

Capítulo 3

Saúde mental na infância e na adolescência

Rosane Lowenthal

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LOWENTHAL, R. Saúde mental na infância e na adolescência. In: *Saúde mental na infância: proposta de capacitação para atenção primária* [online]. São Paulo: Editora Mackenzie, 2013. Saberes em tese collection, vol. 2, pp. 35-46. ISBN 978-85-8293-727-3. Available from: doi: [10.7476/9788582937273](https://doi.org/10.7476/9788582937273). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/db864/epub/lowenthal-9788582937273.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Saúde mental na infância e na adolescência

Os problemas de saúde mental podem ser definidos como aqueles que afetam habilidades cognitivas, emocionais e sociais dos indivíduos (FEULLER et al., 2000). Pesquisas brasileiras relatam que entre 7% e 24,6% das crianças e dos adolescentes apresentam problemas de saúde mental. Esses dados variam de acordo com o tipo de instrumento utilizado, seja de rastreamento seja de diagnóstico, e o tipo de informante (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010). Segundo o Censo de 2010, no Brasil havia um total de 62.923.165 de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Se fizermos o cálculo da taxa de prevalência, podemos estimar uma população que pode variar de 4.404.622 a 15.479.098 de crianças e jovens com problemas de saúde mental em nosso país.

No Brasil, até o momento, foram realizados três estudos epidemiológicos com instrumentos de diagnóstico para transtornos mentais da infância e da adolescência. De acordo com esses estudos, os transtornos mentais da infância e da adolescência mais prevalentes são: transtorno de ansiedade, transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e depressão (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010). As taxas variaram de acordo com cada transtorno, sendo que a média encon-

trada para transtorno de ansiedade foi de 5,5%, para transtorno de conduta, de 2,2% e depressão, de 1,3%. No TDAH, a taxa de prevalência teve uma variação muito grande entre os estudos; nas pesquisas realizadas em Taubaté a taxa foi de 1,8% e no estudo realizado em Pelotas de 4,1%. Ambos seguiram critério de diagnóstico segundo DSM-IV (FLEITLICH-BILIK; GOODMAN, 2004; ANSELMINI et al., 2010). Além dos quatro transtornos mais prevalentes na infância e na adolescência citados anteriormente, gostaríamos de enfatizar também o transtorno do espectro autista (TEA), por ser o mais grave nessa faixa etária e pouco identificado pelos profissionais de saúde, apresentando quase 1% de taxa de prevalência, de acordo com os estudos internacionais mais recentes (FOMBONNE, 2009).

Transtorno de ansiedade

O transtorno de ansiedade é um dos mais comuns na infância e na adolescência. A ansiedade pode ser definida como uma sensação de medo e apreensão, caracterizada por uma tensão ou um desconforto proveniente da antecipação de uma situação desconhecida ou de perigo. Toda criança ou adolescente apresenta esses sentimentos no decorrer do seu desenvolvimento, mas a ansiedade e o medo são considerados patológicos quando exagerados, quando desproporcionais em relação ao estímulo, ou ainda quando qualitativamente diversos do que se observa como norma nessas faixas etárias. Além disso, esses sentimentos são patológicos quando interferem na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário da criança ou do adolescente (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996).

Existem diversos subtipos de transtornos ansiosos, entre eles:

- » transtorno de ansiedade generalizada;
- » transtorno de ansiedade de separação;

- » transtorno do pânico;
- » fobias específicas;
- » fobia social;
- » transtorno de estresse pós-traumático.

O principal fator de risco para os transtornos de ansiedade com início precoce é a ocorrência de o pai ou a mãe da criança ter transtorno de ansiedade ou depressão, além do fato de que os transtornos ansiosos se desenvolvem mais comumente em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996; ASBAHR, 2004).

