam).

À observação, tratava-se de uma criança bonita, mas com fâcies pouco expressivo, apático, com aspeto cuidado, higiene e vestuário adequados. Na sala de espera, estava a fazer rodopiar um copo, sem interagir com outras crianças ou adultos. Entrou no gabinete, com contato ocular fugaz, não respondeu ao nome, muito centrado no cesto de brinquedos. Começou a explorar o cesto dos brinquedos, acabando por ficar com uma vaca e um copo de brincar, que empurrou e fez rodar, gatinhou atrás deles, e voltando sempre a fazer o mesmo jogo repetitivo. Manifestou algum prazer no jogo apenas com o pai (brincadeiras que implicavam maior estimulação sensorial, como quando o pai corria atrás dele ou quando o balançava nos seus braços). Apenas verbalizou “mamamama”, sem intenção comunicativa. Desistiu com facilidade quando se lhe retirou o objeto, não pediu, não deu, não mostrou, não apontou. Referenciou-se aos pais (preferencialmente ao pai) apenas quando necessitou de ajuda para chegar a algum objeto que não conseguia alcançar, não fazendo conjugação do olhar. O pai mostrou-se afetivo, atento às necessidades do I., procurou objetos que iam de encontro aos interesses da criança, fazendo

leituras adequadas à situação. A mãe encontrava-se deprimida, com anedonia, abulia, sem vontade de brincar com o I., e muito culpabilizada por isso.

Na primeira consulta, foi realizada a situação estranha, tendo sido a favor de uma vinculação insegura evitante. Realizou avaliação formal de Desenvolvimento Psicomotor, através da Escala de Ruth-Griffiths, tendo evidenciado Atraso nas provas de audição/linguagem (QC-43) e pessoal/social (QB-80).

O I. ficou com diagnóstico provisório de Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento, no Eixo I da DC 0-3R; e Relação Perturbada, caracterizada por subenvolvimento, no Eixo II da DC 0-3R.

Iniciou intervenção com Floortime® (semanalmente), e foram dadas indicações aos pais para a existência de um tempo diário no domicílio de atenção positiva para com a criança, com aplicação de estratégias aprendidas nas sessões. A mãe reiniciou acompanhamento por psiquiatria de forma mais regular; e a criança iniciou Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, e foi integrada em Jardim de Infância.

Após 3 meses de intervenção, observou-se uma remissão da sintomatologia. Foi repetida situação estranha, que evidenciou vinculação segura, contudo com invasividade dos pais, sobretudo da mãe, na interação, não respeitando os interesses da criança (mais notório quando filmados, com grande necessidade em mostrar que o I. fez aquisições). Mãe verbalizava sentimento de culpa para com o estado da criança. Foram realizadas 10 sessões mãe-criança, com melhoria da interação, pautada agora por prazer mútuo.

Neste momento (um ano depois do início do acompanhamento), apresenta desenvolvimento normativo para a sua idade, sem indícios de psicopatologia. Ficou com diagnóstico final de Perturbação Depressiva NOS.

DISCUSSÃO

Variáveis que medeiam a depressão materna e a psicopatologia do bebé

A hipostimulação do bebé pode ser observada em casos de depressão materna. Como fatores predisponentes para a hipostimulação, destacam-se o menor interesse pelo bebé, o seu sentimento de incapacidade que pode levar a mãe a reduzir as suas trocas com ele. Além disso, pode então acontecer que a interpretação dada pela mãe aos sinais do bebé reforce ainda mais as suas inibições, como é o caso, por exemplo, das situações em que o afastamento do

olhar do bebé é vivido pela mãe como uma rejeição (DC: 0-3R., 1994; Silva, 2014).

Em casos de hipostimulação, há interações menos frequentes (nomeadamente a nível do olhar e das mímicas, das palavras maternas e das vocalizações do bebé, sendo variáveis as interações cutâneas e sobretudo cinestésicas (por vezes, globalmente aumentadas). As interações são pouco marcadas pela mutualidade e pela reciprocidade; menos providas, ou desprovidas, da sua componente afetiva; ou seja, mais mecânicas, mais descontínuas, com a existência de microrupturas que aparecem claramente aquando da observação (Luby, 2004; Silva, 2014).

Há evidência de que os filhos de mães deprimidas são menos ativos, mais retirados e apresentam um afeto menos positivo; protestam menos que filhos de mães não deprimidas, sugerindo que estão habituados a uma responsividade materna limitada. De facto, mães deprimidas têm maior risco de não responsividade do ponto de vista emocional, o que faz com que a criança inicialmente se torne mais agitada na tentativa de obter respostas, mas depois retira-se e começa a mostrar sinais de depressão (Paradigma Still-Face) (Weinberg, Beeghly, Olson, & Tronick, 2008).

Crianças de mães deprimidas demonstram um comportamento menos depressivo com outros cuidadores importantes como professores assim como com o progenitor não deprimido, tal como no caso apresentado. Assim, apesar de existir uma tendência para o comportamento depressivo com a mãe se generalizar a interações com adultos não familiares, se a criança tiver uma relação com um cuidador não deprimido, a relação é como um tampão para os efeitos da depressão materna. Estes achados estão de acordo com a necessidade de manter relações de suporte adicionais com cuidadores não deprimidos na vida de meninos de alto risco (Luby, 2004; Silva, 2014).

A depressão materna está associada a taxas inferiores de vinculação segura (Luby, 2004; Silva, 2014), como pode ser visto no caso do I, previamente à intervenção.

Diagnóstico de Perturbação Depressiva na 1ª Infância

O quadro de depressão anaclítica descrito por R. Spitz (1940) é evidentemente o mais característico, quer pela sintomatologia franca (estado de apatia maciça com recusa de contacto ou indiferença com os entes próximos), quer pelas suas condições de aparecimento num latente com mais de 6 meses de idade, após separação da mãe. Como originalmente descrita, apresenta 3 fases: fase inicial de protesto pelos cuidados maternos, em que a criança apela aos

cuidados da mãe, através de gestos, do apontar, de emitir ruídos; fase intermédia de desespero, em que a habitualmente a criança chora e por último fase de retirada (em que manifesta então sobretudo apatia) (Luby, 2004; Silva, 2014). Também Bowlby se interessou pelos efeitos patológicos da separação precoce mãe/filho, e por meio do conceito de vinculação elaborou uma teoria da angústia de separação e da angústia depressiva diferentes das de Freud e da escola analítica (Bowlby, 1978, 1984).

Mas existem outros aspetos clínicos do estado depressivo do bebé, nomeadamente sob formas dissimuladas ou pouco acentuadas, muito mais difíceis de encontrar. Há razões para pensar nessa hipótese se encontrarmos um latente que comporta ao mesmo tempo um certo grau de atonia tímica, global, mais próxima da indiferença do que da tristeza; uma certa inércia motora e ainda uma pobreza interativa (nestes casos, é fundamental um diagnóstico diferencial com Perturbação do Espectro do Autismo, ou na 1ª Infância, muitas vezes denominada sob o título de Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento) (Luby, 2004; Silva, 2014).

Muitas depressões ocorrem no contacto com uma mãe fisicamente presente, mas não disponível afetivamente. Uma das causas mais frequentes é representada pela depressão materna. A depressão do latente está marcada por um estado de impotência, de desespero e de resignação face ao sofrimento mental (Luby, 2004; Silva, 2014).

Não existem dados sistemáticos que validem a existência síndrome depressivo com características semelhantes às do adulto em crianças abaixo dos 3 anos (Fornelos, Rodrigues, & Gonçalves, 2003). Apesar desta lacuna, a experiência coletiva de clínicos e descrições de casos sugere fortemente que a síndrome pode aparecer em latentes e crianças jovens (DC 0-3) (Luby, 2004; Silva, 2014).

CONCLUSÃO

Neste caso, que inicialmente se apresentava como uma Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento, correspondendo possivelmente à fase de retirada da Perturbação Depressiva, pode constatar-se como fator de risco importante a depressão materna. Várias características inerentes à depressão materna constituem fatores de risco para depressão na criança, nomeadamente a hipoestimulação, receio de rejeição por parte do bebé, interpretação enviesada dos sinais do bebé, sentimento de incapacidade e menor interesse no bebé.

Por outro lado, as autoras pretendem, com este artigo, relançar a discussão acerca do diagnóstico de Perturbação Depressiva na Primeira Infância, ainda alvo de controvérsia.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (1978, 1984). *Attachment et perte: I. L'attachement; II. Séparation, angoisse et colère* (1^{ère} ed.). Paris: Presses Universitaires de France; *III. La perte, tristesse et dépression* (1^{ère} ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- DC: 0-3R. (1994). Diagnostic classification and mental health and developmental disorders of infancy and early childhood – Revised edition.
- Fornelos, M., Rodrigues, E., & Gonçalves, M. J. (2003). Depressão no bebé. *Análise Psicológica*, *XXI*(1), 41-46.
- Guedeny, A. (2000). Infant depression and withdrawal: Clinical assessment. In H. Fitzgerald & J. Osofsky (Eds.), *WHAIM handbook of infant mental health* (Vol. 4, pp.455-484). New York: John Wiley & Sons.
- Luby, J. L. (2004). Depression – Parte IV. *Psychopathology*, *25*, 409-420.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011, May). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *50*(5), 460-70. doi: 10.1016/j.jaac.2011.02.001. Epub2011Apr 5.
- Silva, P. C. (2014). Primeira infância. *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, *7*, 59-75.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression: An Inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *2*, 313-342. New York: International Universities Press.
- Weinberg, M. K., Beeghly, M., Olson, K. L., & Tronick, E. (2008, September). Effects of maternal depression and panic disorder on mother-infant interactive behavior in the face-to-face still-face paradigm. *Infant Ment Health J*, *29*(5), 472-491.

ABSTRACT

Introduction: *The description of depressed babies dates from 1940, by Spitz. However, isn't widely accepted that one can speak of depression at an early age. However, they observe symptoms that represent current suffering in very small babies and referring to depressive disorders (classified in DC0-3R). Maternal depression is a recognized risk factor for depression in children.* Objectives: *The aim of this study is the case report of a 19 months child, diagnosed with Depressive Disorder NOS and its integration in the existing literature, particularly in relationship with maternal depression.* Case report: *Child 19 months, sent to the*

consultation on suspicion Multisystem Development Disorder. Of note, the mother and maternal grandmother (who took care of children in their parents' employment period) had depressive symptoms. The child started intervention Floortime®, and parents were given indications to the existence of a daily time in the positive attention of domicile for the child, applying strategies learned in the sessions. The mother was monitorized by psychiatric more regularly; the child began Speech Therapy and Occupational Therapy, and was integrated into kindergarten. It was observed after 3 months of intervention, remission of symptoms. At this time (one year after the start of monitoring), presents normative development for their age without psychopathology clues. It was with a final diagnosis of Depressive Disorder NOS. Discussion and Conclusions: In this case, initially presented as a disorder Multisystem Development, possibly corresponding to the withdrawal phase of Depressive Disorder, can be seen as an important risk factor to maternal depression. Several features inherent to maternal depression are risk factors for depression in children, including hypoestimulation, fear of rejection by the baby, biased interpretation of the baby's signals, inability to sense and less interest in the baby.

Key words: Depression, Early childhood.

PSICOMOTRICIDADE E SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL – CARACTERIZAÇÃO DE UMA CONSULTA DE PSICOMOTRICIDADE INTEGRADA NUM SERVIÇO DE PEDOPSIQUIATRIA

Katherine Figueira¹
Carina Freitas²

RESUMO

Introdução: A intervenção psicomotora no âmbito da saúde mental infantil e juvenil foi introduzida em Portugal por João Dos Santos. Em contexto clínico, a Psicomotricidade visa compreender e resolver os conflitos internos da criança, recorrendo a técnicas de mediação corporal para a construção e reestruturação do psiquismo. **Objetivo:** Caracterizar as primeiras consultas de Psicomotricidade do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélcio Mendonça efetuadas de 4 de outubro de 2013 a 30 de julho de 2015, e sensibilizar para o papel do psicomotricista no contexto de saúde mental infantil e juvenil. **Material e Métodos:** Consultou-se todos os processos clínicos selecionando as seguintes variáveis: sexo, idade, motivo da consulta, diagnóstico, perfil psicomotor e nível socioeconómico. **Resultados:** Neste período foram avaliadas em primeira consulta 42 crianças e jovens, com uma média etária de $9,69 \pm 2,74$ anos, sendo a maioria do sexo masculino ($n=31$; 73,8%). O encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade foi realizado maioritariamente pela equipa médica ($n=28$; 66,7%), sendo o principal motivo de encaminhamento os problemas relacionais. Os resultados da avaliação psicomotora revelaram que a maioria das crianças avaliadas ($n=22$; 52,4%) apresentava dispraxia. Quanto às características psicopatológicas verificou-se que uma percentagem significativa dos casos não apresentava qualquer diagnóstico ($n=9$; 21,4%). **Conclusão:** A terapia psicomotora no contexto de saúde

Fontes de financiamento que contribuíram para a realização do trabalho: Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais e Instituto de Emprego da Madeira, IP-RAM.

¹ Psicomotricista, Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus, Casa de Saúde Câmara Pestana; ² Médica Pedopsiquiatra, Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Hospital Dr. Nélcio Mendonça.

mental infantil e juvenil assenta numa perspetiva sistémica. Vem trazer contributos importantes no cuidado prestado aos utentes por representar uma área de observação e compreensão das dificuldades da criança e do seu funcionamento psíquico, e ainda por representar um espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação psíquica, que permite outra forma de expressão dos conflitos internos que não a linguagem.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Saúde Mental, Pedopsiquiatria, Equipa multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental são, atualmente, uma das grandes preocupações mundiais (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013), afetando cerca de 20% das crianças e adolescentes de todo o mundo (WHO, 2003). A psiquiatria da infância e da adolescência, ou Pedopsiquiatria, é a especialidade médica que assegura a prestação de cuidados na área da saúde mental da população em idade pediátrica. A sua função é promover a saúde mental, avaliar, diagnosticar, definir estratégias terapêuticas e adotar medidas preventivas de intervenção (CNSM, 2011). O trabalho é geralmente desenvolvido em equipas multidisciplinares (com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psicomotricistas, terapeutas da fala) em articulação com especialidades médicas (Pediatría, Psiquiatria, Medicina Familiar), bem como com várias estruturas da comunidade (escolas, intervenção precoce da infância, comissão de proteção de crianças e jovens, e tribunais) (CNSM, 2011).

Foi a partir do século XIX, com os avanços verificados na psicologia infantil, onde se destacam nomes como Henri Wallon, Edouard Guilman e Jean Piaget (Branco, 2010), que se assistiu ao despontar de novas práticas médicas (Constant, 2007), onde, em paralelo ao desenvolvimento da psiquiatria infantil e juvenil, surgiu a Psicomotricidade, decorrente do interesse na relação verificada entre o corpo e o psiquismo (Joly, 2007) e da forte associação entre a psicopatologia e os problemas psicomotores (Albaret, Corraze, Soppelsa, & Golly, 2012).

Ao longo dos últimos anos, o interesse e valorização crescentes pelo estudo e compreensão do comportamento humano, inclusive pela Psicomotricidade, possibilitou que esta disciplina deixasse de ser estudada isoladamente para integrar uma rede de estudo interdisciplinar, possibilitando ao estudo do

movimento humano uma dimensão mais científica e menos mecanicista (Fonseca, 2012a).

Neste sentido, a Psicomotricidade vem conceptualizar-se como um campo multi e transdisciplinar que estuda e investiga o desenvolvimento biocultural humano nas suas relações e influências recíprocas entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2012a). O psiquismo nessa comensuração é constituído pelo conjunto do funcionamento mental, que integra todos os processos perceptivos, cognitivos e práticos, associados ao processamento da informação (Fonseca, 2005). Por outro lado, a motricidade é entendida como um conjunto de expressões mentais e corporais sustentadas por funções tónicas, posturais, somatognósicas e práticas, correlacionadas com as motivações e finalidades do indivíduo (Fonseca, 2005). A vida psíquica reflete-se, deste modo, no comportamento, mediante a expressão corporal dos impulsos, emoções, sentimentos e pensamentos (Branco, 2010).

Um dos grandes percussores da Psicomotricidade no arsenal terapêutico foi o psiquiatra francês, Julian Ajuriaguerra, que, sob uma visão complexa, instrumental, intrapsíquica e intersubjetiva do funcionamento do corpo e da motricidade na relação com o outro (Joly, 2007), e sob a forte influência dos seus conhecimentos psicanalíticos, vem contribuir para a diferenciação da Psicomotricidade de outras disciplinas (Constant, 2007). Esta constituiu-se assim, a partir de 1960, numa prática específica e autónoma (Constant, 2007), aportando métodos e técnicas (Branco, 2010; Fonseca, 2005) que olham além do funcionamento orgânico do indivíduo, integrando as funções cognitivas, socio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras (Fonseca, 2012b). Seguindo estes aportes, João dos Santos, considerado o pai da Pedopsiquiatria moderna em Portugal (CNSM, 2011), após formação em Paris, revolucionou a qualidade dos cuidados prestados em psiquiatria em Portugal, sendo o grande preconizador da Psicomotricidade em território nacional, através da categórica introdução dos psicomotricistas nas equipas multidisciplinares a laborar nas áreas da saúde e da educação (Branco, 2010).

A prática psicomotora no contexto de saúde mental infantil e juvenil visa compreender e resolver os conflitos internos da criança (Almeida, 2005), recorrendo à mediação corporal para a construção e reestruturação do psiquismo (Fernandes, 2012). A Psicomotricidade através do movimento e da regulação tónico-emocional vai permitir à criança ou jovem reencontrar o prazer sensório-motor e conseqüentemente favorecer o desenvolvimento dos processos simbólicos num envolvimento lúdico e relacional (Martins, 2008). O psicomotricista, através da mediação corporal e expressiva, vai intervir no sentido de compensar uma expressão motora inadequada ou inadaptada (Fonseca, 2005),

favorecendo o desenvolvimento das capacidades relacionais, simbólicas, emocionais (Fernandes, 2012) e expressivas (Aucouturier, 2010). O modelo de intervenção psicomotora pode ocorrer em âmbito preventivo, reeducativo e terapêutico, associado a diversas metodologias terapêuticas onde se destacam a atividade lúdica e as técnicas expressivas e de relaxação, podendo as sessões ocorrer numa dinâmica individual ou grupal (APP, 2011), dependendo das características individuais da criança ou jovem (Fernandes, 2012).

As indicações terapêuticas mais frequentes para a intervenção psicomotora nos serviços de saúde mental infantil e juvenil podem incluir a apresentação dos seguintes problemas: (I) corporais (designadamente desarmonias tónico-emocionais, instabilidade postural, perturbações do esquema e da imagem corporal, da lateralidade, estruturação espacial e temporal, dispraxias, e problemas psicossomáticos); (II) relacionais (dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, instabilidade psicomotora, agressividade); (III) cognitivos (défices de atenção, de memória, de organização perceptiva, simbólica e conceptual) (APP, 2011).

A avaliação psicomotora vai permitir identificar a personalidade psicomotora das crianças e jovens e oferecer a possibilidade de uma intervenção mais adaptada (Boscaini, 2012). O psicomotricista com a sua avaliação procurará analisar as relações entre as funções motoras, cognitivas, afetivas e relacionais recorrendo à utilização de meios objetivos, que visam analisar as competências expressivo-relacionais, e de meios subjetivos, assentes na observação dinâmica e espontânea (Boscaini, 2012). Deste modo, deverão ser criadas as condições necessárias para interpretar as funções psicomotoras das crianças e jovens, e as suas relações entre o mundo interno e externo, acedendo ao seu verdadeiro potencial (Boscaini, 2012).

Este tipo de abordagem permite um aumento da precisão da avaliação clínica, pois incide sobre aspetos qualitativos (etiologia) e quantitativos (intensidade) dos comportamentos das crianças e jovens, objetivando-os através de sistemas de medidas (Pachoud, 2005).