No transtorno de ansiedade generalizada, as crianças e os adolescentes têm medos e preocupações exageradas e irracionais em relação a várias situações, estão constantemente tensos e dão a impressão de que qualquer situação é ou pode ser provocadora de ansiedade. É um transtorno com início insidioso, o qual muitas vezes os pais não conseguem precisar e só chegam a procurar ajuda quando já está em uma fase muito grave. Atinge de 2,7 a 4,6% de crianças e jovens e igualmente sexo masculino e feminino (ASBAHR, 2004; CASTILLO; ASBHR; MANFRO, 2000).

O transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se por uma ansiedade exagerada em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos, não adequada ao desenvolvimento da criança e que persiste por, no mínimo, quatro semanas. Os sintomas causam um sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou do adolescente como deixar de frequentar a escola ou casa de amigos. A taxa de prevalência é por volta de 4% e atinge igualmente meninos e meninas (CASTILLO; ASBHR; MANFRO, 2000).

O transtorno do pânico é marcado pela presença de sintomas, como a sensação intensa de risco de morte associada a taquicardia, sudorese, tontura, falta de ar, dor no peito, dor abdominal, tremores etc. É seguida de preocupações persistentes em

vir a ter novos ataques. Sua prevalência é baixa (0,6%) e mais frequente no final da adolescência, com predominância no sexo feminino (ASBAHR, 2004).

As fobias específicas caracterizam-se pela presença do medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objeto ou a uma situação, que não seja de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. É importante diferenciá-las dos medos normais da infância, pois apresentam uma reação excessiva e pouco adaptada que foge do controle, leva a reações de fuga, é persistente e causa comprometimento no funcionamento da criança. Os medos mais comuns na infância são de pequenos animais, ruídos intensos e altura. A taxa de prevalência varia de 2,4 a 3,3% e é mais predominante entre meninas (CASTILLO; ASBHR; MANFRO, 2000).

A fobia social é marcada pelo medo persistente e intenso de situações nas quais a pessoa julga estar exposta à avaliação dos outros e se comporta de maneira humilhante e vergonhosa. É muito semelhante à fobia social observada em adultos. Assim como o transtorno do pânico, apresenta uma taxa de prevalência baixa em relação aos outros transtornos ansiosos (1%), sendo mais frequente em adolescentes do que entre crianças (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996; ASBAHR, 2004).

Por fim, existe o transtorno de estresse pós-traumático, que ocorre em pessoas que passaram por uma situação na qual houve um risco a sua integridade física ou psíquica, ou ainda quando presenciaram uma situação na qual houve riscos para a criança ou para alguém próximo. Experiências traumáticas, como violência e abuso sexual, podem ter um impacto grave e duradouro sobre crianças e adolescentes. Os principais sintomas são medo intenso, sensação de impotência, horror e/ou evitação em consequência à exposição ao trauma (ASBAHR, 2004). O diagnóstico deve sempre estar atrelado ao evento, ou seja, os sintomas aparecem após o evento estressor (CÂMARA FILHO; SOUGEY, 2001).

É importante ressaltar que os transtornos ansiosos, quando não tratados na infância e na adolescência, apresentam um curso crônico, embora flutuante ou episódico. Isso significa que um transtorno de ansiedade de separação pode, se não tratado na infância, evoluir para um quadro de transtorno de pânico e agorafobia no adulto. Enquanto adolescentes com transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico ou depressão têm maior risco de desenvolver transtornos ansiosos, ou a combinação deles, durante a vida adulta (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996; ASBAHR, 2004).

Transtorno de conduta

O quadro clínico do transtorno da conduta é caracterizado por comportamento antissocial persistente, com violação de normas sociais ou dos direitos de outros indivíduos. Segundo o DSM-IV, existem 15 possibilidades de comportamentos antissociais, entre eles:

- » perseguir, atormentar ou ameaçar outras pessoas;
- » usar objetos que podem causar ferimentos, como arma de fogo, pau, caco de vidro ou faca;
- » ser cruel com pessoas ou animais;
- » roubar ou assaltar;
- » destruir propriedade alheia;
- » mentir e enganar para obter ganhos materiais;
- » frequentemente passar a noite fora de casa, apesar da proibição dos pais (BORDIN; OFFORD, 2000).