Neste sentido, a integração da Psicomotricidade nos serviços de Pedopsiquiatria oferece contributos importantes no cuidado prestado aos utentes, por representar uma área de observação e compreensão das dificuldades da criança e do seu funcionamento psíquico. Representa, ainda, um espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação psíquica, que permite outra forma de expressão dos conflitos internos (Rodrigues, Gamito, & Nascimento, 2001) que não a linguagem verbal (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

O serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) é constituído

por quatro pedopsiquiatras, quatro psicólogas, uma assistente social, uma administrativa e três auxiliares de ação médica. Durante 19 meses este serviço autorizou e acolheu entusiasticamente a Psicomotricidade, uma modalidade terapêutica até então inexistente no SESARAM.

O ginásio inserido no Centro de Desenvolvimento da Criança do SESARAM foi o espaço preferencial de realização das 906 consultas de Psicomotricidade, que incluem consultas de avaliação (1ª consulta) e de intervenção psicomotora.

OBJETIVO

Com base na experiência clínica obtida no seio de uma equipa multidisciplinar, pretende-se, neste artigo, caracterizar o modelo e a amostra clínica das primeiras consultas de Psicomotricidade efetuadas no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Propomo-nos também a abordar o papel do psicomotricista no contexto de saúde mental infantil e juvenil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Procedeu-se à consulta de todos os processos clínicos de utentes observados em primeira consulta de Psicomotricidade no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça no período de 4 de outubro de 2013 a 26 de julho de 2014, correspondente ao estágio curricular, e no período de 1 de novembro de 2014 a 30 de julho de 2015, relativo ao estágio profissional.

As variáveis selecionadas para a análise foram: sexo, idade, motivo da consulta, diagnóstico, perfil psicomotor e nível socioeconómico.

Os diagnósticos psicopatológicos da amostra respeitam os critérios do manual de classificação anglo-saxónica, o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta Edição* (APA, 2014).

Para uma análise mais rigorosa destes casos, procurou-se, em praticamente todos os casos, utilizar métodos de avaliação qualitativa, como a entrevista e observação psicomotora, e de avaliação quantitativa, tais como: a Behaviour Assessment Scale for Children de Reynolds e Kamphaus (1992), a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (2010) e o Desenho da Figura Humana de Naglieri e Draw (1988). Para a avaliação socioeconómica procedeu-se a aplicação do método de classificação social de Graffar (1956).

Os instrumentos de avaliação formais foram escolhidos de acordo com as características da criança e consistiram num conjunto de propostas à criança, que permitem descrever e quantificar os seus comportamentos e competências, assinalando os aspetos problemáticos e contribuindo de forma decisiva para a obtenção de mais informações.

RESULTADOS

Modelo de funcionamento da consulta

O encaminhamento para a Psicomotricidade foi realizado pelo médico pedopsiquiatra responsável por cada caso, sendo que em algumas situações o encaminhamento também foi aconselhado por outros técnicos do serviço envolvidos no caso. Porém, coube ao médico pedopsiquiatra a responsabilidade de aprovar essa decisão.

De um modo geral, todos os casos encaminhados perspetivaram a intervenção, porém em algumas situações ocorreram apenas com o objetivo de triagem e complemento diagnóstico para os outros profissionais da equipa, tendo-se revelado uma excelente ferramenta.

Durante as primeiras consultas procedeu-se, essencialmente à recolha de informação anamnésica, com base numa entrevista semiestruturada, e da expressão sintomática da criança, através da observação direta, de modo a delinear a avaliação. Assim, ajustados os horários e a disponibilidade dos pais e da criança, deu-se início ao processo de avaliação através da aplicação de um conjunto de instrumentos de avaliação formal e informal. Este processo ocorreu predominantemente em contexto de ginásio com duração média de 2 a 3 sessões. Seguidamente, com base na avaliação, foi realizado o relatório de avaliação e deliberada a necessidade de intervenção. Na fase final da avaliação solicitou-se novamente a presença dos pais, de modo a promover a consciencialização das eventuais dificuldades da criança e a apresentação do futuro planeamento terapêutico.

Caraterização da amostra

No decorrer dos dois períodos de estágio foram avaliadas em primeira consulta 42 crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 4 e os 18

anos, obtendo-se uma média etária de $9,69 \pm 2,74$ anos, sendo a maioria do sexo masculino ($n=31$; 73,8%).

O encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade foi realizado maioritariamente pela equipa médica ($n=28$; 66,7%), sendo os restantes casos ($n=14$; 33,3%) enviados pela equipa de psicologia do serviço de Pedopsiquiatria. O motivo mais frequente de referenciação para esta consulta foram os problemas relacionais ($n=21$; 50%), seguindo-se os problemas ligados à corporalidade ($n=19$; 45,3%) e por último os problemas ao nível cognitivo ($n=2$; 4,8%).

Quanto às características psicopatológicas dos casos acompanhados, tal como representado na Tabela 1, verificou-se que uma percentagem significativa dos casos não apresentava qualquer diagnóstico ($n=7$; 16,8%). Todavia, entre os casos encaminhados com diagnóstico destacam-se: a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ($n=13$; 30,9%), seguida da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) ($n=9$; 21,4%). Os restantes casos ($n=11$; 26,2%) apresentavam diagnósticos variados, tais como: Perturbação do comportamento alimentar; Atraso global do desenvolvimento; Depressão; Perturbações da aprendizagem específicas e Perturbação de stress pós-traumático.

TABELA 1

Caraterísticas psicopatológicas dos utentes da 1ª consulta de Psicomotricidade

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	Fi	fri (%)
Perturbação de hiperatividade e défice de atenção	13	30,95
Perturbação do espectro do autismo	9	21,43
Perturbação do comportamento alimentar	3	7,14
Atraso global do desenvolvimento	3	7,14
Depressão	1	2,38
Perturbação da aprendizagem específica	3	7,14
Perturbação de stress pós-traumático	1	2,38
Sem diagnóstico	7	16,67

Os resultados da avaliação psicomotora, utilizando a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, revelaram que 52,4% ($n=22$) das crianças avaliadas apresentavam dispraxia [do grego: “*dix*”=dificuldade+“*praxia*”=movimento intencional e organizado]. A dispraxia nas crianças manifesta-se por problemas de planificação motora, disfunções subcorticais subtis que interferem com a gestão dos movimentos voluntários, disfunções vestibulares e cerebelosas que sugerem implicações sistémicas disfuncionais na organização psicomotora da criança (Fonseca, 2005). No entanto, na maioria dos casos avaliados não se

verificaram suspeitas de lesões neurológicas propriamente ditas, apenas se observaram dificuldades no controlo psicotónico e tonicomotor (ou disfunções do controlo e da autorregulação) que refletiram problemas de estabilidade, coordenação e planificação do movimento, os quais podem determinar dificuldades eletivas de aprendizagem e de comportamento social (Fonseca, 2012b).

Ao analisar a Tabela 2, que apresenta a frequência dos diferentes perfis psicomotores por faixa etária, verificou-se que a grande maioria das crianças com dispraxia ($n=19$; 45,2%) tinha idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos.

TABELA 2
Frequência do perfil psicomotor por faixa etária

Perfil psicomotor	Faixa etária (anos)						Total	
	0-5		6-12		≤13		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Apraxia	0	0,00	1	2,38	0	0,00	1	2,38
Dispraxia	1	2,38	19	45,24	2	4,76	22	52,38
Eupraxia	0	0,00	13	2,17	5	11,90	18	42,86
Hiperpraxia	0	0,00	0	0,00	1	2,38	1	2,38

Legenda: n=número de casos.

No que concerne à frequência do perfil psicomotor por motivo de encaminhamento, verificou-se que um número igual de casos com dispraxia ($n=11$; 26,19%) foram encaminhados para a consulta de Psicomotricidade por apresentarem problemas corporais e relacionais (Tabela 3).

TABELA 3
Frequência do perfil psicomotor por motivo de encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade

Perfil psicomotor	Motivo de encaminhamento					
	Prob. Corporais		Prob. Relacionais		Prob. Cognitivos	
	n	%	n	%	n	%
Apraxia	0	0,00	0	0,00	1	2,38
Dispraxia	11	26,19	11	26,19	0	0,00
Eupraxia	7	16,66	10	23,80	1	2,38
Hiperpraxia	1	2,38	0	0,00	0	0,00

Legenda: n= número de casos.

No presente estudo verificou-se, ainda, que quando analisada a frequência dos diagnósticos psicopatológicos por perfil psicomotor (Tabela 4), as psicopatologias mais frequentes no grupo das crianças com dispraxia foram: PHDA ($n=7$; 16,7%) e PEA ($n=5$; 11,9%). Destacam-se também neste grupo cinco crianças com dispraxia (11%) que foram encaminhadas para esta consulta sem diagnóstico psicopatológico.

TABELA 4

Frequência de diagnóstico psicopatológico por perfil psicomotor

Psicopatologia	Perfil Psicomotor							
	Apraxia		Dispraxia		Eupraxia		Hiperpraxia	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção	0	0,00	7	16,67	6	14,29	0	0,00
Perturbação do espectro do autismo	1	2,38	5	11,90	3	7,14	0	0,00
Perturbação do comportamento alimentar	0	0,00	0	0,00	2	4,76	1	2,38
Atraso global do desenvolvimento	0	0,00	2	4,76	1	2,38	0	0,00
Depressão	0	0,00	0	0,00	1	2,38	0	0,00
Perturbação da aprendizagem específica	0	0,00	2	4,76	1	2,38	0	0,00
Perturbação de stresse pós-traumático	0	0,00	1	2,38	0	0,00	0	0,00
Sem diagnóstico	0	0,00	5	11,90	4	9,52	0	0,00

Legenda: n =número de casos.

O nível socioeconómico apresentou uma distribuição com predomínio das classes média ($n=14$; 33,3%) e média alta ($n=13$; 30,9%), correspondendo respetivamente às classes III e II de Graffar (1956).

DISCUSSÃO

A saúde mental das crianças e adolescentes pode ser influenciada por uma variedade de fatores genéticos, biológicos ou ambientais que podem atuar ao nível do indivíduo, da família, da escola ou a um nível social mais amplo (Feitosa, Riscou, Rego, & Nunes 2011). O conhecimento da etiologia destes problemas no contexto de saúde mental é essencial tanto para a avaliação como para a posterior intervenção terapêutica, devendo ocorrer, sempre que possível,

no núcleo de uma equipa multidisciplinar, tal como preconizou João dos Santos. A avaliação e observação das diferentes áreas intervenientes são fundamentais para a compreensão holística da criança e posterior determinação do diagnóstico clínico, do qual dependerá todo o sucesso da intervenção (Branco, 2010).

Neste processo, segundo Ajuriaguerra, Diatkine e Badaraco (1956), o papel do psicomotricista num serviço de saúde mental infantil e juvenil é, com a sua observação, procurar captar a personalidade psicomotora da criança, através da associação dos comportamentos observados, ou seja do ato motor, com os aspetos objetivos e subjetivos a eles inerentes (Fonseca, 2010). Esta observação permite, deste modo, uma análise mais rigorosa da criança nos seus níveis consciente e inconsciente (Boscaini, 2012). Interessa ao psicomotricista captar o carácter intrinsecamente psíquico do movimento, ou seja, a representação, a elaboração, a integração, a programação, a regulação e a verificação da atividade, e não o grau de execução ou de rendimento da criança (Fonseca, 2010). Neste sentido, o psicomotricista ao contextualizar pode contribuir para uma melhor definição do diagnóstico e para individualizar, segundo cada momento evolutivo, qual a melhor medida terapêutica a tomar (Boscaini, 2003).

Durante a observação o psicomotricista vai favorecer a criação de uma atmosfera relacional harmonizada com rigor científico e precisão metodológica (Fonseca, 2010). Por esta razão, no contexto de saúde mental infantil e juvenil, a observação deve ocorrer preferencialmente numa atmosfera lúdica, simples, flexível e adaptada às características da criança. Procurando-se, segundo Vítor da Fonseca, ao longo de observação não repetir situações traumatizantes e evitar a passividade e a pseudoseriedade dos exames médicos-pedagógicos tradicionais, que muitas vezes correspondem a processos rígidos, invasivos e não individualizados (Fonseca, 2012b). Todas as situações de observação criadas pelo psicomotricista deverão ser progressivamente ajustadas às características da criança (Fonseca, 2012b), tendo em conta os seus interesses e motivações (Costa, 2008). Deste modo, o psicomotricista, adotando uma atitude empática, compreensiva e uma sintonia afetiva, permitirá a partilha de afetos e de emoções (Costa, 2008), bem como favorecer uma progressiva liberdade de expressão, que vai suscitar o desejo, a iniciativa e a relação com o outro (Boscaini, 2012).

O reconhecimento da importância da avaliação e intervenção psicomotora para o conhecimento global da criança parece ter ocorrido no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, uma vez que os resultados

apresentados revelam que 21,4% ($n=9$) das crianças encaminhadas não apresentavam qualquer diagnóstico aquando do momento da avaliação.

Por sua vez, entre os casos encaminhados com diagnóstico clínico verificou-se o predomínio da PHDA, representando 30,9% ($n=13$) da amostra, resultado que está de acordo com a literatura por ser considerada uma das perturbações psiquiátricas mais prevalentes nas crianças e jovens (Merikangas & Kessler, 2009).

Analisando os resultados da avaliação psicomotora realizada à presente amostra, verificou-se que cerca de metade da mesma apresentava dispraxia, tendo sido prevalente nas crianças com diagnóstico de PHDA. A coexistência da dispraxia na psicopatologia é frequentemente observada na prática clínica e tem sido alvo de diversos estudos ao longo dos últimos tempos (Bodison, 2015; Lemonnier, 2010). Na criança dispráxica as relações entre a motricidade e a organização psicológica não se verificam harmoniosa e sistemicamente, consubstanciando o papel da motricidade na organização do pensamento e da cognição (Fonseca, 2010). Atualmente sabe-se que as crianças com dispraxia, além de apresentarem um risco elevado de défice de atenção, dificuldade de aprendizagem e de adaptação psicossocial (Dewey, Kaplan, Crawford, & Wilson, 2002; Fonseca, 2010; Smyth & Anderson, 2000), apresentam também uma elevada predisposição de queixas somáticas, baixa autoestima e elevados níveis de ansiedade (Dewey, Kaplan, Crawford, & Wilson, 2002). A dispraxia parece resultar num fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental a curto e a longo prazo, pelo facto das crianças com dispraxia estarem mais suscetíveis a apresentarem dificuldades emocionais, sociais e comportamentais (Green, Baird, & Sugden, 2006).

A manifestação sintomática apresentada por estas crianças permite agora compreender porque a razão do motivo de encaminhamento da consulta de Psicomotricidade neste serviço incidiu sobretudo nos problemas relacionais, uma vez que em alguns casos a sintomatologia apresentada teve na sua etiologia a Dispraxia.

O nível socioeconómico da amostra, por apresentar predomínio da classe *média e média alta*, sugere a presença de um melhor nível educacional e económico. Avaliar o nível socioeconómico familiar é importante, dado que os estudos têm verificado que a crise económica, tal como acontece neste momento em Portugal, deteriora os fatores protetores e aumenta os fatores de risco (Kawakami et al., 2012; Pinto-Meza et al., 2012; WHO, 2007) para o desenvolvimento cognitivo, físico e emocional (Wahlbeck & McDaid, 2012), interferindo no bem-estar familiar e na saúde mental das crianças e adolescentes. Até à data, não foi realizado nenhum estudo que incluísse

informações do nível socioeconómico dos utentes do serviço de pedopsiquiatria do SESARAM. Contudo, estudos realizados noutras unidades e serviços homólogos nacionais mostram um predomínio da classe média e média baixa, níveis III e IV respetivamente (Almeida, Castro, Mendes, & Pires, 2013; Crujo, Cordovil, Henriques, & Caldeira, 2011; Rodrigues & Almeida, 2015; Vilela et al., 2011). Julgamos que no nosso estudo poderá ter ocorrido um viés de seleção da amostra. Assim, famílias da classe média e média alta foram sistematicamente mais selecionadas e referenciadas para a consulta de psicomotricidade porque apresentavam maior probabilidade de cumprimento do plano terapêutico: disponibilidade de horário, residência em proximidade e condições económicas para custear deslocações. No entanto, é importante clarificar que o nível socioeconómico não deverá tomar-se isoladamente como um fator preditor de alterações na saúde mental ou no desenvolvimento psicomotor (Hudson, 2005).

CONCLUSÃO

No contexto de saúde mental infantil e juvenil a criança constitui o núcleo do pensamento de toda a nossa atuação. Compreender o funcionamento mental da criança e respeitar a sua individualidade foram alguns dos aportes deixados por João dos Santos (Monte-Alto, Rodrigues, & Cabido, 2014), que afirmava:

“Entendo que quando a vida de uma criança lhe não permitiu ter uma vivência conveniente do corpo, do espaço e dos conflitos, temos de a ajudar a sentir-se, a deslocar-se, a contar as suas histórias.” (Branco, 2010)

A presença de uma expressão motora desadequada na criança resulta da impossibilidade da mesma elaborar mentalmente as fontes de tensão ou sofrimento, muitas vezes resultantes de perturbações na díade mãe-bebé (Fonseca, 2005). A manifestação de tais comportamentos interfere com o funcionamento global do indivíduo, aumentando o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental (Branco, 2010). Desta forma, pela intervenção psicomotora é possível organizar e dar sentido a muitas expressões corporais desajustadas. A terapia psicomotora possibilita às crianças a partilha de experiências que favorecem a expressão e a resolução de conflitos internos, procura novas soluções perante as dificuldades relacionais e/ou funcionais, e ainda permite a resolução da dimensão afetiva, a fim de lhes proporcionar maior autonomia e independência (Boscaini, 2012).

Assente numa perspetiva sistémica, segundo João dos Santos, a Psicomotricidade deverá visar como objetivo central a reabilitação e integração da criança em todos os seus microssistemas, através de um trabalho em equipas multidisciplinares onde com o contributo das diferentes disciplinas será possível atingir este fim (Branco, 2010). Assim, estando a Pedopsiquiatria ao serviço da criança e da família, a integração de uma equipa multidisciplinar que permita assegurar as necessidades dos mesmos é essencial. Porém, a expansão desta prática multidisciplinar tem sido largamente prejudicada pelos cortes orçamentais, que levam a redução do número de técnicos nas equipas e prejudicam a qualidade dos cuidados prestados (Constant, 2007; Vidigal, 200). Contudo, apesar do desalento dos profissionais da área e dos pais, é importante que se continuem a manter esforços que permitam a continuidade dos ideais desenvolvidos por João dos Santos.

Ao longo deste artigo ficou patente a importância da necessidade de introdução de respostas terapêuticas que privilegiem a vivência corporal num trajeto de pequenas partilhas onde o gesto espontâneo, a ação e a interação ganham um papel preponderante no processo de reestruturação psíquica das crianças e jovens (Costa, 2008). A Psicomotricidade no seio desta equipa multidisciplinar parece ter resultado num excelente meio de observação e compreensão das crianças, que permitiram respostas terapêuticas mais adequadas. O motivo de encaminhamento, as características psicomotoras e psicopatológicas da amostra poderão servir de indicadores de prescrição médica para outros serviços homólogos. Embora a prevalência das características psicomotoras e psicopatológicas sejam confirmadas pela literatura já supramencionada (Bodison, 2015; Lemonnier, 2010), considera-se que seriam necessários estudos adicionais, com uma amostra mais significativa, sem viés de seleção, e com recurso à utilização de instrumentos de avaliação validados e padronizados à população portuguesa.

AGRADECIMENTOS

A primeira autora gostaria de agradecer à Dra. Gabriela Saldanha, diretora do serviço de Pedopsiquiatria por todo o apoio e estímulo à realização do estágio profissionalizante (do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana) e do estágio profissional; À Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais e ao Instituto de Emprego da Madeira, IP-RAM, pela aprovação e financiamento do estágio profissional e ao Centro

de Desenvolvimento da Criança por cedência do ginásio para a realização das consultas.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J., Diatkine, R., & Badaraco, G. (1956). *Psychanalyse et neurologie: La psychanalyse d'aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Albaret, J. M., Corraze, J., Soppelsa, R., & Golly, V. L. (2012). Psychiatrie et psychomotricité. In J.-M. Albaret & J. Corraze (Eds.), *Entretiens de Psychomotricité* (pp. 7-12). Paris: Les Entretiens Médicaux.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, S., Castro, F., Mendes, A., & Pires, P. (2013). Depressão materna e psicopatologia na primeira infância – Classificação diagnóstica DC:0-3R. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 31-51.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2011). *Associação Portuguesa de Psicomotricidade* [cited 2014 8 5]. Available from <http://www.appsicomotricidade.pt/>
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do comportamento e aprendizagem*. Lisboa: Trilhos.
- Bodison, S. (2015). Developmental dyspraxia and the play skills of children with autism. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69, 6905185060p1-6905185060p6.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 2, 20-26.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. M. G. D. A. Fernandes & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1ª ed., pp. 132-162). Brasil: Manole.
- Branco, M. E. C. (2010). *João dos Santos – Saúde mental e educação* (2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.
- Constant, J. (2007). Un métissage en quête d'identité: Pédiopsychiatrie et psychomotricité. *Neurophyquiatrie de l'Enfance et l'Adolescence*, 55, 87-92.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2011). *Administração Central do Sistema de Saúde [ACSN]. Centro Hospitalar de Lisboa Central*. Lisboa: CNSM; [cited 2014.10.14]. Available from http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Redes_de_referenciacao/DOCUMENTO_TECNICO_DE_SUPORTE_RRH_PSIQ_IA_VERSAO_23_NOV.pdf
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança – Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos.
- Crujo, M., Cordovil, C., Henriques, S., & Caldeira, P. (2011). Hábitos e problemas de sono numa população clínica de crianças e adolescentes. *Revista Saúde Mental*, 5, 14-21.

- Dewey, D., Kaplan, B., Crawford, S., & Wilson, B. (2002). Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human Movement Science, 21*, 905-918.
- Feitosa, H., Riscou, R., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: Considerações epidemiológicas, assistências e bioética. *Revista Bioética, 19*, 259-275.
- Fernandes, J. M. G. A. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. In J. M. G. D. A. Fernandes & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1ª ed., pp. 1-12). Brasil: Manole.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora* (3ª ed.). Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2012a). Prefácio. In J. M. G. D. A. Fernandes & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1ª ed., pp. XIII-XVII). Brasil: Manole.
- Fonseca, V. (2012b). *Terapia psicomotora – Estudo de casos da caracterização à intervenção* (6ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier, 6*, 455-459.
- Green, D., Baird, G., & Sugden, D. (2006). Pilot Study of psychopathology in developmental coordination Disorder. *Child Care Health Dev, 32*, 741-750.
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 3-18.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence, 55*, 73-86.
- Kawakami, N., Abdulghani, E. A., Alonso, J., Bromet, E., Bruffaerts, R., Almeida, J. M. C., . . . Kessler, R. C. (2012). Early-life mental disorders and adult household income in the world mental health surveys. *Biol Psychiatry, 72*, 228-237.
- Lemonnier, E. (2010). La psychopathologie de l'enfant dyspraxique. *Archives de pédiatrie, 17*, 1243-1248.
- Martins, R. A. (2008). Criança hiperativa e a psicomotricidade como recurso pedagógico-terapêutico. *Revista Diversidades, 6*, 19-29.
- Merikangas, K. R., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*, 7-20.
- Monte-Alto, R., Rodrigues, R., & Cabido, C. (2014). Minha mãe – Dois casos clínicos em saúde mental infantil à luz do pensamento de João dos Santos. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 38*, 47-64.
- Naglieri, J. A., & Draw, A. (1988). *Person: A quantitative scoring system [Manual]*. Toronto: Psychological Corporation Harcourt Brace Javanovich, Inc.
- Pachoud, B. (2005). Entrevista psiquiátrica. In C. Cyssau (Ed.), *A entrevista em clínica* (1ª ed., pp. 161-180). Lisboa: Climepsi.

- Pinto-Meza, A., Moneta, M. V., Alonso, J., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., Almeida, J. M. C., . . . Haro, J. M. (2012). Social inequalities in mental health. *Soc Psychiatr Epidemiol*, *48*, 173-81.
- Raynaud, J. P., Danner, C., & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfant et des adolescents: Indication, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *55*, 113-119.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children* (1st ed.). USA: American Guidance Service.
- Rodrigues, R., & Almeida, C. (2015). Jogos eletrônicos e saúde mental na infância. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, *39*, 25-43.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, C. (2001). Ecos e espelhos de mim: A psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, *8*, 49-58.
- Smyth, M., & Anderson, H. (2000). Coping with clumsiness in the school playground: Social and physical play with children with coordination impairments. *British Journal of Developmental Psychology*, *18*, 389-413.
- Vidigal, M. J. (2008). Prefácio. In J. Costa (Ed.), *Olhar para a criança* (pp. 15-22). Lisboa: Trilhos.
- Vilela, L., Fernandes, G., Dias, G., Lima, C., Lopes, R., & Gesta, C. (2011). Caracterização de uma consulta de pedopsiquiatria – Primeira infância de um hospital central. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *42*, 104-107.
- Wahlbeck, K., & McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, *11*, 139-145.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *WHO*. Genebra: WHO [cited 2014.8.2]. Available from http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf?ua=1
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Dinamarca: Regional Office for Europe* [cited 2016.01.10]. Available from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the world mental health survey initiative in Portugal – Rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, *7*, 1-10.

ABSTRACT

Introduction: Psychomotor intervention in child and adolescent mental health was introduced in Portugal by João dos Santos. Within this clinical context, Psychomotricity aims to understand and solve the child's internal conflicts, using body mediation techniques for the construction and restructuring of the psyche. Objectives: To characterize the first visits on Psychomotricity of child psychiatry service of Dr. Nélcio Mendonça Hospital, between October 4th 2013 and July 30th, 2015. It also intends to draw attention to the psychomotricist role in child and youth mental health settings. Methods: The selected sample consisted of all cases of

children and adolescents referred to Psychomotor intervention at the time of the first visit. Data concerning the following variables were collected: gender, age, motive for consultation, diagnosis, psychomotor profile and socio-economic level. Results: In this period of time, 42 children and youth were evaluated, with an average age of $9,69 \pm 2,74$ years, the majority being male ($n=31$; 73,8%). The referral to the psychomotor visit was carried out mainly by the medical team ($n=28$; 66,7%), being relational problems the main reason for referral. The results of psychomotor evaluation revealed that most of the children ($n=22$; 52,4%) had dyspraxia. Regarding psychopathological characteristics, it was found that a significant proportion of cases showed no diagnosis ($n=9$; 21,4%). Conclusion: Psychomotor therapy in the context of children and youth's mental health is based on a systemic perspective that brings important contributions to clinical care, by representing an area of observation and understanding of the difficulties of the child, and their psychological functioning. It also represents the therapeutic and educational space for psychic restructuring, which allows another form of expression of internal conflicts besides language.

Key words: Psychomotricity, Mental health, Child psychiatry, Multidisciplinary team.

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTE COM PERTURBAÇÕES MENTAIS: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DE GRUPO

Marta Pedreira¹
Vera Ramos²
Paula Zaragoza²
Isabel Carvalho³
Isadora Pereira³
Pedro Pires⁴
Isabel Leal⁵

RESUMO

Considerando o aumento do número de adolescentes com problemáticas emocionais e comportamentais, desenvolveu-se um programa de intervenção psicoterapêutico em grupo, tendo em consideração o impacto psicossocial que estas perturbações têm a curto, médio e longo prazo. Deste modo, pretendeu-se perceber as alterações nas representações de qualidade de vida dos jovens, mediante a intervenção, de acordo com a percepção dos próprios como dos pais. Traduz-se num estudo comparativo entre dois momentos de avaliação e entre dois grupos. O grupo de adolescentes, constituído por 21 jovens, de ambos os sexos e com idades entre os 12 e os 18 anos. O grupo de pais, com 22 elementos e com idades entre os 38 e 63 anos. Aplicou-se, a ambos os grupos, o instrumento Kidscreen-52 (Gaspar & Matos, 2008) nas duas fases de avaliação. Verificou-se que os adolescentes, após a intervenção, perceberam uma melhoria na qualidade de vida, corroborada pela percepção dos pais. Para os adolescentes as diferenças significativas entre as duas fases foram na dimensão sentimentos e amigos. Para os pais, além da dimensão sentimentos, também na dimensão estado de humor geral e tempo livre. Podemos afirmar que o programa permitiu que os adolescentes vivenciassem um processo de mudança pessoal, desenvolvendo e consolidando competências interpessoais e intrapessoais, influenciando positivamente a percepção sobre a qualidade de vida.

¹ Psicóloga, Assistente de Investigação, ISPA – Instituto Universitário; ² Psicóloga, Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, HGO; ³ Pedopsiquiatra, Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, HGO; ⁴ Coordenador da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, HGO; ⁵ Psicóloga, Investigadora do William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário.

Palavras-chave: Adolescentes, Pais, Perturbações mentais, Impacto psicossocial, Intervenção terapêutica em grupo, Qualidade de vida relacionada com a saúde.

INTRODUÇÃO

As perturbações mentais têm um impacto significativo na adaptação psicossocial dos jovens a curto, médio e longo prazo. Assumem maior complexidade na adolescência, por ser um período de desenvolvimento crítico, em que o jovem tem que lidar simultaneamente com inúmeras transformações, que implicam uma reorganização de todas as suas representações (Ammaniti & Sergi, 2003). Deste modo, é necessária uma intervenção atempada e adequada às necessidades destes jovens.

A psicopatologia na infância e na adolescência tem sido concetualizada com base no modelo de internalização-externalização (Hopwood & Grilo, 2010). As perturbações de internalização apresentam como denominador comum alterações a nível emocional e de humor, em que a angústia vivenciada pelo jovem é dirigida para o próprio (Hopwood & Grilo, 2010). As perturbações de externalização são caracterizadas pela expressão da ansiedade dirigida para o exterior, observando-se comportamentos disruptivos centrados no próprio como no meio (Hopwood & Grilo, 2010). Ambas as tipologias apresentam uma componente comportamental como uma componente afetiva, refletindo-se na presença de comorbidades significativas entre as perturbações (Hopwood & Grilo, 2010).

Diversas perspetivas teóricas sobre as perturbações emocionais e comportamentais na adolescência destacam a influência dos contextos em que o adolescente se desenvolve. No contexto familiar, as características dos cuidadores e a dinâmica familiar são determinantes (Kowal, Krull, Kramer, & Crick, 2002; Tuijl, Branje, Dubas, Vermulst, & Aken, 2004). Estudos demonstram que estes adolescentes percebem falta de coesão familiar, não vivenciando sentimentos de pertença e de união (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice, & Buka, 2002; Lwinsohn, Olino, & Klein, 2005). Fomenta-se, deste modo, padrões de relacionamento entre pais e filhos insuficientes ou denominados como “tóxicos”. Esta fragilidade no suporte e contenção emocional propicia *deficits* significativos na capacidade de identificar e compreender os próprios comportamentos como os comportamentos dos pares enquanto reflexo de estados mentais, em que se engloba sentimentos, fantasias,

desejos, motivações, pensamentos e/ou crenças (Bateman & Fonagy, 2013). No contexto social, a relação com os pares assume uma importância significativa nesta fase evolutiva. Tem o poder de ser simultaneamente um fator de risco como um fator protetor no desenvolvimento (Taylor et al., 2015). Nestes casos, situações de rejeição ou expulsão tendem a ser frequentes (Taylor et al., 2015).

Torna-se perceptível, a preponderância de contextos marcados pela vivência de acontecimento significativos de cariz negativo, que tendem a ser intrusivos e determinantes no desenvolvimento físico, psicológico e social do adolescente (Compas, 2004). Existe uma ineficácia em desenvolver e consolidar estratégias adaptativas (Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008), pela marcada fragilidade relativa à perceção das suas competências, em diversos domínios, bem como a perceção sobre o grau de satisfação para consigo.

Em Portugal, tem existido um aumento progressivo da procura de adolescentes com problemáticas emocionais e alterações de comportamento aos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Esta realidade impôs que os serviços de saúde mental tenham que otimizar os seus recursos, contemplando a eficácia da intervenção de acordo com as necessidades destes jovens, de modo a intervir precocemente. Assim, as intervenções terapêuticas em grupo têm assumido um papel de destaque. A Unidade de Pedopsiquiatria (U.P.) do Hospital Garcia de Orta (H.G.O) desenvolveu e implementou um programa de intervenção psicoterapêutica em grupo destinado a estes jovens.

Participam adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos e de ambos os sexos, seguidos no serviço. Os grupos são fechados (entre 10 e 15 adolescentes) e mediados por uma equipa de pedopsiquiatras e psicólogos. As sessões são semanais (uma hora e meia) e com temáticas pré-estabelecidas mediadas por atividades lúdico-expressivas. Ocorrem durante quatro meses abrangendo o período de férias escolares (de Junho a Setembro). No total são 11 sessões com os jovens e duas sessões com os pais.

O *setting* da intervenção em grupo proporciona um ambiente seguro e de suporte narcísico, em que os jovens podem vivenciar sentimentos de aceitação e validação pelo grupo (Scheidlinger, 2000; Tellerman, 2001). Sentimentos que são enfatizados pela perceção da universalidade das problemáticas (Scheidlinger, 2000; Tellerman, 2001). Ocorre um contágio afetivo, que permite desencadear um conjunto de revelações pessoais, entre os elementos do grupo. A partir desta dinâmica torna-se pertinente estruturar uma narrativa de mentalização. Esta narrativa potencia a capacidade dos jovens em conseguirem identificar os “protagonistas” do acontecimento, enquadrado num determinado espaço e tempo, e consequentemente explorar os estados mentais desses “protagonistas” de forma imaginativa, estabelecendo conexões intersubjetivas,

contextuais e temporais (Karterud, 2015) A partilha ajuda não só os próprios “protagonistas” a compreenderem-se, mas também permite que os restantes elementos identifiquem-se com a experiência através do fenómeno de espelhamento (Karterud, 2015). Procura-se melhorar a conceção percetiva da realidade baseada no significado simbólico das experiências.

A dinâmica de grupo não se cinge unicamente aos movimentos de identificação, ocorrem também os movimentos de diferenciação, propícios à ocorrência de conflitos, que são trabalhados de forma construtiva a fim de estes suportarem as diferenças e sentimentos conflitantes (Karterud, 2015). O adolescente passa a ser o agente da sua própria mudança, auxiliado pelo terapeuta a mobilizar e a desenvolver os seus próprios recursos a fim de melhorar a perceção sobre si, isto é, intervindo no autoconceito e na sua autoestima, permitindo lidar de forma critica e adequada com a realidade, e assim influenciar o seu bem-estar (Karterud, 2015).

De modo a avaliar as mudanças a nível psicossocial, importa conseguir focar diversos níveis de análise, a fim de contemplar a amplitude da intervenção nas representações destes jovens. O conceito de *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (QVRS) permite ir além dos indicadores somáticos e abranger componentes emocionais, mentais, sociais e comportamentais de acordo com a perceção dos próprios como dos pais (Gaspar & Matos, 2008). A sua multidimensionalidade tem sido destacada nas investigações deste âmbito, apesar dos estudos com a população adolescente serem ainda recentes. Este constructo permite perceber o impacto que uma determinada intervenção poderá ter no funcionamento do sujeito, em várias áreas da sua vida (Weitkamp, Daniels, Romer, & Wiegand-Grefe, 2013).

OBJETIVOS

Como resposta ao aumento da procura por parte da população adolescente com problemáticas emocionais e alterações de comportamento a U.P. do H.G.O. desenvolveu e implementou um programa de intervenção psicoterapêutica em grupo de modo a maximizar os recursos disponíveis e encontrar alternativas às restantes tipologias de intervenção, quando estas não têm a eficácia desejada. Torna-se então pertinente, mediante a intervenção psicoterapêutica em grupo, perceber as alterações nas representações de qualidade de vida dos jovens de acordo com a perceção dos próprios como dos pais.

MÉTODOS

A presente investigação consiste num estudo comparativo entre dois momentos de avaliação (pré-intervenção e pós-intervenção) e entre dois grupos (adolescentes e pais).

Participantes

Participaram, entre Junho e Setembro de 2015, 21 adolescentes (15 raparigas e 6 rapazes) no programa de intervenção terapêutica em grupo. Foram selecionados através de um processo de amostragem não-probabilístico de conveniência, respeitando os critérios clínicos de inclusão (perturbações de humor e da ansiedade; perturbações do comportamento; perturbações neuróticas severas; perturbações da personalidade; e dificuldades graves de socialização). Tinham idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade ($M=14,7$; $DP=1,6$) e frequentavam entre o 7º e o 12º ano de escolaridade, predominando o nível de ensino básico (81%). Relativamente à estrutura familiar, a maioria não coabitava com ambos os pais e tinham vivenciado até ao momento pelo menos dois acontecimentos de vida negativos. Destaca-se a separação/divórcio do casal parental (43%), a doença de um familiar (33%) e perturbações na dinâmica familiar (29%). O grupo de pais é constituído por 22 elementos, predominando a figura materna (77%). Idades compreendidas entre os 38 e 63 anos de idade ($M=46,1$; $DP=6,4$). A maioria era casada ou viver em união de facto (64%). A nível das habilitações literárias a maioria terminou o ensino secundário (60%) e encontrava-se atualmente empregada (86%).

Material

Questionário sociodemográfico foi elaborado exclusivamente para a investigação. Permitiu aceder aos seguintes dados: idade, sexo, habilitações literárias, estrutura familiar e acontecimentos de vida significativos. Em particular, questionava-se os pais/cuidadores sobre o estado civil e a situação profissional.

Kidscreen-52 (Gaspar & Matos, 2008) permite avaliar a qualidade de vida das crianças e adolescentes através da perceção das próprias (versão para crianças e adolescentes) e da perceção dos pais/cuidadores (versão para pais). Ambas as versões têm as mesmas dez dimensões de avaliação: *saúde e atividade física; sentimentos; estado de humor geral; auto-perceção; tempo*

livre; família e ambiente familiar; questões económicas; amigos; ambiente escolar e aprendizagem e provocação. Cada dimensão apresenta um nível de consistência interno satisfatório (entre 0,61 e 0,87). As respostas aos 52 itens são baseadas nas vivências do adolescente na última semana com base numa escala de *Lickert* entre 1 (“Nada/Nunca”) e 5 (“Totalmente/Sempre”). Quanto mais elevado for o valor, melhor será percebida a qualidade de vida do adolescente.

Procedimento

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito de um Projeto de Investigação, intitulado por “Psicopatologia e Ajustamento Psicológico de Adolescentes”, a decorrer na U.P. do H.G.O, autorizado pela Comissão de Ética da instituição. Na primeira sessão, em que os pais/cuidadores reuniram-se com a equipa técnica solicitou-se o consentimento informado, em que se explicava a pertinência do estudo, o formato da participação e o tempo exetável do envolvimento do adolescente e dos pais/cuidadores, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato na fase de tratamento dos dados. Concedida a autorização aplicou-se os questionários (*questionário sociodemográfico e Kidscreen-52*) aos adolescentes e aos de pais/cuidadores separadamente, mas em momentos idênticos (pré-intervenção e na fase de pós-intervenção). Em ambos os grupos a aplicação foi realizada coletivamente na presença do investigador. Posteriormente, procedeu-se à análise estatística dos dados recolhidos com recurso *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22 para Windows.