O critério do diagnóstico se aplica quando houver persistência de comportamentos antissociais em indivíduos com idade inferior a 18 anos e requer a presença de pelo menos três comportamentos nos últimos 12 meses e de ao menos um compor-

tamento antissocial nos últimos seis meses, trazendo limitações importantes do ponto de vista escolar, social ou ocupacional (BORDIN; OFFORD, 2000).

Sabe-se que a prevalência é maior entre adolescentes e indivíduos do sexo masculino, independentemente da idade. Os sintomas podem surgir no período entre o início da infância e a puberdade e persistirem até a idade adulta. Várias comorbidades como TDAH (predominantemente na infância), transtorno de ansiedade e depressão (predominantemente na adolescência) podem estar associadas ao transtorno de conduta (BURKE; LOEBER; BIRMAHER, 2002).

Fatores individuais, familiares e sociais estão relacionados com o desenvolvimento e a persistência do comportamento antissocial de forma complexa e pouco conhecida. Existem indícios de que, quanto mais precoce for seu início, maior é a gravidade do quadro e as tendências são maiores de persistir durante a vida adulta. Além disso, os comportamentos tornam-se mais estáveis e menos modificáveis ao longo do tempo, de tal modo que o diagnóstico o mais cedo possível é de extrema importância para que crianças e adolescentes possam se beneficiar de intervenções terapêuticas e ações preventivas que geralmente envolvem uma combinação de condutas junto à criança ou ao adolescente, à família e à escola (BURKE; LOEBER; BIRMAHER, 2002).

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Segundo Rohde et al. (2000), o TDAH apresenta uma tríade clássica de sintomas caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Os sintomas de desatenção podem ser:

- » dificuldade de atenção em tarefas escolares ou atividades lúdicas;
- » dificuldade para manter atenção em tarefas e terminá-las;

- » dificuldade em seguir instruções;
- » dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- » perda de objetos necessários para tarefas ou atividades;
- » facilidade em distrair-se por estímulos alheios à tarefa;
- » apresentação de esquecimentos em atividades diárias.

Já a hiperatividade leva a criança ou o adolescente a:

- » agitar as mãos ou pés ou se remexer na cadeira;
- » abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- » correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado;
- » apresentar dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- » estar frequentemente “a todo o vapor”;
- » falar em demasia.

Enquanto os sintomas de impulsividade são:

- » frequentemente dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido concluídas;
- » ter dificuldade em esperar a sua vez;
- » com frequência interromper ou se meter em assuntos alheios.

É de extrema importância destacar que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade podem aparecer como sintomas isolados, sem caracterizar o transtorno, sendo frutos de problemas de relacionamento com o pais ou amigos, do sistema educacional inadequado ou até mesmo pela associação a outros transtornos da infância e da adolescência.

O diagnóstico deve ser dado com muito critério e, para isso, é necessário sempre contextualizar os sintomas. A duração do

sintoma é um fator que deve ser levado em consideração. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam sintomas desde a idade pré-escolar ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia intensa. Outro fator que é de extrema importância é a frequência e a intensidade dos sintomas, ou seja, sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade acontecem em qualquer criança uma vez ou outra, ou até mesmo com frequência, porém com menor intensidade. A persistência dos sintomas em vários locais, como em casa, na escola e ao longo do tempo deve ser levada em consideração para o diagnóstico de TDAH. Por fim, deve haver prejuízo clinicamente significativo na vida da criança, e o diagnóstico deve levar em conta o relato de diversas fontes, incluindo pais, professores e a própria criança ou adolescente (COELHO et al., 2010).