RESULTADOS

Comparação entre Pré-Intervenção e Pós-Intervenção da QVRS

Adolescentes

Quando se analisa a QVRS como um único constructo (α de Cronbach $\geq 0,80$) entre a fase de pré-intervenção e pós-intervenção, verifica-se uma diferença significativa ($t_{(20)} = -1,732$; $p < 0,05$) na perceção dos adolescentes. Os valores na fase de pós-intervenção ($M = 181,6$; $DP = 44,3$) são, em média, superiores aos valores da fase de pré-intervenção ($M = 168,4$; $DP = 50,1$). Na análise a cada

dimensão da QVRS, observaram-se diferenças significativas entre as duas fases na dimensão *sentimentos* (*Wilcoxon* $Z=-2,746$; $p<0,05$) e na dimensão *amigos* ($t_{(20)}=-2,009$; $p<0,05$). Estes resultados indicam que os adolescentes, após a intervenção, percecionam a vida de forma mais positiva como também uma melhoria nas interações com os pares, sentindo-se integrados e capazes de confiar. Em seguida, apresentamos os resultados segundo os dados sociodemográficos dos adolescentes:

Sexo: Não se observaram diferenças significativas entre a perceção das raparigas e a perceção dos rapazes em cada dimensão e em cada fase de avaliação; *Escalões etários*: Verificou-se que este fator influencia a perceção dos adolescentes sobre a QVRS, particularmente na dimensão *saúde e atividade física* ($F_{(2,18)}=4,084$; $p=0,034$) e na dimensão *ambiente escolar* ($F_{(2,18)}=5,775$; $p=0,012$), apresentando diferenças com significância estatística na fase de pós-intervenção. Deste modo, nesta fase os adolescentes entre os 14 e 15 anos de idade percecionam, em média, mais energia e aptidão física do que os mais velhos (entre os 16 e 18 anos). Já os adolescentes entre os 12 e 13 anos de idade percecionam nesta fase maior satisfação com o contexto escolar do que os mais velhos (14 e 15 anos e 16 e 18 anos); *Habilitações literárias*: As diferenças estatisticamente significativas ocorreram na fase de pós-intervenção na subescala *saúde e atividade física* (*Kruskall-Wallis* $H_{(2)}=7,126$; $p<0,05$), o que significa que após a intervenção os adolescentes que frequentam o ensino básico percecionam uma melhor aptidão física do que os adolescentes que frequentam o ensino secundário e profissional.

Pais

Os pais dos adolescentes também verificaram diferenças com significância estatística na avaliação da QVRS (α de Cronbach $\geq 0,80$) dos seus filhos entre as duas fases. De acordo com os pais a QVRS dos filhos é superior, em média, na fase de pós-intervenção ($M=167,6$; $DP=25,2$) do que na fase de pré-intervenção ($M=154,1$; $DP=29,0$). Relativamente às dimensões com significância estatística, observou-se na dimensão *sentimentos* (*Wilcoxon* $Z=-2,628$; $p<0,05$), dimensão *estado de humor geral* ($t_{(21)}=-4,092$; $p<0,05$) e dimensão *tempo livre* ($t_{(21)}=-2,701$; $p<0,05$). Estes valores indicam que os pais consideravam que os seus filhos tinham uma perceção mais positiva da vida, melhor humor e com um nível de autonomia e independência superior à fase de pré-intervenção. Em seguida, apresentamos os resultados dos pais de acordo com os dados sociodemográficos:

Sexo do filho: Na fase de pré-intervenção observou-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão *amigos* ($t_{(19)}=2,108$; $p<0,05$) e na dimensão *provocação* ($t_{(19)}=2,440$; $p<0,05$), isto é, os pais de raparigas percebem, em média, uma melhor integração em contexto de grupo do que nos rapazes. Na fase de pós-intervenção as diferenças verificaram-se na dimensão *ambiente escolar* ($t_{(19)}=2,394$; $p<0,05$), refletindo a percepção de que as raparigas apresentam, em média, maior satisfação com o contexto escolar do que quando são rapazes; *Escalões etários dos filhos*: A dimensão *saúde e atividade física* (Kruskall Wallis $H_{(2)}=5,819$; $p<0,05$), a dimensão *autoperceção* ($F_{(2,19)}=6,121$; $p=0,009$), a dimensão *estado de humor geral* ($F_{(2,19)}=7,816$; $p=0,003$) e a dimensão *sentimentos* (Kruskall Wallis $H_{(2)}=11,584$; $p<0,05$) apresentam diferenças estatisticamente significativas na fase de pós-intervenção. Estas diferenças revelam que os pais dos mais novos (entre os 12 e 13 anos) apresentam valores médios superiores nas quatro dimensões em comparação com a percepção dos pais de adolescentes mais velhos (entre os 16 e 18 anos). Deste modo, os pais dos mais novos consideram que após a intervenção os filhos têm mais energia e bem-estar físico, estão mais satisfeitos consigo próprios, mais bem-dispostos e com uma visão mais positiva da vida; *Habilitações literárias dos filhos*: Na fase de pré-intervenção as diferenças estatisticamente significativas surgem na dimensão *provocação* (Kruskall Wallis $H_{(1)}=4,071$; $p<0,05$). Os pais de adolescentes no ensino secundário e profissional percebem que estes sentem-se, em média, mais respeitados pelos pares do que a percepção dos pais de adolescentes no ensino básico. Na fase de pós-intervenção as diferenças com evidência estatística ocorrem nas seguintes dimensões: *saúde e atividade física* ($F_{(1,20)}=10,815$; $p<0,05$); *sentimentos* ($F_{(1,20)}=9,268$; $p<0,05$); *autoperceção* ($F_{(1,20)}=10,508$; $p<0,05$), *estado de humor geral* ($F_{(1,20)}=5,928$; $p<0,05$). Estes dados são indicadores que na fase de pós-intervenção os pais com filhos no ensino básico percebem que os filhos, em média, apresentam maior bem-estar físico, mais satisfeitos com a vida, confiantes e com bom humor do que os pais de adolescentes no ensino secundário e profissional.

Comparação entre Adolescentes e Pais

Pré-intervenção

Não se verificaram diferenças com significância estatística ($p>0,05$) quando se compara o constructo de QVRS (α de Cronbach $\geq 0,80$) entre os adolescentes e os pais. Relativamente à análise de cada dimensão as diferenças com

significância estatística centram-se na dimensão *auto-perceção* ($t_{(41)}=1,862$; $p<0,05$) e na dimensão *ambiente escolar* ($t_{(41)}=1,765$; $p<0,05$). Deste modo, os adolescentes, em média, têm uma imagem mais positiva de si próprios e estão mais satisfeitos com o ambiente escolar em comparação com a perceção dos pais.

Pós-Intervenção

Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre os adolescentes e os pais quando avaliado o constructo QVRS (α de Cronbach $\geq 0,80$). Contudo, observa-se diferenças com significância estatística na dimensão *amigos* (*Mann Whitney* $U=131,0$; $p<0,05$) e na dimensão *provocação* (*Mann Whitney* $U=155,5$; $p<0,05$). Os adolescentes, em média, percebem de forma mais positiva as interações com os pares, vivenciando menos sentimentos de rejeição e de ansiedade na relação com o outro do que a perceção dos pais.

DISCUSSÃO

O programa de intervenção em grupo permitiu aos adolescentes vivenciarem um processo de mudança pessoal, desenvolvendo e consolidando competências interpessoais e intrapessoais, que potenciaram a reorganização das suas representações, influenciando a forma como percebem e intervêm na realidade, e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

De acordo com a perceção dos adolescentes, as mudanças mais significativas na fase de pós-intervenção, consistiram numa maior satisfação com a vida, percebendo mais emoções positivas do que negativas e assim uma melhoria no seu bem-estar psicológico. Este estado mental, tornou os comportamentos exploratórios menos temíveis para os adolescentes, tendo repercussões na forma como vivenciam o seu papel na rede social.

Os resultados demonstraram uma maior predisposição em estabelecer relações com os pares, capazes de confiar nos outros, e paralelamente uma maior capacidade de resiliência face às adversidades que possam surgir no contexto social. Iniciou-se, deste modo, um reajustamento sobre a temática grupo de pares, pois muitos dos jovens que participaram, vivenciaram dificuldades nas relações com os pares, que conduziram a sentimentos de culpa que não foram suficientemente elaborados, causando sofrimento emocional, que se refletiu em diferentes áreas das suas vidas. A aceitação é determinante, pois a

percepção de rejeição coloca em dúvida todas as suas competências como o seu valor enquanto pessoa (Jiang, Zhang, Hawk, & Oiu, 2015).

Torna-se perceptível, que as dimensões (*sentimentos e amigos*) que apresentaram diferenças significativas demonstraram ser suficientemente estruturantes na identidade destes jovens. A interdependência das dimensões afetadas é observada na relação entre a avaliação que o jovem faz de si no modo como se relaciona com o meio. Considera-se que estes dados são impulsionadores para a mudança nas restantes dimensões da qualidade de vida.

Particularizando a análise de acordo com as características sociodemográficas verificou-se que os mais novos e com menor nível de qualificações literárias perceberam, no fim da intervenção, mais energia e aptidão física. Este resultado pode ser compreendido pela dificuldade que têm em conceptualizar as mudanças de acordo com um estado mental consciente, estabelecendo conexões interpessoais e intrapessoais, num determinado espaço e tempo. O que verificamos é a prevalência da resposta à mudança enquanto *Eu* em ação. Também são os mais novos, que apresentam níveis de confiança mais elevados relativamente à vivência e desempenho no contexto escolar na fase de pós-intervenção. Importa salientar, que esta fase realiza-se após, aproximadamente, quatro meses de férias escolares, potenciando a idealização relativamente às capacidades, sentindo-se capazes de ultrapassar os desafios do novo ano letivo. Esta postura surge enquanto uma defesa narcísica face às dúvidas e receios sobre o futuro, marcada pelas dificuldades vivenciadas no passado. A avaliação *a posteriori* permitirá observar a capacidade de adaptação e de resiliência ao contexto escolar.

O ênfase nos mais novos, observado nos resultados, permite estabelecer ligações com investigações neste âmbito. Assume-se que, não só os mais velhos vivenciaram maior diversidade de experiências que permitiram uma organização das representações distintas dos mais novos, como também tendem a estar mais conscientes das suas problemáticas e mais críticos na comparação que estabelecem com os seus pares, diluindo as diferenças significativas na QVRS entre as duas fases de avaliação (Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005).

Considerar a perspetiva dos pais no presente estudo, é de extrema relevância ao permitir integrar os resultados de ambas as partes e assim alcançar uma avaliação compreensiva do processo de adaptação psicossocial, pretendido com a intervenção (Eiser & Morse 2001).

Verifica-se que a percepção dos filhos e a percepção dos pais divergem principalmente nas dimensões de cariz subjetivo, relacionadas com questões sociais e psicológicas, assumindo os adolescentes uma percepção mais positiva do que os pais. Estes resultados são semelhantes aos verificados em outros estudos

(Jocovic, Locker, & Guyatt, 2004; Gaspar de Matos, Gaspar, Simões, & The European KIDSCREEN Group, 2013). Refletem a necessidade que os adolescentes têm em distanciarem-se das figuras parentais a fim de consolidarem a sua identidade de forma independente, e desse modo dificultam a percepção dos pais sobre as dimensões de cariz subjetivo (Matos & Sampaio, 2009). Este resultado também é compreendido pelos sentimentos ambivalentes que os pais tendem a experienciar nesta fase, entre o desejo que os filhos se tornem autónomos, mas que simultaneamente continuem a precisar deles, especialmente quando a dinâmica familiar é marcada pelo foco na problemática do adolescente ao longo de vários anos.

As crenças culturais sobre as diferenças entre géneros relativamente ao modo como os filhos experienciam os diferentes domínios da QVRS tem sido demonstrado em diferentes investigações (e.g.. Gaspar & Matos, 2008; Matos & Sampaio, 2009), sendo convergente com os resultados do presente estudo. Os pais de raparigas tendem a perceber a vivência escolar e social das suas filhas melhor do que quando são pais de rapazes. Contudo, quando se compara no grupo de adolescentes as diferenças entre géneros, verifica-se que não existe diferenças significativas, refletindo a semelhança a nível das problemáticas e vivências dos participantes. Deste modo, parece existir a tendência dos pais em subvalorizarem o impacto que as problemáticas emocionais e comportamentais dos filhos poderão ter nas representações associadas à qualidade de vida, especialmente após a participação dos seus filhos no programa de intervenção.

As percepções dos pais de adolescentes mais novos na fase pós-intervenção são caracterizados pelo “fator esperança” e de idealização face às capacidades dos seus filhos, sublinhando cada indício positivo como indicador de mudança e de maturação do seu desenvolvimento. Já os pais dos mais velhos apresentam maior desgaste emocional e físico, associada a uma dinâmica familiar marcada pelo impacto da psicopatologia do adolescente e desse modo as preocupações sobre as exigências do presente e do futuro vão determinar as representações dos pais. Torna-se compreensível a interdependência entre as representações que os pais e outros elementos centrais da vida do adolescente têm nas representações que o próprio estrutura sobre si (Kowal et al., 2002; Tuijl et al., 2004).

Apesar das evidências verificadas, importa salientar algumas das limitações do presente estudo: amostra reduzida tanto dos adolescentes como dos pais; impossibilidade de generalizar os resultados à restante população clínica com características semelhantes; considerar apenas as dimensões avaliadas pelo instrumento *Kidscreen-52* e não avaliar outras variáveis que tenham um papel de mediador e moderador no resultado final. Pretendemos transformar estas limitações em novas linhas de investigação. Os resultados atuais são prelimi-

nares face a uma avaliação mais complexa sobre o impacto do programa de intervenção em adolescentes com problemáticas emocionais e comportamentais.

CONCLUSÃO

O programa de intervenção em grupo, através do *Eu em ação* dos adolescentes e os pares como “agentes de socialização”, permitiu criar um contexto capaz de promover a mudança pessoal e por sua vez interferir na representação de qualidade de vida destes jovens. Desenvolveram competências para conseguirem identificar e compreender os seus estados mentais e dos outros, com maior consciencialização sobre os seus recursos, e assim descobrir novas estratégias para lidar com os desafios futuros. A análise follow-up, a estes jovens e pais, será fundamental para consolidar os indicadores obtidos e realizar os reajustamentos necessários de acordo com as necessidades destes jovens.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M., & Sergi, G. (2003). Clinical dynamics during adolescence: Psychoanalytic and attachment perspectives. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 54-80.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research*, 14, 1599-1612.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic inquiry*, 33, 595-613.
- Compas, B. E. (2004). Processes of risk and resilience: Linking contexts and individuals. In R. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 271-272). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10, 347-357.
- Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Simões, C., & The European KIDSCREEN Group. (2013). KIDSCREEN-52: Parents perception of their children's quality of life. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 437-451.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka S. L. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal of Epidemiology*, 31, 359-367.

- Hopwood, C. J., & Grilo, C. M. (2010). Internalizing and externalizing personality dimensions and clinical problems in adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 398-408.
- Jiang, J., Zhang, Y., Ke, Y., Hawk, S. T., & Qiu, H. (2015). Can't buy me friendship? Peer rejection and adolescent materialism: Implicit self-esteem as a mediator. *Journal of Experimental Social Psychology*, 58, 48-55.
- Jiménez, L. G., Menéndez, S. A., & Hidalgo, M. V. G. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26, 427-440.
- Jokovic, A., Locker, D., & Guyatt, G. (2004). How well do parents know their children? Implication for proxy reporting of child health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1297-1307.
- Karterud, S. (2015). On structure and leadership in mentalization-based group therapy and group analysis. *Group Analysis*, 48, 137-149.
- Kowal, A., Krull, J., Kramer, L., & Crick, N. (2002). Children's perceptions of the fairness of parental preferential treatment and their socioemotional well-being. *Journal of Family Psychology*, 16, 297-306.
- Lewinsohn, P. M., Olino, T. M., & Klein, D. N. (2005). Psychosocial impairment in offspring of depressed parents. *Psychological Medicine*, 35, 1493-1503.
- Matos, M., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde – Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Scheidlinger, S. (2000). The group psychotherapy movement at the millennium: Some historic perspectives. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 315-339.
- Taylor, L. C., Leary, K. A., Boyle, A. E., Bigelow, K. E., Henry, T., & DeRosier, M. (2015). Parent training and adolescent social functioning: A brief report. *Journal Child Family Studies*, 24, 3030-3037.
- Tellerman, J. S. (2001). The solutions unlimited now – SUN program: Psychodynamic/cognitive structured groups for teens, pre-teens, and families. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 11, 117-134.
- Tuijl, C., Branje, S., Dubas, J., Vermulst, A., & Aken, M. (2004). Parent-offspring similarity in personality and adolescents' problem behaviour. *European Journal of Personality*, 19, 51-68.
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2013). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Health and quality of life outcomes*, 11, 129-136.

ABSTRACT

Considering the increasing number of adolescents with emotional and behavioral problems, a group psychotherapy intervention program was developed, taking into account the psychosocial impact that these perturbations have in short, medium and long term. Accordingly, we intended to study the changes in quality of life representations of the adolescents, with the intervention, as perceived by the

adolescents themselves and their parents. The study involved the comparison between two assessment moments and two groups. The adolescents sample comprised 21 subjects of both sexes aged between 12 and 18 years old; the parents sample included 22 elements aged between 38 and 63 years. Both groups completed the *Kidscreen-52* (Gaspar & Matos, 2008) questionnaire at the two stages of assessment. Adolescents showed a better quality of life representation after the intervention, similarly to their parent's perception. For adolescents, significant differences between the two assessment times were found in the dimensions sentimental and friends. For parents, besides the sentimental dimension, differences were found in the dimensions states of general humor and free time. The program allowed the adolescents to experience a process of personal change by developing and consolidating interpersonal and intrapersonal skills, positively influencing their representation of the quality of life.

Key words: Adolescents, Parents, Mental disorders, Psychosocial impact, Therapeutic intervention in group, Health-related quality of life.

ESTIGMA E CRENÇAS PARENTAIS SOBRE A PEDOPSIQUIATRIA E USO DE PSICOFÁRMACOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Patricia Mendes ¹
Filipa Moreira ¹
Maria Fonseca ¹
Luisa Morais ²

RESUMO

Introdução/Objectivos: *Estima-se que 20% das crianças e adolescentes do mundo tenham uma perturbação mental. O estigma pode afastar ou atrasar a procura de cuidados especializados. Por outro lado, o aumento do uso de medicação psicotrópica entre crianças e adolescentes é um fenómeno global. A percepção parental do estigma quanto ao tratamento pedopsiquiátrico e a atitude face aos fármacos psicotrópicos são temas fundamentais na procura e manutenção dos cuidados prestados nos serviços de saúde mental, pelo que devem ser estudados e abordados. O objectivo deste estudo consiste em descrever as percepções de estigma e crenças parentais sobre o tratamento pedopsiquiátrico e uso de psicofármacos na infância e perceber se ter um filho em tratamento num serviço de saúde mental infantil altera estas crenças.* **Métodos:** *Foi efectuado um estudo transversal, aplicando um questionário a 200 pais com um filho em acompanhamento no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital de Braga (grupo 1) e a 200 pais sem qualquer contacto com Serviços de Saúde Mental Infantil (grupo 2).* **Resultados:** *Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao nível de estigma sobre tratamento pedopsiquiátrico. Obteve-se uma diferença estatisticamente significativa para as opiniões sobre psicofármacos, apresentando a amostra de pais com filhos em seguimento pedopsiquiátrico crenças mais positivas quanto aos temas: sobremedicação, embotamento afectivo, atraso na resolução de problemas reais e evitação dos problemas familiares.* **Conclusão:** *Os resultados obtidos revelam a existência de crenças parentais*

¹ Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar do Porto;

² Assistente Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Hospital de Braga.

preocupantes, que podem levar a consequências negativas para a saúde mental das crianças e adolescentes, o que demonstra a importância de se investir na informação e sensibilização dos pais.

Palavras-chave: Estigma, Psiquiatria da infância e adolescência, Infância, Psicofármacos, Crenças parentais.

INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 20% das crianças e adolescentes do mundo tenham uma perturbação mental (U.S. Department of Health and Human Services, 1999; WHO). Apesar desta alta prevalência, menos de 1 em cada 5 crianças recebe o tratamento necessário (WHO, 2001).

As patologias pedopsiquiátricas mais preocupantes e prevalentes incluem a perturbação do espectro do autismo, a perturbação de hiperactividade e défice de atenção, as perturbações do comportamento, bem como, as perturbações do humor e as perturbações psicóticas. De referir ainda as perturbações do comportamento alimentar e abuso de substâncias, entre outras (WHO, 2003).

Segundo a OMS, falar de doença mental é falar de estigma e direitos humanos (Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO, 2003). O preconceito encontra-se bem evidente em todos os níveis da sociedade e envolve crianças, adolescentes, famílias e até os prestadores de cuidados de saúde (WHO, 2003, 2005).

O estigma é um grande obstáculo na intervenção em Saúde Mental, pois pode atrasar ou impedir a procura de ajuda especializada (Pescosolido et al., 2008; WHO, 2002). As consequências de uma visão negativa da doença mental incluem: não adesão à medicação, discriminação na escola ou emprego, agravamento do isolamento social e risco de suicídio. O estigma tem também consequências ao nível da auto-estima de indivíduos com patologia mental (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001).

Dados emergentes têm confirmado atitudes negativas em relação à patologia mental na infância (Jorm & Wright, 2008; Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010). As atitudes dos adultos podem colocar obstáculos ao tratamento adequado de crianças com patologia mental. A influência das características sociodemográficas no estigma é complexa e inconsistente, embora indivíduos do sexo feminino e com maior nível educacional pareçam reportar menor estigma mas crenças mais negativas quanto aos psicofármacos

(Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007). Estudos sugerem que indivíduos de raça caucasiana, mais jovens, com maior nível educacional, residentes em zonas urbanas registam menor estigma relativamente à doença mental (Lazaratou, Anagnostopoulos, Alevizos, Haviara, & Ploumpidis, 2007; Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007). Apontam, ainda, que indivíduos com contactos prévios com pessoas com patologia mental denotam menor estigma (Angermeyer & Matschinger, 2005).

É, ainda, reconhecido que o estigma público se relaciona especificamente com a patologia em causa. Os estudos demonstram que os indivíduos reagem de acordo com a patologia que presumem que a criança ou adulto apresentam (Jorm & Wright, 2008; Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010).

A medicação psicotrópica pode ser definida como um conjunto de fármacos que afecta a função psíquica, o comportamento e a experiência da pessoa que os utiliza (Anderson, 2002). Inclui vários grupos farmacológicos, como a medicação estimulante, antidepressiva, antipsicótica e estabilizadora do humor.

O aumento do uso de medicação psicotrópica entre crianças e adolescentes é um fenómeno global. Os Estados Unidos da América têm a maior taxa de consumo, mas o resto do mundo segue os mesmos passos (St. Luke's Health Initiatives, 2006). Cerca de 8 a 10% da população americana entre 0-18 anos toma medicação indicada para problemas de saúde mental (Cohen, McCubbin, Collin, & Pérodeau, 2001). Nos E.U.A. a taxa de consultas que culminaram na prescrição destes fármacos em adolescentes aumentou de 3,4% em 1994-1995 para 8,3% em 2000-2001 (Thomas, Conrad, Casler, & Goodman, 2006).

Estudos demonstraram a existência de crenças sobre prescrição de doses desnecessariamente altas de medicação, efeitos prejudiciais no desenvolvimento e maior receio dos psicofármacos do que de outras medicações (Lazaratou, Anagnostopoulos, Alevizos, Haviara, & Ploumpidis, 2007; Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007). A segurança dos psicofármacos é uma área de preocupação das famílias (Dean, Witham, & McGuire, 2009).

Existe pouca informação acerca da percepção da população em geral relativamente à patologia mental na infância e adolescência, das percepções dos pais e crianças que as vivenciam, tal como das reacções aos possíveis tratamentos.

Em Portugal existem poucos dados acerca do estigma da doença mental e, embora as iniciativas de prevenção e informação sejam cada vez mais frequentes, são ainda insuficientes (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Vários estudos apontam para o impacto positivo das acções de sensibilização destes programas, com uma diminuição de atitudes

estigmatizantes e discriminatórias face a pessoas com problemas de saúde mental (Campos et al., 2012; Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, 2004).

As crianças e adolescentes com problemas mentais exibem uma qualidade de vida distintamente afectada. A falta de conhecimento, cepticismo e crenças desinformadas são problemas actuais na prestação de cuidados de saúde. Assim, o reforço dos recursos sociais e familiares deve ser um objectivo chave na prevenção e intervenção, pelo que os especialistas da saúde mental enfrentam um desafio para ganhar a participação da família.

Este estudo tem como principal objectivo descrever as percepções de estigma e crenças parentais sobre o tratamento pedopsiquiátrico e uso de psicofármacos na infância e perceber se ter um filho em tratamento num serviço de saúde mental infantil altera estas crenças.

Esta descrição permitirá aumentar o conhecimento acerca do estigma sobre tratamento pedopsiquiátrico e crenças sobre psicofármacos e, assim, perceber a necessidade de intervenção/informação dos pais. Ao comparar os resultados de pais com e sem contacto com um Serviço de Saúde Mental Infantil também se pretende perceber de que forma o contacto com um Serviço de Saúde Mental altera estas percepções.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efectuado um estudo transversal, aplicando-se um questionário de auto-preenchimento a duas amostras de conveniência. A amostra 1 consistiu nos indivíduos que se dirigiram, no período de recolha de dados (Novembro de 2009), ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Braga, com pelo menos um filho entre os 2 e 16 anos em tratamento psiquiátrico/psicológico.

Este serviço tinha, na data de colheita dos dados, como área de atendimento os concelhos de Braga, Amares, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Fafe, Guimarães, Póvoa do Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila Verde e Vizela, com uma população total de 447 181 habitantes. Para o segundo grupo foram seleccionadas a USF Gualtar, mais urbana e a USF Ronfe, considerada uma área predominantemente urbana com uma menor escolaridade que a primeira, de forma a diminuir a diferença entre os grupos.

A amostra 1 é constituída por 200 indivíduos. Este valor reflecte aproximadamente o número de indivíduos que acompanharam 1 filho a

consulta no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Escala Braga no mês de Novembro de 2009 e preenchem os critérios de inclusão. A amostra 2 consiste nos indivíduos que se dirigiram, no período de recolha de dados, às USF referidas, com pelo menos um filho entre os 2 e 16 anos e cujos filhos nunca tenham realizado tratamento psicológico/psiquiátrico. Foi solicitado a todos os participantes um consentimento informado. Em concordância com o tamanho do grupo de casos, a amostra de controlos foi constituída por 200 indivíduos.

O questionário aplicado aos participantes baseou-se nas entrevistas da secção especial do *National Stigma Study-Children – Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness* (Pescosolido et al., 2007). Este questionário contém uma área relativa ao estigma do tratamento pedopsiquiátrico composto por 4 questões que medem as percepções parentais de estigma associado ao tratamento pedopsiquiátrico. Referem-se a: rejeição escolar, confidencialidade, perpetuação do estigma na idade adulta e sensação de fracasso dos pais.

A área relativa às crenças parentais sobre uso de psicofármacos na infância era composta por cinco questões relativas a: sobremedicação, efeitos negativos no crescimento, atraso na resolução de problemas reais, embotamento afectivo e evitação da resolução dos problemas familiares.

As respostas possíveis compunham-se por: concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente e discordo totalmente. Estas foram codificadas, respectivamente, de 4 a 1, sendo o maior número correspondente a maior percepção de estigma. Para análise posterior os resultados foram somados e o resultado dividido pelo total de itens, resultando numa variável contínua com valores entre 1 e 4, que reflectia o nível de estigma sobre tratamento pedopsiquiátrico para cada indivíduo. O mesmo aconteceu com as questões relativas às crenças sobre uso de psicofármacos na infância.

O questionário continha uma área referente a características sociodemográficas dos pais e ainda, se teve algum contacto prévio com familiares ou amigos com patologia psiquiátrica (excepto os seus filhos).

O questionário foi traduzido numa linguagem simples de forma a ser compreendido por uma amostra com um nível educacional que se previa baixo. Por não se encontrar validado foi realizado um estudo piloto que envolveu a submissão do questionário a 20 indivíduos com as mesmas características da população em estudo. Foram detectadas algumas perguntas de difícil compreensão, pelo que foram feitas as necessárias alterações ao questionário.

A análise estatística foi efectuada com o programa SPSS 17.0. Foram realizadas tabelas de frequência para a análise descritiva das amostras e para os

itens que avaliam o nível de estigma e crenças parentais. Foi realizado o teste χ^2 para comparar as características sociodemográficas e as respostas que avaliam o estigma e crenças parentais dos dois grupos amostrais. Realizou-se, ainda, uma regressão logística multivariada com as variáveis sociodemográficas entre os 2 grupos.

Por fim, foram realizados teste *t*-student e Anova para testar a relação entre o nível de estigma sobre tratamento pedopsiquiátrico e crenças sobre psicofármacos e as características sociodemográficas da amostra (considerada aqui como a totalidade dos 400 indivíduos inquiridos). A significância estatística foi considerada sempre que o *p*-value era menor que 0.05.

RESULTADOS

Amostras

A amostra 1 (indivíduos com 1 filho em consulta no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Escala Braga) e a amostra 2 (pais sem filhos em tratamento psicológico ou psiquiátrico) são ambas constituídas por 200 indivíduos. Cerca de 10 indivíduos recusaram-se a participar no estudo e foram eliminados 21 questionários por não se encontrarem devidamente preenchidos.

A Tabela 1 ilustra as características dos 2 grupos. Ambas as amostras são compostas maioritariamente por indivíduos do sexo feminino e com escolaridade entre o 2º ciclo e o ensino secundário. As idades dos progenitores concentram-se na faixa etária entre os 31 e 40 anos em ambos os grupos. Enquanto 65,5% dos pais do grupo 1 afirma que conhece alguém com patologia psiquiátrica, apenas 36,5% do grupo 2 confirma este conhecimento prévio. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as amostras para as variáveis: idade ($p=0.007$) e freguesia de residência do progenitor ($p<0.001$), contacto prévio com psiquiatria ($p<0.001$), idade do filho mais velho ($p<0.001$), média de idades ($p<0.001$), e género dos filhos ($p<0.001$).

Por fim, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa para as crenças parentais sobre uso de psicofármacos na infância, apresentando a amostra 1 crenças mais positivas ($1,92\pm 0,67$) que a amostra 2 ($2,31\pm 0,68$). Quanto ao nível de estigma do tratamento pedopsiquiátrico não foi encontrada qualquer diferença entre os dois grupos (ver Tabela 2).

TABELA 1
Dados sociodemográficos das amostras

	Amostra 1 (n=200)		Amostra 2 (n=200)		χ^2
	n	%	n	%	p-value
Género do progenitor					ns
Feminino	158	79	147	73,5	
Masculino	42	21	53	26,5	
Idade do progenitor					0,007
≤30 anos	21	10,5	37	18,5	
31 a 40 anos	106	53	115	57,5	
≥41 anos	73	36,5	48	24	
Escolaridade do progenitor					ns
1ºCiclo ou menos	43	21,5	24	12	
2º Ciclo	59	29,5	59	29,5	
3º Ciclo	47	23,5	45	22,5	
Ensino Secundário	35	17,5	47	23,5	
Ensino Superior	16	8	25	12,5	
Freguesia de residência					<0,001
Integra a cidade	92	46	67	33,5	
Predominantemente urbana	63	31,5	117	58,5	
Mediamente Urbana ou outra	45	22,5	16	8	
Contacto prévio com psiquiatria					<0,001
Não	69	34,5	127	63,5	
Sim	131	65,5	73	36,5	
Idade do filho mais velho					<0,001
≤6 anos	16	8	56	28	
7 a 12 anos	79	39,5	82	41	
≥13 anos	105	52,5	62	31	
Média da idade dos filhos					<0,001
≤6,9 anos	31	15,5	85	42,5	
7 a 12,9 anos	94	47	78	39	
≥13 anos	75	37,5	37	18,5	
Número de filhos					ns
1 filho	74	37	91	45,5	
2 filhos	94	47	88	44	
≥3 filhos	32	16	21	10,5	
Género dos filhos					<0,001
Feminino	39	19,5	84	42	
Masculino	84	42	62	31	
Feminino e Masculino	77	38,5	54	27	

Nota. ns=não significativo.

TABELA 2
Estigma e crenças parentais

	Amostra 1	Amostra 2	Teste <i>t</i>
	Média±Desvio Padrão	Média±Desvio Padrão	<i>p</i> -value
Percepção parental do estigma associado ao tratamento pedopsiquiátrico.	2,28±0,76	2,27±0,66	ns
Crenças parentais sobre uso de psicofármacos na infância.	1,92±0,67	2,31±0,68	<0,001

Nota. ns=não significativo.

Após a regressão logística multivariada, manteve-se uma diferença estatisticamente significativa para as crenças parentais sobre uso de psicofármacos na infância entre os grupos ($p<0.001$), mesmo depois de ajustado para as variáveis sociodemográficas. As variáveis freguesia de residência ($p<0.001$), contacto prévio com patologia psiquiátrica ($p<0,001$), média de idade dos filhos ($p=0,027$) e género dos filhos ($p=0,005$) também demonstram manter diferenças significativas na análise.

Percepção parental do estigma do tratamento pedopsiquiátrico

A Tabela 3 ilustra as perguntas sobre percepções parentais do estigma sobre tratamento pedopsiquiátrico, a partir das quais foi obtido o nível de estigma já referido.

Cerca de 35% dos indivíduos do grupo 2 e 42,5% dos indivíduos do grupo 1 concordam em algum grau que uma criança pode sofrer rejeição escolar por realizar tratamento pedopsiquiátrico. Esta diferença entre grupos deve-se, principalmente, aos 13% do grupo de pais com 1 filho em acompanhamento pedopsiquiátrico que concorda totalmente comparativamente a 5% do grupo de pais sem contacto directo com a pedopsiquiatria. Encontra-se, assim, uma diferença estatisticamente significativa nas respostas dadas pelos dois grupos.

Em ambos os grupos cerca de 60% dos pais atestam que o tratamento psiquiátrico das crianças é do conhecimento da comunidade em geral, apesar da confidencialidade médica e aproximadamente 35% pensam que o estigma se perpetua até à idade adulta. Por fim, cerca de 46,5% dos pais do grupo 2 e 40% dos pais do grupo 1 concordam que o tratamento pedopsiquiátrico de um filho provoca nos pais uma sensação de fracasso. Quando comparados estatisticamente, os 2 grupos não mostraram diferença significativa nas respostas relativas às três últimas perguntas.

TABELA 3

Percepções parentais do estigma associado ao tratamento pedopsiquiátrico

	Amostra 1			Amostra 2			χ^2
	n	%	Soma%	n	%	Soma%	p-value
<i>Uma criança que recebe tratamento psiquiátrico é rejeitada na escola.</i>							
Concordo Totalmente	26	13	42,5	10	5	35	0,039
Concordo Parcialmente	59	29,5		60	30		
Discordo Parcialmente	53	26,5	57,5	55	27,5	65	
Discordo Totalmente	62	31		75	37,5		
<i>Na comunidade sabe-se que a criança recebeu tratamento psiquiátrico, mesmo apesar da confidencialidade médica.</i>							
Concordo Totalmente	50	25	63,5	46	23	59,5	ns
Concordo Parcialmente	77	38,5		73	36,5		
Discordo Parcialmente	29	14,5	36,5	42	21	40,5	
Discordo Totalmente	44	22		39	19,5		
<i>Uma criança irá sofrer na idade adulta se os outros souberem que recebeu tratamento psiquiátrico na juventude.</i>							
Concordo Totalmente	24	12	35	59	13	37,5	ns
Concordo Parcialmente	46	23		49	24,5		
Discordo Parcialmente	55	27,5	65	51	25,5	62,5	
Discordo Totalmente	75	37,5		74	37		
<i>O tratamento psiquiátrico de uma criança provoca nos pais uma sensação de fracasso.</i>							
Concordo Totalmente	20	10	40	59	14,5	46,5	ns
Concordo Parcialmente	60	30		26	32		
Discordo Parcialmente	50	25	60	59	22	53,5	
Discordo Totalmente	70	35		63	31,5		

Nota. ns=não significativo.

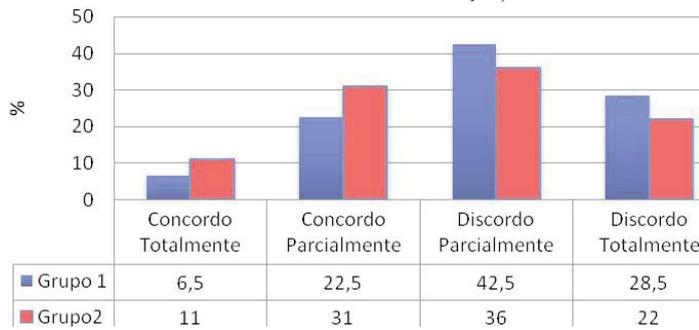
Crenças parentais sobre o uso de psicofármacos na infância

Os Gráficos 1 a 4 ilustram as questões acerca das crenças sobre uso de psicofármacos na infância. Relativamente ao uso de psicofármacos na infância, 46,5% dos pais do grupo 2 concordam que existe uma sobremedicação de crianças com problemas de comportamento comuns e apenas 17,5% discordam totalmente desta situação. Comparativamente, apenas 23% de pais do grupo 1 concordam e mais de 35% discordam totalmente.

Na questão relativa ao atraso na resolução de problemas reais com o uso de psicofármacos, 35,5% e 23% dos pais da amostra 2 e 1, respectivamente, manifestaram-se de acordo.

GRÁFICO 1

Efeitos negativos no crescimento (o uso de psicofármacos tem efeitos negativos no crescimento das crianças)



Nota. ns=não significativo.

GRÁFICO 2

Atraso na resolução de problemas (o uso de psicofármacos na infância atrasa a resolução dos problemas reais que a criança apresenta)

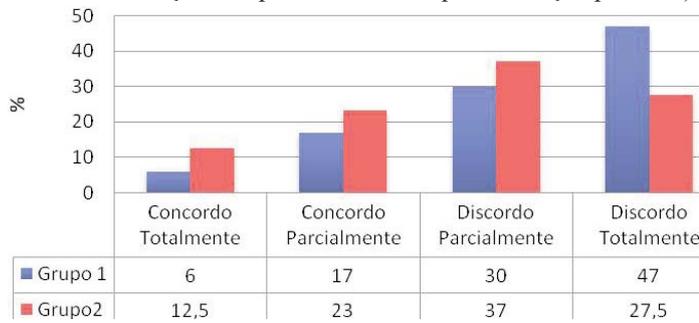


GRÁFICO 3

Embotamento afectivo (o uso de psicofármacos em crianças altera o seu comportamento e transforma-as em “zombies” – ficam sonolentas e sem reacção)

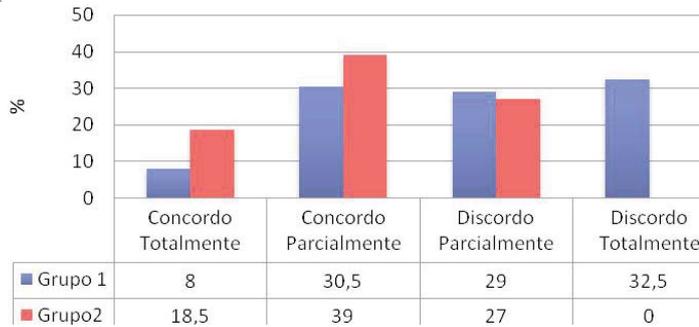
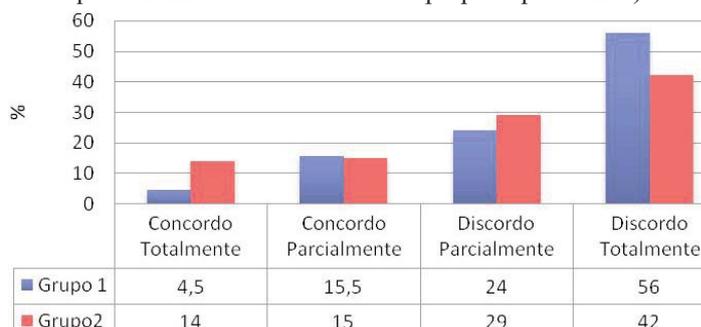


Gráfico 4

Evitamento de problemas familiares (os psicofármacos apenas evitam que as famílias resolvam os seus próprios problemas)



Mais de metade dos indivíduos do grupo 2 (57,5%) concorda que a medicação psicotrópica provoca sonolência e embotamento afectivo e apenas 15% discordam totalmente. Comparativamente, 38,5% dos indivíduos do grupo 1 concordam e mais de 30% discordam totalmente. Aproximadamente 30% do grupo 2 acreditam que o consumo de psicofármacos evita a resolução de problemas familiares, da mesma forma que 20% do grupo 1.