De acordo com o DSM-IV, o TDAH é dividido em três tipos: 1. TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; 2. TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; 3. TDAH combinado. O TDAH com predomínio de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízos acadêmicos. Crianças com predomínio de hiperatividade/impulsividade são mais agressivas e impulsivas do que as que apresentam os outros dois tipos e tendem a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas, trazendo para si um grande prejuízo social. O tipo combinado está mais fortemente associado a problemas de conduta, de oposição e de desafio, além de apresentar também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado com os outros dois grupos (COELHO et al., 2010; ROHDE et al., 2000). Além disso, são comuns no TDAH comorbidades como transtornos disruptivos, de humor e de ansiedade (POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005).

O TDAH é um transtorno que gera um grande impacto social, considerando seu alto custo financeiro, o estresse nas famílias, o

prejuízo nas atividades acadêmicas e vocacionais, além de efeitos negativos na autoestima de crianças e adolescentes. Se não tratadas, crianças com TDAH têm risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas, tanto na infância quanto na adolescência e na vida adulta (ROHDE et al., 2000).

Depressão

A depressão é um transtorno de humor que apresenta características básicas como tristeza e perda da capacidade de sentir prazer. Essas características podem ser sentidas por qualquer criança e adolescente no decorrer de sua vida, porém a depressão é diagnosticada quando os sintomas se tornam intensos e criam obstáculos na execução de atividades da vida diária havendo, por exemplo, prejuízo nas atividades escolares ou na interação social. É de extrema importância ressaltar que os sintomas devem permanecer por pelo menos mais de duas semanas e sobrecarregar a criança e a família como um todo (BRUMARIU; KERNS, 2010).

Os principais sintomas da depressão são:

- » sentir-se para baixo, triste ou irritável;
- » perder o interesse ou o prazer nas atividades;
- » sentir-se sem esperança;
- » ter dificuldade de concentração;
- » dormir muito ou pouco;
- » ter muito ou pouco apetite;
- » pensar em morte ou suicídio;
- » irritar-se e/ou ter uma visão sempre negativa do mundo;
- » apresentar baixa autoestima;
- » sentir-se agitado ou muito devagar;
- » ter pouca energia;
- » apresentar queixas somáticas (sem causa médica ou persistente).

A depressão pode ser dividida em distímia e depressão maior. O que diferencia um quadro do outro é o fato de que a distímia pode ser definida como uma depressão crônica, ou seja, a criança ou o adolescente apresentam diversos sintomas depressivos de baixa intensidade. A depressão maior caracteriza-se por um quadro mais intenso: as crianças podem apresentar humor irritadiço ou instável, explosões descontroladas, além de queixas de pesadelos noturnos. Nessa faixa etária, há uma grande quantidade de queixas somáticas, como dores de cabeça, abdominais e musculares sem causa aparente. Nos adolescentes, observa-se aumento da irritabilidade e hostilidade, sentimentos de desesperança incluindo risco de suicídio, bem como insônia ou hipersonia, alteração de apetite e de peso, entre outros sintomas. É frequente também o isolamento social, a sensibilidade exagerada à rejeição ou ao fracasso e a pouca expectativa em relação ao futuro. O uso abusivo de álcool e drogas psicoativas pode ser frequente nos adolescentes deprimidos (PRAGER, 2009).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão são: estressores psicossociais, presença simultânea de outros transtornos psiquiátricos ou doenças crônicas como diabetes. O transtorno de ansiedade é uma comorbidade muito comum na depressão, e, em aproximadamente 50% dos casos, os dois diagnósticos são identificados. Meninas adolescentes têm maior risco de desenvolverem depressão do que os meninos. Quanto à depressão na infância, é importante observar se na história familiar existem casos de depressão (LEE FU; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).