Ao comparar as respostas entre os grupos, obtém-se uma diferença estatisticamente significativa para todas as questões, excepto na pergunta referente ao efeito negativo dos psicofármacos no crescimento das crianças, sendo que mais de 29% dos pais de ambos os grupos acreditam neste efeito prejudicial.

Note-se que, dentro do grupo 1, 71,5% dos indivíduos tinha filhos que utilizam psicofármacos. Testou-se se as crenças parentais sobre psicofármacos nesta amostra eram independentes dos seus filhos realizarem psicofármacos. Obteve-se uma relação estatisticamente significativa ($p=0,026$), com crenças mais positivas nos pais que têm filhos a realizar medicação psicotrópica ($1,84\pm 0,61$), face aos pais com filhos em tratamento no Serviço de Saúde Mental mas sem realizarem psicofármacos ($2,11\pm 0,77$).

Relação entre nível de estigma e crenças sobre psicofármacos com dados sociodemográficos

Na análise estatística encontrou-se uma relação significativa entre as crenças parentais sobre uso de psicofármacos na infância e o género do progenitor ($p=0,01$), sendo que os indivíduos do sexo feminino têm crenças mais positivas ($2,07\pm 0,71$) que os de sexo masculino ($2,28\pm 0,64$). Os indivíduos com algum contacto prévio com amigos ou familiares com doença psiquiátrica também

detêm crenças mais positivas quanto aos psicofármacos ($2,02\pm 0,65$) que os indivíduos que negam este contacto ($2,22\pm 0,73$). Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,005$). Não foi encontrada relação entre as crenças parentais sobre psicofármacos e as outras variáveis: idade, escolaridade e freguesia de residência do progenitor, idade do filho mais velho, média de idade dos filhos, número e género dos filhos.

Nenhuma das características sociodemográficas da amostra mostrou relação com o nível de estigma parental sobre tratamento pedopsiquiátrico.

DISCUSSÃO

Não é do nosso conhecimento qualquer estudo português a debruçar-se sobre o estigma quanto à psiquiatria infantil em cuidadores de crianças e adolescentes. Também não se encontraram dados acerca do impacto do tratamento psiquiátrico de um filho nas percepções parentais de estigma e crenças sobre psicotrópicos.

Os resultados deste estudo apontam para que o tratamento psiquiátrico ou psicológico de um filho na infância ou adolescência não afecte as percepções parentais de estigma sobre este tipo de tratamento.

Esperava-se que a experiência parental de ter um filho em tratamento num serviço de saúde mental alterasse a percepção de estigma, conforme as experiências que vivenciam. A opção mais favorável seria reportarem um nível de estigma menor, como consequência de um maior conhecimento e desmistificação pelo contacto íntimo com uma situação de perturbação mental e seu tratamento. No entanto, os resultados sugerem que o contacto com um serviço de saúde mental nem melhora nem piora as percepções parentais de estigma.

De referir que a maior percentagem de pais com filhos em seguimento pedopsiquiátrico que revelou concordar com a rejeição escolar motivada pelo tratamento psiquiátrico na infância e adolescência pode reflectir experiências escolares negativas de alguns pais deste grupo.

As respostas obtidas são preocupantes, tendo em vista a importância dos pais na saúde mental das crianças. As elevadas proporções de pais, em ambos os grupos, que manifestam concordar com rejeição escolar, falta de confidencialidade e manutenção do estigma até à idade adulta podem levar a importantes atrasos, ou mesmo à não procura de cuidados médicos. O facto de cerca de 40% dos pais concordarem que o tratamento pedopsiquiátrico provoca

uma sensação de fracasso sugere que também é necessário intervir e diminuir os possíveis sentimentos de culpa dos pais.

Os resultados obtidos numa amostra representativa da população americana revelaram respostas mais negativas quanto à rejeição escolar e perpetuação do estigma, mas atitudes mais positivas quanto à confidencialidade e sensação parental de fracasso (Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007).

Os resultados sugerem que as crenças parentais sobre uso de psicofármacos na infância são positivamente alteradas pelo facto de o progenitor ter um filho em tratamento num Serviço de Saúde Mental. Esta influência positiva do contacto com um serviço de saúde mental pode reflectir um maior conhecimento sobre a medicação usada e maior confiança nos profissionais de saúde mental. O facto de dentro do grupo de pais com filhos em tratamento psiquiátrico ainda se encontrarem crenças mais positivas nos pais que têm filhos medicados com psicofármacos reforça a importância do efeito benéfico do tratamento com psicofármacos nas crenças dos pais.

A pergunta referente ao efeito prejudicial no crescimento da criança não obteve diferença significativa entre as respostas dos dois grupos possivelmente devido à falta de conhecimento sobre os efeitos secundários da medicação em ambas as amostras.

Os resultados em ambos os grupos indicam que uma proporção significativa de pais tem uma opinião negativa sobre a medicação psicotrópica, o que revela a necessidade de uma maior sensibilização dos pais, principalmente do grupo de casos, para assegurar e melhorar a adesão ao tratamento. Um estudo americano demonstrou que os pais parecem dar preferência à psicoterapia comparativamente ao tratamento farmacológico (Pappaport & Chubinsky, 2000), pelo que pode ser importante esclarecer os pais acerca das diferentes intervenções e ponderar esclarecer as dúvidas quanto aos psicofármacos quando estes estão indicados no tratamento.

Estes resultados estão de acordo com outros estudos que mostraram uma atitude negativa sobre psicofármacos (Anderson, 2002). O já referido estudo na população americana (Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007) revelou globalmente respostas mais negativas. Isto pode ser explicado pela maior controvérsia e discussão na sociedade americana sobre esta medicação, que começa também a existir na sociedade portuguesa. A confiança no médico melhora as crenças sobre os psicofármacos (Croghan et al., 2003). A confiança que os utentes depõe nos profissionais de saúde pode variar entre culturas, mas são necessários estudos que abordem esta questão na população portuguesa.

Estudos demonstram que indivíduos do sexo feminino, mais jovens e com maior nível educacional reportam menor estigma mas crenças mais negativas

quanto aos psicofármacos (Anderson, 2002; Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007). Alguns autores sugerem que os residentes em zonas urbanas registam menor estigma e o contacto prévio com pessoas com patologia mental leva a menor estigma (Lazaratou, Anagnostopoulos, Alevizos, Haviara, & Ploumpidis, 2007). Neste estudo, pelo contrário, os resultados não mostram qualquer relação do nível de estigma com características sociodemográficas da amostra. Assim, o estigma parece manter-se por todas as classes e grupos da população sem diferenças relevantes.

Os resultados sugerem que indivíduos do sexo feminino e indivíduos com contacto prévio com pessoas com patologia mental reportam crenças mais positivas quanto ao uso de psicofármacos. Assim, indivíduos do sexo masculino apresentam-se como um grupo prioritário a sensibilizar para os efeitos benéficos da medicação psicotrópica.

O contacto prévio pode estar relacionado com o facto de um filho realizar tratamento pedopsiquiátrico, o que revela alguma redundância entre estas duas variáveis e enfraquece a retirada de conclusões.

Uma limitação deste estudo, que impede conclusões mais abrangentes, relaciona-se com as características da amostragem, uma vez que existiu condicionamento relativamente aos dois grupos de pais e teve que se efectuar uma amostragem de conveniência. Algumas variáveis sociodemográficas mostraram ser diferentes relativamente aos dois grupos. No entanto, já era esperado no grupo de casos um maior contacto prévio com doença mental, devido à maior incidência de perturbações mentais em filhos de doentes psiquiátricos, pela componente genética e ambiental, mas também por um maior conhecimento e sensibilidade para reconhecer a patologia mental. Também está documentada a maior incidência de perturbações mentais infantis no sexo masculino (OMS, 2004). O facto de se aplicarem os questionários em serviços de saúde públicos, podendo excluir indivíduos com alto nível socioeconómico, tal como, se colherem os dados do grupo 2 em apenas duas Unidades de Saúde Familiar podem tornar as amostras menos representativas da área de atendimento do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Quanto à amostra de pais de crianças com acompanhamento pedopsiquiátrico não foi considerada a duração do acompanhamento como variável, o que pode introduzir um viés. Por se ter usado uma amostra não representativa da população portuguesa, a generalização dos resultados é limitada.

Os resultados podem ter sido influenciados pela dificuldade dos indivíduos em compreender o que é o tratamento pedopsiquiátrico e o que são psicofármacos. O facto de o questionário não ser validado, de as categorias de resposta forçarem o indivíduo a dar uma opinião, as frases se encontrarem na negativa e a expec-

tativa social exercida no sujeito podem ter influenciado as respostas. Também não se fez distinção entre as diferentes patologias mentais nem se avaliou a gravidade das mesmas. De referir que a percepção do indivíduo ao ler as frases é diferente das atitudes face a uma situação real.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam para que o acompanhamento de um filho num Serviço de Saúde Mental Infantil não influencie a percepção parental sobre o estigma do tratamento pedopsiquiátrico, mas altere positivamente as crenças sobre uso de psicofármacos na infância. Sugere, ainda, a existência de crenças e percepções de estigma preocupantes e com consequências graves para a saúde mental das crianças e adolescentes, quer nos pais com filhos em tratamento pedopsiquiátrico, quer nos pais que nunca contactaram com serviços de Saúde Mental.

Este estudo em Portugal sobre estigma, crenças parentais e saúde mental infantil mostra a importância de se investir na informação dos pais de modo a diminuir o estigma e aumentar a confiança no tratamento, incluindo a medicação psicotrópica, de modo a evitar atrasos na procura de cuidados médicos e melhorar a adesão ao tratamento. O pedopsiquiatra e restantes profissionais da área da saúde mental podem assumir um importante papel na psicoeducação dos cuidadores e da população em geral. É importante no dia-a-dia profissional estar atento a possíveis preconceitos quanto à intervenção psiquiátrica na infância e adolescência e mostrar disponibilidade para abordar essa temática e esclarecer os pais.

A investigação sobre este tema deve ser explorada, podendo incidir sobre a comunidade em geral ou grupos específicos, como os profissionais da área da saúde ou ensino. Futuros estudos poderão, também, investigar a relação entre estigma e as diferentes patologias mentais, assim como, as crenças relativas a cada grupo de psicofármacos.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, D. M. (2002). *Mosby's medical, nursing, & allied health dictionary*. St. Louis: Mosby.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). The stigma of mental illness in Germany: A trend analysis. *Int J Soc Psychiatry*, 51(3), 276-84.

- Campos, L., Costa, N., Duarte, A. I., Veiga, E., Lima, V. S., Dias, P., Palha, F. (2012). Upa faz a diferença – Acções de sensibilização pró-saúde mental em escolas. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol Hum*, 22(2), 259-266.
- Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. (2004). *Mental health literacy: A review of the literature*. Disponível em http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf (acedido em 25 de Abril de 2012).
- Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., & Pérodeau, G. (2001). Medications as social phenomena. *Health*, 5(4), 441-469.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental, aprovado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008*. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental> (acedido em 3 de Novembro de 2009).
- Croghan, T. W., Tomlin, M., Pescosolido, B. A., Schnittken, J., Martin, J., Lubell, K., & Swindle, R. (2003). Americans' knowledge and attitudes towards and their willingness to use psychiatric medications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 166-174.
- Dean, A. J., Witham, M., & McGuire, T. (2009). Predictors of safety-related enquiries about psychotropic medication in young people and families accessing a medicines information service. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 19(2), 179-85.
- Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization [WHO]. (2003). *Investing in mental health*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf (acedido em 12 de Novembro de 2009).
- Jorm, A. F., & Wright, A. (2008). Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *British Journal of Psychiatry*, 192, 144-149.
- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D. C., Alevizos, E. V., Haviara, F., & Ploumpidis, D. N. (2007). Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry*, 6, 32.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery – The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1621-1626.
- Mukolo, A., Heflinger, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(2), 92-103.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2004). *Gender in mental health research*. Disponível em <http://www.who.int/gender/documents/MentalHealthlast2.pdf> (acedido em 1 de Dezembro de 2009).
- Pappaport, N., & Chubinsky, P. (2000). The meaning of psychotropic medication for children, adolescents, and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1198-1200.
- Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., Martin, J. K., Perry, B. L., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the National Stigma Study-Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(3), 339-349.

- Pescosolido, B. A., Perry, B. L., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Jensen, P. S. (2007). Special section on the national stigma study children – Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatr Serv*, 58(5), 613-618.
- St. Luke's Health Initiatives. (2006). *Arizona health futures flashpoint children, adolescents and psychotropic medications*. Disponível em http://www.slhi.org/pdfs/issue_briefs/ib-2006-August.pdf (acedido em 23 de Outubro de 2009).
- Thomas, C. P., Conrad, P., Casler, R., & Goodman, E. (2006). *Trends in the use of psychotropic medications among adolescents, 1994 to 2001*. *Psychiatric Services*, 57, 63-69.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general, Chapter 3: Children and mental health*. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter1/sec4.html#chap3> (acedido em 20 Novembro de 2010).
- World Health Organization [WHO]. *10 Facts on mental health*. Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index.html (acedido em 12 de Novembro de 2009).
- World Health Organization [WHO]. (2001). *The world health report – Mental health: New understanding, new hope*. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/> (acedido em 30 de Setembro de 2012).
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Fifty-fifth world health assembly A55/18, Provisional agenda item 13.13*. Disponível em http://apps.who.int/gb/archive/e/e_wha55.html (acedido em 15 de Agosto de 2012).
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf (acedido em 23 de Outubro de 2009).
- World Health Organization. [WHO]. (2005). *Atlas: Child and adolescent mental health resources: Global concerns, implications for the future*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf (acedido em 23 de Outubro de 2009).

ABSTRACT

Background/Objectives: *It is estimated that 20% of children and adolescents suffer from mental health problems. The increase in the use of psychotropic medications among children and adolescents is a global phenomenon. The objective of this study is to know the parental perceptions of stigma and beliefs about child psychiatry treatment and use of psychotropic drugs in children. We also aim to understand if having a child under treatment in a mental health service changes these beliefs. Methods: A transversal study was performed, applying a questionnaire to 200 parents with a child in consultation in the Department of Child Psychiatry of Braga' Hospital (group 1) and to 200 parents without any contact with Child Mental Health Services (group 2). Results: There were no significant*

differences between the two groups regarding the level of stigma of child psychiatry treatment. It was obtained a statistically significant difference in the views on psychiatric drugs use, with the sample of cases presenting more positive beliefs about: overmedication, affective flattening, delay in solving real problems and avoidance of family problems. Conclusions: The results show the existence of concerning parental beliefs, which can lead to serious consequences for child and adolescents mental health. This shows the importance of investing in education and awareness amongst parents.

Key words: Stigma, Child and adolescent psychiatry, Child, psychotropic medication, Parental beliefs.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DA ATENÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Paula Barrias¹
Carlos Nunes Filipe²
Catarina Santos³
Guiomar Oliveira⁴
Isabel Santos⁵
Margarida Grujo⁶
Paula Freitas⁷

RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (PHDA) é uma Perturbação do Neurodesenvolvimento com individualidade categorial reconhecida e que interfere significativamente com o funcionamento do indivíduo.

A intervenção terapêutica deve ser, necessariamente, adaptada à idade e à condição do indivíduo. Quando está indicado o tratamento farmacológico, o metilfenidato tem sido o fármaco mais utilizado. A medicação, apesar da sua eficácia e da simplicidade do seu uso, não deve ser entendida como sendo a única medida a tomar. Tem sido demonstrado que, na maioria dos casos, está aconselhada uma abordagem multimodal, associando a medicação com intervenções psicoeducativas, intervenções comportamentais e mudanças e/ou ajustamentos educacionais. As intervenções não farmacológicas potenciam e complementam os resultados, podendo permitir a construção de estratégias adaptativas que, tanto a curto, como a longo prazo, podem beneficiar o desempenho do paciente.

¹ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CMIN-CHP; ² Psiquiatra, Professor Auxiliar da Nova Medical School, FCM-UNL; ³ Médica em Formação Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, HDE, CHLC; ⁴ Pediatra Assistente Graduada Sénior, Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança e Centro de Investigação e Formação Clínica HP-CHUC; Clínica Universitária de Pediatria Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida, FM-UC; ⁵ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS-BA; ⁶ Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência; ⁷ Médica Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Professora do ICBAS-UP.

Palavras-chave: Défice da atenção, Hiperatividade, Terapias farmacológicas, Terapias comportamentais.

INTRODUÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção (PHDA) é uma Perturbação do Neurodesenvolvimento com individualidade categorial reconhecida e descrita nas principais classificações internacionais (F90 *Disturbance of activity and attention* ICD-10; *attention-deficit/hyperactivity disorder* DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2015), caracterizada, no seu essencial, por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, desadequado em relação à fase do desenvolvimento e que interfere significativamente com o funcionamento do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

Os primeiros sintomas surgem na infância e podem prolongar-se pela vida adulta (American Psychiatric Association, 2013; Biederman et al., 1993; Buitelaar & Medori, 2010; Kooij et al., 2005, 2010; Mick, Faraone, & Biederman, 2004. Evidências crescentes indicam que a PHDA é uma perturbação crónica e, como tal, com necessidade de cuidados de saúde especiais (Moriyama, Cho, Verin, Fuentes, & Pollanczyk, 2012; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Sonuga-Barke et al., 2013).

Trata-se da perturbação neurocomportamental mais comum na infância (Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder et al., 2011), e o seu diagnóstico tem aumentado de forma significativa nos últimos vinte anos, traduzindo a maior atenção que vem merecendo por parte quer dos profissionais médicos, em particular dos psiquiatras da infância e adolescência, neuropediatras e pediatras do desenvolvimento, quer dos psicólogos, dos professores e, naturalmente, dos pais e encarregados de educação (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; Moriyama et al., 2012; Thapar & Cooper, 2016).

O insucesso escolar e/ou as alterações do comportamento, nomeadamente a extrema irrequietude, quando presente, são os sinais de alarme que, com maior frequência, levam pais e educadores a pedirem ajuda. Apesar de, na maioria dos casos, ser a hiperatividade que alerta para a possibilidade de PHDA é o défice de atenção o principal responsável pelo insucesso escolar e profissional, sendo que este sintoma tende a prolongar-se pela adolescência e pela vida adulta

(American Psychiatric Association, 2013; Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Kooij et al., 2010; Mick, Faraone, & Biederman, 2004).

A PHDA tem uma prevalência estimada em 5% nas crianças (American Psychiatric Association, 2013; Moriyama et al., 2012). Os seus sintomas, sobretudo o défice da atenção podem prolongar-se pela idade adulta. Em cerca de metade dos adultos a quem foi feito o diagnóstico na infância persistem sinais e sintomas, nomeadamente de défice de atenção e de impulsividade que, pela sua gravidade ou pela forma como perturbam o indivíduo no seu dia-a-dia, carecem de intervenção médica e/ou psicológica (Kooij et al., 2010; Mick, Faraone, & Biederman, 2004). Os estudos epidemiológicos realizados em grandes amostras de adultos revelaram uma prevalência de cerca de 2.5% em populações com idades superiores a 18 anos (American Psychiatric Association, 2013; Kooij et al., 2010). Por outro lado, sendo uma perturbação com uma componente hereditária bem demonstrada, ela é frequentemente identificada nos pais e/ou na fratria (American Psychiatric Association, 2013; Moriyama et al., 2012).

O DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito através da história clínica e da análise do comportamento da criança nos vários locais que frequenta (escola, casa, outros contextos). Na verdade, as avaliações efetuadas em gabinete, por constituírem novidade para os examinados e serem realizados em ambiente protegido de interferências exteriores, numa relação de um para um, podem dar resultados inesperadamente bons, comparativamente ao fraco desempenho nas tarefas do dia-a-dia. O diagnóstico da PHDA é feito exclusivamente com base na clínica e não são necessários exames complementares, a menos que o médico suspeite da presença de outras causas ou perturbações (American Psychiatric Association, 2013; Moriyama et al., 2012). A inespecificidade dos sintomas, que podem manifestar-se em indivíduos sem patologia ou em diversas patologias requer, contudo, cuidados especiais no diagnóstico.

Devido à elevada prevalência de comorbilidades, é importante fazer o diagnóstico diferencial, bem como é necessário avaliar e/ou monitorizar a evolução da sintomatologia, podendo, nestes casos, ser necessário recorrer a meios complementares de diagnóstico. Neste contexto, pode ser útil o uso de testes neuropsicológicos, bem como a aplicação de diferentes tipos de

entrevistas, escalas e questionários, ou outros instrumentos de avaliação de sintomas ou de comportamentos (Moriyama et al., 2012).

Os sinais e sintomas nucleares da PHDA podem ser agrupados em três grandes tipos (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2015): Hiperatividade, Impulsividade e Défice da Atenção. Estes sinais e sintomas não têm que estar todos presentes na mesma pessoa e, tanto a intensidade como a gravidade, podem variar de uma pessoa para outra e na mesma pessoa dependendo do contexto.

De acordo com o conjunto de sinais e sintomas que se manifestam num determinado indivíduo considera-se a existência de 3 formas de apresentação da PHDA (American Psychiatric Association, 2013): com predomínio da hiperatividade/impulsividade, com predomínio da desatenção e apresentação combinada (é a mais frequente).

Finalmente há que ter em atenção que os sinais e sintomas de PHDA evoluem com a idade. Por exemplo, à medida que a criança cresce a hiperatividade tende a diminuir, mas a impulsividade e, sobretudo, o défice de atenção tendem a prolongar-se pela adolescência e vida adulta (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Kooij et al., 2010; Mick, Faraone, & Biederman, 2004).

CONSEQUÊNCIAS DA PHDA

Uma criança com PHDA enfrenta habitualmente problemas de insucesso e/ou dificuldades escolares, dificuldades na concretização dos objetivos e no relacionamento com os outros. A PHDA impede-a de utilizar todo o potencial que possui e leva a que funcione a um nível muito inferior ao que lhe permitiriam as suas capacidades (Moriyama et al., 2012). O insucesso leva com frequência à baixa autoestima e ao desânimo. A criança e o jovem com PHDA têm maior probabilidade de sofrerem de ansiedade e de depressão (Barkley et al, 1990; Biederman et al., 1993).

As perturbações do comportamento que frequentemente se associam à PHDA levam finalmente a que estas crianças e jovens tenham uma maior tendência para se envolverem em situações de risco, consumo de álcool e de drogas (Barkley et al, 1990; Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; Mick, Faraone, & Biederman, 2004; Molina et al., 2009), quando não intervencionadas.

Nas famílias de crianças e jovens com PHDA, o número e gravidade das situações de conflito familiar, os níveis de *stress* parental e as taxas de divórcio são significativamente superiores aos da população em geral (Buitelaar & Medori, 2010). Sendo a PHDA uma perturbação que tem um importante componente hereditário (American Psychiatric Association, 2013) é importante avaliar a possibilidade de um dos progenitores ter também sintomatologia de PHDA, o que poderá, adicionalmente, contribuir para a instabilidade familiar. Neste sentido a abordagem terapêutica da PHDA deve ir para além do controlo dos sintomas em contexto escolar e ser orientada para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da sua família (Buitelaar & Medori, 2010).

PHDA E COMORBILIDADES

A PHDA é muito frequentemente acompanhada por outras perturbações que a mascaram e que com ela partilham sintomas e manifestações (perturbação de oposição e desafio, ansiedade, depressão, abuso de substâncias, etc.) (American Psychiatric Association, 2013; Biederman et al., 1993).

A PHDA pode ser um facilitador importante para o aparecimento de outras patologias (Biederman et al., 1993; Buitelaar & Medori, 2010). Não reconhecendo e não tratando a PHDA, a intervenção terapêutica sobre as comorbilidades pode ficar condicionada e os resultados serem insatisfatórios, tanto para o paciente como para o terapeuta (Buitelaar & Medori, 2010).

A existência de comorbilidades tende a aumentar com a idade e, sendo já frequentes na criança, são mais frequentes nos adolescentes e são mesmo a regra nos adultos com PHDA. Cerca de 75% dos adultos com PHDA apresenta comorbilidades com, pelo menos, uma segunda perturbação psiquiátrica e cerca de um terço comorbilidades com duas ou mais perturbações (Kooij et al., 2010). O diagnóstico diferencial destas perturbações e a sua caracterização (data de início, duração, evolução, intensidade, etc.) são determinantes, não só para a caracterização da PHDA, como para o estabelecimento de prioridades de intervenção.

PLANO TERAPÊUTICO NA PHDA

Após o estabelecimento cuidadoso do diagnóstico, deve ser elaborado, em conjunto com o paciente e a família, um plano de intervenção terapêutica.

As intervenções multimodais são teoricamente as que produzirão melhores resultados (Moriyama et al., 2012; National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009). O tratamento deve ser desenhado caso a caso e revisto frequentemente, de acordo com as necessidades e a resposta à terapêutica (Moriyama et al., 2012; National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009).

O plano terapêutico deve, finalmente, ser estabelecido tendo em consideração tanto a PHDA como possíveis condições comórbidas (Moriyama et al., 2012). A ordem pela qual é feito o tratamento da PHDA e das comorbilidades, depende da gravidade e natureza das diferentes perturbações (Moriyama et al., 2012).

A decisão de utilização de intervenção farmacológica e intervenções não farmacológicas, deve ter como critérios de base a idade da criança, o perfil dos sintomas, a gravidade da perturbação, o risco de efeitos secundários, a adesão à terapêutica, a presença de comorbilidades, o custo e a disponibilidade de terapêutas e recursos técnicos adequados (Moriyama et al., 2012).

Na maioria dos casos estará aconselhada uma abordagem multimodal, associando a medicação com intervenções psicoeducativas, terapia comportamental e mudanças/ajustamentos educacionais (Moriyama et al., 2012).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA PHDA

O metilfenidato (MPH) e a atomoxetina são os dois medicamentos aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento da PHDA (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007) que, à presente data, se encontram disponíveis em Portugal e ambos aprovados pelo INFARMED.

A medicação deve fazer sempre parte de um plano de tratamento compreensivo que inclua intervenções psicoeducativas, comportamentais e psicológicas (Yemula Besag, 2012), devendo também ser acautelada a transição para os serviços de psiquiatria de adultos, dos jovens que têm necessidade de continuar a fazer medicação (Hollis, 2012; Van de Loo-Neus, Rommelse, & Buitelaar, 2011). Alguns fatores condicionam a escolha do tratamento farmacológico, designadamente a presença de comorbilidade, os efeitos secundários da medicação, a necessidade de ação ao longo do dia, ou mesmo a preferência dos pais e do utente (Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013).

PSICOESTIMULANTES

O MPH é um fármaco de primeira linha no tratamento da PHDA (Buitelaar & Medori, 2010; Gorman et al., 2015; Kooij et al., 2010; National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Taylor et al., 2004; Vaughan & Kratochvil, 2012), e habitualmente, o de primeira escolha quando está indicado o tratamento farmacológico (Taylor, Paton, & Kapur, 2015). A manutenção da terapêutica pode, a longo prazo, melhorar o prognóstico de crianças e adolescentes com PHDA (Barkley et al, 1990; Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; Shaw et al., 2012).

A terapêutica farmacológica com psicoestimulantes mostrou eficácia na redução dos sintomas nucleares da PHDA, em numerosos estudos multicêntricos (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Molina et al., 2009, 2013; Shaw et al., 2012), com reduzido número de efeitos adversos (Buitelaar & Medori, 2010).

Tendo vindo a aumentar a prescrição de MPH nos últimos 10 anos (dados do INFARMED para o intervalo de tempo 2003-2013), é importante realçar que esta prescrição está ainda abaixo da média dos países europeus (Steinhausen & Bisgaard, 2014; Zetterqvist, Asherson, Halldner, Långström, & Larsson, 2013). Não significa isto, contudo, que não possa haver prescrição indevida ou abuso, o que se pretende evitar.

Nas crianças em idade pré-escolar, e de acordo com as orientações da *National Institute for Health and Clinical Excellence* – NICE (2008), o tratamento farmacológico não é recomendado (Hollis, 2012; National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Yemula Besag, 2012). No entanto, a *American Academy of Pediatrics* – AAP (2011), indica que em crianças em idade pré-escolar (4-5 anos de idade), se as intervenções comportamentais de primeira linha, não conduzirem a melhorias significativas e/ou estando presente uma perturbação moderada a severa no funcionamento da criança, o clínico pode prescrever o MPH, devendo ponderar os benefícios e riscos da prescrição nesta faixa etária (Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder et al., 2011). Nas crianças dos 4 aos 5 anos de idade, as evidências sugerem que a taxa de metabolização da medicação estimulante é mais lenta, pelo que se deve iniciar com uma dose baixa, podendo ser aumentada muito gradualmente (Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder et al., 2011).

Os efeitos adversos do MPH devem ser monitorizados durante o tratamento – ver reações adversas do medicamento (RAM), e devem ser registados parâmetros como pressão arterial, frequência cardíaca, peso e altura (National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009).

As perturbações do sono são referidas com alguma frequência no decorrer da medicação com psicoestimulantes. Sabendo que o aumento da latência do sono e a insónia inicial são frequentes nas crianças com PHDA é sempre necessário avaliar se são consequentes ou não à instituição da medicação (Buitelaar & Medori, 2010). Atendendo a que os psicoestimulantes aumentam a vigília durante o intervalo de tempo em que atuam, é sempre necessário ajustar a hora da toma da medicação e o perfil de libertação da mesma, à duração do período de vigília desejável. Habitualmente a administração ajustada de MPH ajuda a que haja uma regularização do ciclo sono/vigília em crianças e adolescentes com perturbações do sono (Buitelaar & Medori, 2010).

A diminuição do apetite é frequente em indivíduos medicados com psicoestimulantes, sobretudo no início do tratamento (Buitelaar & Medori, 2010). Eventualmente poderá associar-se a um menor crescimento estato-ponderal, mas este efeito é, quase sempre transitório, dose-dependente e, na maioria dos casos, reversível com o ajuste da dose e da duração do tratamento (Buitelaar & Medori, 2010).

O aparecimento ou agravamento de tiques tem sido referido como um possível efeito secundário do MPH (Buitelaar & Medori, 2010). Este efeito é habitualmente reversível com a diminuição da dose ou a suspensão da administração e raramente é impeditivo da sua utilização, mesmo nos casos em que haja história de tiques, não existindo inclusive contra-indicação para o ensaio desta medicação no Síndrome de Tourette (Buitelaar & Medori, 2010).

As aminas simpaticomiméticas, entre as quais se inclui o MPH apresentam ação inotrópica e cronotrópica positivas. Durante o período em que atuam induzem, consequentemente, um aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Estes feitos são geralmente discretos e transitórios e só constituem risco cardiovascular em caso de doença cardíaca prévia. Não existe evidência que justifique a realização por rotina de um ECG antes do início da terapêutica com MPH (Buitelaar & Medori, 2010).

A administração de MPH, sobretudo no início da instituição da terapêutica, pode desencadear o aparecimento de cefaleias. As cefaleias podem ocorrer durante o período de atividade do fármaco ou logo após, quando o efeito cessa (cefaleias de *rebound*). A frequência de aparecimento de cefaleias é geralmente

maior quando se utilizam formulações que tenham uma menor duração de efeito (Buitelaar & Medori, 2010).

Existem algumas contraindicações à utilização dos psicoestimulantes: o facto de os psicoestimulantes terem atividade simpaticomimética e dopaminérgica contraindica a sua utilização em casos de cardiopatia documentada, feocromocitoma, glaucoma, hipertensão grave (ver RAM do metilfenidato). A terapêutica com psicoestimulantes pode agravar sintomatologia psicótica ou maníaca prévia (Buitelaar & Medori, 2010; Moriyama et al., 2012).

Utilização do metilfenidato

Quando se inicia terapêutica com medicação psicostimulante, deve ser feita sempre uma titulação de dose, caso a caso, iniciando por doses baixas e aumentando até obter o máximo de efeito, com o mínimo de efeitos secundários. Este ponto é tanto mais importante quanto a dose terapêutica tem uma grande variação individual e é, em grande parte, independente do peso e da idade do sujeito.

Ainda a respeito da medicação psicostimulante é importante referir que a sua ação é limitada no tempo. Estes fármacos não têm efeito a longo prazo e a sua ação é limitada ao intervalo de tempo em que permanecem no organismo com níveis de concentração em dose terapêutica (González et al., 2002). Fora desse intervalo a sua ação pode ser considerada inexistente. No caso do MPH existem no mercado português três formulações com, respetivamente cerca de 12 horas, 8 horas e 4 horas de duração de ação. Para cada formulação a dose não afeta de forma significativa a duração do efeito, isto é, independentemente da dose administrada de uma determinada formulação, a duração do efeito dessa formulação é sempre aproximadamente a mesma (Rochdi, González, & Dirksen, 2004). A escolha da formulação adequada e da hora da administração devem, por isso, ser ajustadas às necessidades do paciente.

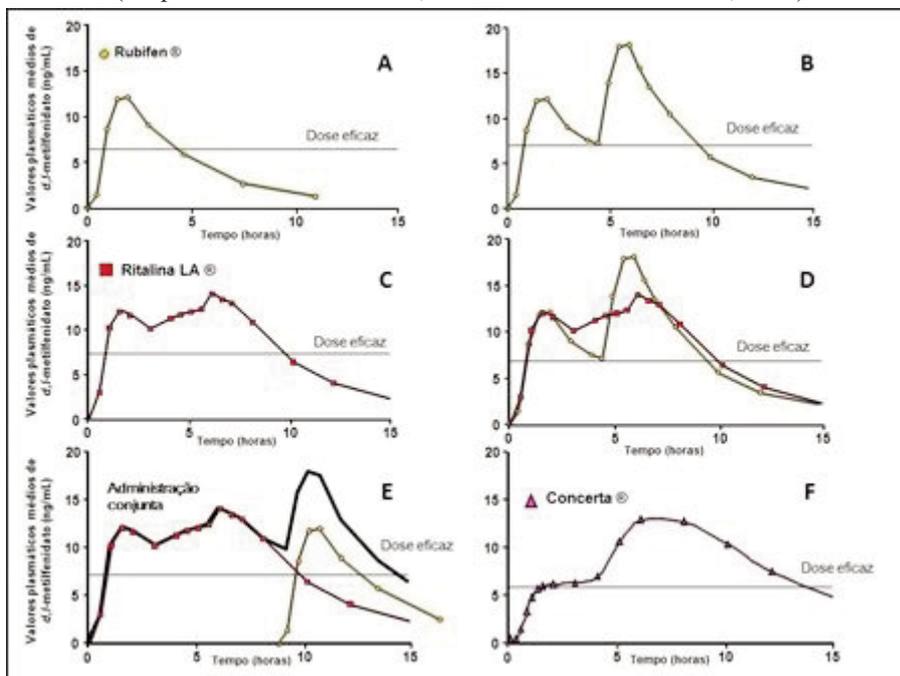
Este ponto é melhor ilustrado na Figura 1, como se descreve de seguida.

Na sua formulação simples, os comprimidos de libertação imediata (Rubifen®), o produto é rapidamente absorvido na sua totalidade. Atendendo a que não tem metabolitos ativos, após a sua absorção os níveis séricos são só influenciados pela taxa de eliminação, nomeadamente pela *clearance* renal (González et al., 2002; Hiemke et al., 2011). Verifica-se assim uma diminuição exponencial dos níveis séricos do medicamento (MPH), de tal forma que, após aproximadamente 4 horas, já terão uma concentração abaixo da dose terapêutica (González et al., 2002). Assim sendo, para manter os níveis

terapêuticos haverá necessidade de repetir a toma da medicação de quatro em quatro horas (Yemula Besag, 2012). A fim de ultrapassar o inconveniente da necessidade de tomas repetidas e na tentativa de estabilizar os níveis séricos da medicação evitando oscilações acentuadas da concentração sérica, inevitáveis no caso de tomas repetidas, podem utilizar-se formulações de libertação prolongada. As duas formulações de libertação prolongada, permitem uma persistência das doses terapêuticas por intervalos de, nomeadamente, cerca de 8 horas (Ritalina LA®) e 12 horas (Concerta®).

FIGURA 1

Perfis farmacocinéticos das três formulações de metilfenidato existentes no mercado português e da possível administração sequencial, atendendo à duração dos efeitos terapêuticos
(adaptado de Gonzalez et al.; Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013)



No caso da Ritalina LA® as cápsulas contêm um granulado em que cerca de metade dos grânulos são de absorção imediata e a outra metade, por terem um revestimento que demora a ser decomposto no aparelho digestivo, são de absorção retardada (Taylor, Paton, & Kapur, 2015). Na prática a administração

de uma cápsula de Ritalina LA® é equivalente à administração de dois comprimidos de absorção imediata com quatro horas de intervalo, sendo que cada comprimido tenha metade da dose da cápsula. A principal diferença consiste em que, devido ao facto de os grânulos de absorção lenta não se desfazerem todos ao mesmo tempo, os níveis séricos permanecem relativamente constantes ao longo das 8 horas (Hollis, 2012). Havendo necessidade de prolongar o efeito por mais tempo, nomeadamente por mais quatro horas, há ainda a possibilidade de tomar um comprimido de absorção imediata, findas as oito horas de efeito da Ritalina LA®.

Finalmente, no caso do Concerta®, o fármaco vai sendo lentamente expulso de dentro da cápsula, prolongando os níveis terapêuticos de metilfenidato até cerca de doze horas após a ingestão. Neste caso, o efeito é também um pouco mais lento a iniciar-se e termina de forma mais gradual (Vaughan & Kratochvil, 2012). Esta formulação tem a vantagem de, com uma toma única, prolongar o controlo da sintomatologia da PHDA para além dos horários da escola, estendendo o efeito pela tarde, o que poderá facilitar a interação familiar ou noutros contextos (Buitelaar & Medori, 2010).

A escolha entre estas formulações, bem como a sua possível associação, depende da resposta individual e das necessidades de cada sujeito, em função do seu dia-a-dia. Atendendo a que outros efeitos da medicação, nomeadamente a diminuição do apetite e o aumento do nível de vigília só se verificam durante os intervalos de tempo que dura o seu efeito terapêutico, pode ainda ser importante ajustar as tomas e as diferentes formulações, tendo em consideração esses efeitos. No caso de utilização de medicamentos genéricos, os mesmos cuidados e atenção ao perfil farmacocinético deverão ser tidos em consideração.

A medicação só atua no período em que é administrada e a sua interrupção, nomeadamente em fins-de-semana e férias, não constitui uma recomendação de rotina (National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009), mas sim uma opção que deve ser ponderada em conjunto, tendo em conta as necessidades individuais e as repercussões no funcionamento global do paciente (Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013). Na presença de efeitos colaterais significativos, nomeadamente uma considerável supressão do apetite ou atraso no crescimento, poderá ser necessário descontinuar periodicamente a medicação, particularmente fora dos períodos escolares e ir reavaliando (Moriyama et al., 2012; Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013; Vaughan & Kratochvil, 2012).