Transtornos do espectro autista

Existem três transtornos que pertencem ao TEA. São eles: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (TGD-SOE) (KLIN; ROSARIO; MERCADANTE, 2009). Referem-se a um grupo de distúrbios da

socialização com início precoce, geralmente antes dos três anos de idade, de curso crônico (KLIN, 2006) e são caracterizados por um quadro clínico no qual os indivíduos demonstram diminuição qualitativa da comunicação e da interação social, restrição de interesses, além de apresentarem comportamentos estereotipados e maneirismos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1995). As apresentações clínicas podem variar tanto em relação ao perfil da sintomatologia quanto ao grau de comprometimento.

Esses transtornos configuram-se como distúrbios do neurodesenvolvimento decorrentes de alterações nos circuitos do cérebro social, interferindo nos processos de desenvolvimento social, cognitivo e da comunicação. A heterogeneidade das manifestações comportamentais e os diferentes graus de acometimento estão relacionados a uma possível natureza dimensional do transtorno e que, por natureza, acometem mecanismos cerebrais de sociabilidade básicos e precoces (KLIN, 2006). Apesar da etiologia do TEA não estar totalmente estabelecida, diversos estudos apontam suas associações com alterações genéticas e de bases neurológicas, além de acidentes pré-natais, distúrbios metabólicos e infecções pós-natais (SLONIMS; BAIRD; CASS, 2003). Portanto, qualquer tentativa de compreendê-los requer uma análise, em diferentes níveis, do comportamento à cognição, da neurobiologia à genética, e as estreitas interações entre cérebro, ambiente e comportamento ao longo do tempo (KLIN; MERCADANTE, 2006). Em relação à prevalência, estudos epidemiológicos apontam para o dado de que, a cada 150 nascimentos, uma criança apresenta TEA, e há maior incidência em meninos do que em meninas, com uma média de 3,5 a 4,0 meninos para cada menina (FOMBONNE, 2009).

O autismo infantil ou autismo clássico caracteriza-se por um transtorno no qual os indivíduos possuem permanente prejuízo nas interações sociais, na comunicação e padrões limitados de comportamento. Cerca de 60% a 70% deles possuem retardo

mental, o que faz com que seu comprometimento seja ainda maior. Quanto ao diagnóstico, é necessário que as alterações tenham se iniciado até os 30 meses de idade (KLIN, 2006).

A síndrome de Asperger consiste em uma síndrome na qual há prejuízos na interação social, com interesses e comportamentos limitados, assim como no autismo. Entretanto, há a ausência de qualquer atraso na linguagem falada ou na sua percepção no desenvolvimento cognitivo. Os indivíduos com essa síndrome, em geral, são isolados socialmente e, apesar das suas habilidades cognitivas preservadas, apresentam interesses circunscritos intensos, tendência a falar em monólogo e incoordenação motora (KLIN, 2006). Em relação à prevalência, embora os estudos apresentem limitações consideráveis, estima-se uma taxa de 6:10.000 (FOMBONNE, 2009).

Por fim, o TGD-SOE é considerado uma categoria diagnóstica que não possui normas específicas para sua classificação, ou seja, um indivíduo pode ser classificado com TGD-SOE se preencher critérios no âmbito social e mais um critério nos âmbitos de comunicação ou comportamento. O início dos sintomas ocorre depois dos 36 meses de idade. A prevalência estimada de acordo com os trabalhos mais recentes é de 37,1:10.000 (FOMBONNE, 2009).

Considerando a complexidade dos sintomas, os prejuízos diversos e as altas taxas dos transtornos mentais na infância e na adolescência, a OMS tem elaborado diversos documentos com recomendações nessa área. Entre elas: aumentar a capacidade de tratamento e aprimorar a capacitação profissional, bem como propostas de intervenções precoces que levam a uma melhora da saúde em geral e o sucesso no aprendizado escolar, e que, inversamente, reduz conflitos com a lei e a privação de liberdade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Assim, a oferta de tratamento deve ser na Atenção Primária, e, para que isso ocorra, é imprescindível a capacitação dos profissionais da rede básica de saúde.