Independentemente de há quanto tempo se faz a terapêutica e da dose utilizada, a interrupção da medicação pode ser feita, sem necessidade de desmame e sem que isso determine abstinência ou outros efeitos secundários.

A duração do tratamento deve ser individualizada, tendo em conta as necessidades de cada paciente ao longo do tempo (Buitelaar & Medori, 2010; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Van de Loo-Neus et al., 2011; Vaughan & Kratochvil, 2012), devendo ser feita a revisão periódica da medicação. O tratamento farmacológico deve ser mantido enquanto continuar a demonstrar eficácia clínica ou enquanto persistirem sintomas de PHDA considerados prejudiciais para o funcionamento do indivíduo (National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Vaughan & Kratochvil, 2012).

Abuso potencial

A administração de MPH em contexto clínico não causa dependência ou habituação e o potencial de abuso é muito reduzido (Buitelaar & Medori, 2010). Por outro lado, foi bem demonstrado que a terapêutica com MPH não contribui, nem aumenta o risco de uso de substâncias na adolescência (Molina et al., 2013). Finalmente a terapêutica com MPH na PHDA, pode mesmo ser um fator protetor contra o potencial aparecimento de Perturbações por Uso de Substâncias nesta população (Buitelaar & Medori, 2010).

O uso ilícito de MPH, no contexto da população em geral, apesar de ser também reduzido (Buitelaar & Medori, 2010), tem vindo a ser reportado, nomeadamente com a finalidade de manter níveis elevados de vigília, para além das horas de sono, ou como anorexizante. Está descrito o abuso, em particular pelos jovens, com a finalidade de melhorar as capacidades cognitivas e a performance académica e, embora em menor grau, também o seu uso recreativo (Moriyama et al., 2012; Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013).

ATOMOXETINA

A atomoxetina é um inibidor seletivo da recaptção da noradrenalina (SNRI) e foi a primeira medicação não-estimulante aprovada para o tratamento da PHDA (Vaughan & Kratochvil, 2012). Está indicada como terapêutica de segunda linha (Gorman et al., 2015; Moriyama et al., 2012) ou como alternativa

de primeira linha (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013; Taylor, Paton, & Kapur, 2015) no tratamento desta perturbação, podendo ser particularmente útil nos casos que não toleram ou não respondem aos psicoestimulantes, ou quando estão presentes algumas comorbilidades, como tiques ou ansiedade.

A dose terapêutica da atomoxetina depende do peso, devendo ser iniciada em dose baixa (0.5mg/kg/dia) e, se necessário, aumentada lentamente (até um máximo recomendado de 1.2 mg/kg/dia). O efeito terapêutico pode tardar algumas semanas a estabelecer-se. Não está recomendada a sua utilização em crianças abaixo dos 6 anos de idade (Vaughan & Kratochvil, 2012).

Comparada com os estimulantes, a atomoxetina tem um início de ação muito mais lento. O nível de evidência do efeito da atomoxetina na PHDA é elevado mas a amplitude do efeito é mais reduzida, quando comparado à dos psicoestimulantes (apesar de superior à dos restantes não-estimulantes) (Gorman et al., 2015; Moriyama et al., 2012; Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013).

Os efeitos adversos devem ser monitorizados durante o tratamento (ver RAM). Os efeitos secundários mais frequentes da atomoxetina são o desconforto gastrointestinal, a diminuição do apetite, a perturbação do sono, o ligeiro aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial (Moriyama et al., 2012).

QUE FÁRMACO ESCOLHER NO TRATAMENTO DA PHDA

Dos fármacos aprovados para o tratamento da PHDA, e de acordo com as diretrizes de NICE (2008), são feitas as seguintes sugestões para a escolha dos fármacos a utilizar (Hollis, 2012):

- Metilfenidato na PHDA sem comorbilidades significativas
- Metilfenidato na PHDA com perturbação do comportamento comórbida
- Metilfenidato ou atomoxetina na presença de tiques, síndrome de Tourette, perturbação da ansiedade, uso ou risco de uso indevido de psicoestimulantes
- Atomoxetina se o metilfenidato foi tentado mas foi ineficaz na dose máxima tolerada, ou na intolerância a doses baixas ou moderadas de metilfenidato.

OUTROS FÁRMACOS

De acordo com a especificidade dos casos, outros fármacos não aprovados pela FDA têm sido usados no tratamento da PHDA, designadamente antidepressivos (ex.: tricíclicos) e agonistas α_2 -adrenérgicos (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007). A este propósito, referimos aqui os agonistas α_2 -adrenérgicos (v.g. clonidina), por vezes utilizados no tratamento de PHDA, seja em monoterapia, seja em associação com o MPH (Gorman et al., 2015). Em monoterapia devem ser usados como medicação de segunda linha, nomeadamente quando a utilização de MPH não resultou ou no caso de os efeitos secundários do MPH serem intoleráveis. A utilização em associação com o MPH coloca-se quando o efeito do MPH é significativo e bem tolerado, levando a uma melhoria da sintomatologia de PHDA, nomeadamente a uma melhoria do défice de atenção, mas persistem alterações comportamentais que importa compensar (Gorman et al., 2015). Por si só os agonistas alfa-2 não têm ação sobre o défice de atenção, mas tão-somente sobre as alterações comportamentais (Gorman et al., 2015). O nível de evidência do efeito dos agonistas alfa-2 na PHDA é muito baixo e a amplitude do efeito também é reduzida (Gorman et al., 2015).

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA PHDA

É dada grande relevância à intervenção multimodal na PHDA e à pertinência de elaborar um plano de tratamento individual e abrangente, com diferentes alvos de tratamento e que, independentemente das diferentes modalidades de intervenção utilizadas, deverá sempre incluir medidas psicoeducativas, dirigidas a crianças/adolescentes, pais/cuidadores e professores/educadores (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013; Taylor et al., 2004).

É destacada a superioridade da eficácia das intervenções comportamentais e, em particular, dos grupos de treino parental, na gestão dos sintomas nucleares da PHDA (mas há que ter sempre em conta a idade da criança e as comorbilidades). Estas intervenções têm sido consideradas as modalidades de intervenção não farmacológica mais consistentes e consensuais no tratamento da PHDA, encontrando-se disponíveis várias diretrizes acerca da terapia comportamental na PHDA (Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder et al., 2011; Soutullo & Alvarez-Gomez, 2013; Taylor et al., 2004).

Embora a medicação possa ter um impacto agudo mais significativo sobre o tratamento dos sintomas nucleares da PHDA, a intervenção comportamental combinada com farmacoterapia pode aumentar o nível de satisfação dos pais/cuidadores e dos professores com o tratamento (Vaughan & Kratochvil, 2012).

Tem-se mostrado particularmente relevante a abordagem feita com os pais e sobretudo a vantagem da precocidade desta intervenção (eficácia superior quanto mais jovem a criança e menor eficácia após os 12 anos), estando descritos diferentes programas de treino parental e de grupos de suporte (Bilbow, 2012).

Existe forte evidência que aponta para o treino parental como sendo a intervenção de primeira linha a utilizar quando se pretende melhorar o comportamento na faixa etária pré-escolar (Hollis, 2012). A recomendação da NICE é precisamente a de que os tratamentos psicológicos, principalmente os baseados em grupos de treino parental, devem ser oferecidos como tratamento de primeira linha em todas as crianças pré-escolares com PHDA, bem como em crianças mais velhas com PHDA moderada (Hollis, 2012).

Importa esclarecer que as intervenções não farmacológicas, sejam as psicoeducacionais, cognitivo-comportamentais, ou outras abordagens ou intervenções de suporte, não provaram ter, por si só, um efeito significativo sobre a sintomatologia de base da PHDA (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; Sonuga-Barke et al., 2013; Molina et al., 2009). Estas intervenções podem, contudo, permitir a construção de estratégias adaptativas que, tanto a curto como a longo prazo, poderão beneficiar o desempenho da criança, do jovem e da sua família (Buitelaar & Medori, 2010).

Tem sido demonstrado que a intervenção psicoterapêutica tem um papel importante na abordagem terapêutica de crianças e adolescentes com PHDA (National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009). Nesta perspetiva, a intervenção psicoterapêutica e comportamental não se coloca em alternativa à terapêutica farmacológica mas em complementaridade (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015). Na verdade, a eficácia das intervenções psicoterapêuticas é potenciada pela medicação (a maior capacidade de atenção e concentração facultadas pela medicação, facilitam a psicoterapia) e, inversamente, a adesão a uma intervenção psicoterapêutica adaptada às características desta perturbação, aumenta o cumprimento e a adesão à medicação (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; Molina et al., 2009).

A recomendação clara é a de uma intervenção multimodal, que pode incluir, entre outras medidas, intervenções psicológicas e mudanças educacionais, para

além da medicação (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, 2009). A intervenção multimodal mostrou superioridade no que respeita à evolução dos domínios funcionais (académico, social, sucesso pessoal, práticas parentais, etc.) (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015). Assim, enquanto os resultados a curto e médio prazo apontam para uma nítida superioridade da terapêutica com psicoestimulantes na PHDA, independentemente de ser usada ou não qualquer outra forma de intervenção complementar, os resultados a longo prazo apontam para a superioridade do tratamento multimodal (Hinshaw, Arnold, & For the MTA Cooperative Group, 2015; Molina et al., 2009).

É fundamental poder trabalhar nos diferentes contextos em que a criança se encontra, ajustando-os e adaptando-os para que salientem as potencialidades e não as dificuldades sentidas pelo próprio e pelos seus pais e professores. Um plano de intervenção abrangente contribui, deste modo, para promover a compreensão, aceitação do diagnóstico e o desenvolvimento de estratégias mais adequadas, permitindo ainda melhorar o funcionamento e a autoestima dos pacientes.

OUTRAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Têm vindo a ser propostos diferentes tipos de intervenções terapêuticas, pese embora a sua eficácia clínica não tenha sido comprovada, no que respeita ao tratamento dos sintomas nucleares da PHDA. Inclui-se aqui a utilização de “tratamentos” neuropsicológicos (treino cognitivo, treino de neurofeedback, etc.), medidas dietéticas (suplementos de ácidos gordos livres, dietas restritivas, exclusão de corantes artificiais, etc.) e exercício físico entre outros (Moriyama et al., 2012; Sonuga-Barke et al., 2013).

EM CONCLUSÃO

A intervenção terapêutica deve ser, necessariamente, adaptada à idade e à condição do indivíduo.

Quando está indicado o tratamento farmacológico, o metilfenidato tem sido o fármaco mais utilizado. A medicação, apesar da sua eficácia e da simplicidade do

seu uso, não deve ser entendida como sendo a única medida a tomar. Tem sido demonstrado que, na maioria dos casos, está aconselhada uma abordagem multimodal, associando a medicação com intervenções psicoeducativas, intervenções comportamentais e mudanças e/ou ajustamentos educacionais. As intervenções não farmacológicas potenciam e complementam os resultados, podendo permitir a construção de estratégias adaptativas que, tanto a curto, como a longo prazo, podem beneficiar o desempenho do paciente.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4), 546-557.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., . . . Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150(12), 1792-1798.
- Bilbow, A. (2012). Parent training and support groups. *CEPiP*, 1, 81-186.
- Buitelaar, J., & Medori, R. (2010). Treating attention-deficit/hyperactivity disorder beyond symptom control alone in children and adolescents: A review of the potential benefits of long-acting stimulants. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(4), 325-340.
- González, M. A., Pentikis, H. S., Anderl, N., Benedict, M. F., DeCory, H. H., Dirksen, S. J. H., & Hatch, S. J. (2002). Methylphenidate bioavailability from two extended-release formulations. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 40(4), 175-184.
- Gorman, D. A., Gardner, D. M., Murphy, A. L., Feldman, M., Bélanger, S. A., Steele, M. M., . . . Pringsheim, T. (2015). Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*, 60(2), 62-76.
- Hiemke, C., Baumann, P., Bergemann, N., Conca, A., Dietmaier, O., Egberts, K., . . . Zernig, G. (2011). AGNP consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in psychiatry: Update 2011. *Pharmacopsychiatry*, 44(6), 195-235.
- Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., & For the MTA Cooperative Group. (2015). ADHD, Multimodal Treatment, and Longitudinal Outcome: Evidence, Paradox, and Challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, 6(1), 39-352.
- Hollis, C. (2012). ADHD – NICE guidelines and standard treatments. *CEPiP*, 1, 28-34.
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., . . . Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10, 67.

- Kooij, J. J. S., Buitelaar, J. K., van den Oord, E. J., Furer, J. W., Rijnders, C. A. T., & Hodiament, P. P. G. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med*, 35(6), 817-827.
- Mick, E., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2004). Age-dependent expression of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychiatr Clin North Am*, 27(2), 215-224.
- Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Eugene, L., Swanson, J. M., Pelham, W. E., Hechtman, L., . . . Marcus, S. (2013, Mar). Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(3), 250-263.
- Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., . . . MTA Cooperative Group. (2009). The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(5), 484-500.
- Moriyama, T. S., Cho, A. J. M., Verin, R. E., Fuentes, J. P., & Pollanczyk, G. V. (2012). Externalizing Disorders, Chapter D. In Attention Deficit Hyperactivity Disorder in IACAPAP, *Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (pp. 1-23).
- National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). NICE clinical guideline 72 – Attention deficit hyperactivity disorder. *NICE Clin Guidel*.
- National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder – The NICE guideline on diagnosis and management of adhd in children, young people and adults. *Br Psychol Soc R Coll Psychiatr*.
- Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 894-921.
- Rochdi, M., González, M. A., & Dirksen, S. J. H. (2004, May). Dose-proportional pharmacokinetics of a methylphenidate extended-release capsule. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 42(5), 285-292.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, E. (2012, Sept). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Med*.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., . . . European ADHD Guidelines Group. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*, 170(3), 275-289.
- Soutullo, C., & Alvarez-Gomez, M. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 22(56), 119-129.
- Steinhausen, H.-C., & Bisgaard, C. (2014). Nationwide time trends in dispensed prescriptions of psychotropic medication for children and adolescents in Denmark. *Acta Psychiatr Scand*, 129(3), 221-231.

- Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich, M., Brown, L., Brown, R. T., DuPaul, G., . . . Visser, S. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., . . . Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – First upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(1), 17-30.
- Taylor, D., Paton, C., & Kapur, S. (2015). The maudslay prescribing guidelines in psychiatry (12th ed., pp. 384-387). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387(10024), 1240-1250.
- Van de Loo-Neus, G. H. H., Rommelse, N., & Buitelaar, J. K. (2011, Aug). To stop or not to stop? How long should medication treatment of attention-deficit hyperactivity disorder be extended? *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(8), 584-599.
- Vaughan, B., & Kratochvil, C. J. (2012). Pharmacotherapy of pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 21(4), 941-955.
- World Health Organization. (2015). ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th ed.).
- Yemula, C., & Besag, F. (2012). How is standard ADHD medication use in clinical practice and how is this supported by research? *CEPiP*, 1, 35-45.
- Zetterqvist, J., Asherson, P., Halldner, L., Långström, N., & Larsson, H. (2013). Stimulant and non-stimulant attention deficit/hyperactivity disorder drug use: Total population study of trends and discontinuation patterns 2006-2009. *Acta Psychiatr Scand*, 128(1), 70-77.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a Neurodevelopmental disorder with a categorically recognized individuality that can significantly interfere with the functioning of the individual.

The therapeutic intervention has to be adapted to the age and condition of the patient. Whenever the pharmacological treatment is indicated, methylphenidate has been the utmost used drug. The medication, despite its effectiveness and simplicity of use, should not be assumed as the only measure to be undertaken. It has been shown that, in most cases, a multimodal approach is recommended, associating medication with psychoeducative interventions, behavioral interventions and educational adjustments. Non-pharmacological interventions enhance and complement the results and may allow the building up of, both short and long term, adaptive strategies that can improve the performance of the patient.

Key words: Attention-deficit, Hyperactivity, Pharmacotherapy, Behavioral interventions.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria** é o órgão da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA). A revista publica artigos originais, de investigação ou de revisão na área da Pedopsiquiatria, assim como casos clínicos, resumos críticos de livros ou artigos com relevância para um melhor conhecimento nesta área. A revista privilegia e estimula a diversidade e multidisciplinaridade dos assuntos abordados.

O(s) autor(es) deve(m) submeter o texto em suporte informático.

À Comissão Redatorial cabe a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor correções ou modificações nos artigos submetidos. Para este efeito é apoiado pelo Conselho de Redação.

Os motivos de recusa e os pareceres da Comissão Redatorial e do Conselho de Redação serão sempre comunicados aos autores.

Título e identificação: O título do artigo, conciso e informativo, deverá constar na primeira página, bem como o nome dos autores, os seus graus académicos ou profissionais, e os organismos, departamentos ou serviços hospitalares ou outros em que exercem a sua atividade. Deverá ser identificado (nome, morada, telefone, fax, e-mail) o autor responsável pela correspondência.

Resumo: Deve ser apresentado um resumo do artigo em Português e Inglês. Nos artigos originais e de investigação, este deverá descrever abreviadamente os objetivos, material e métodos, resultados e conclusões do trabalho apresentado, bem como a possível relevância dos resultados para a evolução do conhecimento na área. Nos casos clínicos deverão ser descritos de forma sucinta os seguintes itens: o estado atual do problema, a(s) observação(ões) clínica(s), a discussão e a(s) conclusão(ões).

Este deverá ser sempre seguido de uma lista de 3 a 10 palavras-chave.

Estruturação dos artigos: O texto deve ser apresentado de forma organizada. Nos artigos respeitantes a trabalhos de investigação, uma estruturação iniciada por uma Introdução, seguida pela descrição dos Objetivos do Trabalho, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões é a sugerida.

Abreviaturas: As abreviaturas devem ser objeto de especificação no texto.

Bibliografia: As referências devem ser numeradas segundo a ordem do seu aparecimento no texto e devem ser referidas entre parêntesis. Artigos que se encontrem aceites e a aguardar publicação poderão ser incluídos nas referências, com a indicação da revista ou jornal seguida de “em publicação”. Só devem constar da lista de referências as citadas ao longo do texto.

As referências bibliográficas devem ser construídas da seguinte forma:

- a) **Artigo de revista:** Apelido e iniciais dos nomes de todos os autores. Ano de publicação. Título do artigo. Nome do jornal ou revista (se possível, utilizar as abreviaturas do *Index Medicus (New series) – National Library of Medicine*), número do volume, primeira e última páginas do artigo. Ex.: Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). Theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry*, 35, 231-57.
- b) **Livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es). Ano de publicação. Título do livro. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Mazet, Ph., & Houzel, D. (1996). *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: Maloine.
- c) **Capítulo de livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es) do capítulo. Ano da publicação. Título do capítulo. In Nome(s) e inicial(ais) do(s) editor(es) médico(s), eds. Título do livro. Número da edição, número da primeira e última páginas. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Volkmar, F. (1993). Autism and pervasive developmental disorders. In Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (1st ed., pp. 236-49). New York: The Guilford Press.

Quadros: Devem ser fornecidos em páginas separadas e numerados com algarismos romanos. Um título deverá constar no topo.

Figuras (desenhos, fotografias, gráficos): As ilustrações devem ser de boa qualidade. As figuras devem limitar-se ao número estritamente necessário. Quando a deficiente qualidade dos gráficos o justifique, a editora poderá proceder à sua reexecução, desde que os dados necessários sejam fornecidos pelos autores. As figuras devem ser numeradas em árabe, citadas no texto e possuir uma legenda.

Revisão de provas: No caso de o artigo ser aceite após modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo de 15 dias. A revisão de provas será enviada aos autores contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da revista. O 1º autor receberá, em formato PDF, o número da revista em que o seu artigo estiver inserido.

Correspondência: Enviada por correio normal ou eletrónico ao cuidado do Diretor para:

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria
Ao c/ Dr. Paula Freitas
Parque da Saúde de Lisboa
Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria
Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa
E-mail: appia@sapo.pt

