Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Hildeliza Boechat Cabral
Fábio Luiz Fully Teixeira
Margarete Zacarias Tostes de Almeida

Organizadores

Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade

Volume 2

BRASIL MULTICULTURAL

Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade

Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Hildeliza Boechat Cabral
Fábio Luiz Fully Teixeira
Margarete Zacarias Tostes de Almeida

Organizadores

Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade

Volume 2

BRASIL MULTICULTURAL

Copyright © 2019 Brasil Multicultural Editora

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização do autor.

Diretor editorial
Décio Nascimento Guimarães

Diretora adjunta
Milena Ferreira Hygino Nunes

Coordenadoria científica
Gisele Pessin
Fernanda Castro Manhães

Design
Fernando Dias
Foto de capa: Freepik

Gestão logística
Nataniel Carvalho Fortunato

Bibliotecária
Ana Paula Tavares Braga – CRB 4931

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P957 Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade / organização Juliana da Conceição Sampaio ... [et al.]. – Campos dos Goytacazes, RJ : Brasil Multicultural, 2019. 2 v.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-5635-145-6

1. PSICOLOGIA 2. ADOECIMENTO PSÍQUICO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA 3. DOENTES – PSICOLOGIA 4. DEPRESSÃO 5. REDES SOCIAIS – ASPECTOS PSICOLÓGICOS 6. DISTÚRBIO DO SONO 7. SÍNDROME DE BURNOUT 8. AUTISMO 9. TRANSTORNO OBSESSIVO I. LÓSS, Juliana da Conceição Sampaio (org.) II. Título

CDD 150

Instituto Brasil Multicultural de Educação e Pesquisa - IBRAMEP
Av. Alberto Torres, 371 - Sala 1101 - Centro - Campos dos Goytacazes - RJ
28035-581 - Tel: (22) 2030-7746
www.editorabrasilmulticultural.com.br
contato@brasilmulticultural.com.br

Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández - UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González - UNIVERSIDAD DE GRANADA – (ESPANHA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Ediclea Mascarenhas Fernandes – UERJ (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Profa. Dra. Fabiana Alvarenga Rangel - UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida - UNIR (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho - UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon - FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Helio Ferreira Orrico - UNESP (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes - UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez - UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González - UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva - UERJ (BRASIL)

Profa. Dra. Magda Bahia Schlee - UERJ (BRASIL)

Profa. Dra. Margareth Vetis Zaganelli – UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Marilia Gouvea de Miranda - UFG (BRASIL)

Profa. Dra. Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Profa. Dra. Patricia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago - UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Sumário

Prefácio 10

Apresentação 12

1
Rastreamento e diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) 14
Nayanna de Almeida Nassif Rodrigues
Nathália Frade Soares
Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

2
Influência do contexto familiar na saúde psíquica da criança 25
Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Ieda Boechat Tinoco Crespo
Dulce Helena Pontes-Ribeiro

3
Transtorno Obsessivo-Compulsivo na infância: fatores influenciadores e possíveis consequências 36
Elidia Possidente Garcia Chaves
Lyssa Portal da Silva
Denise Tinoco Novaes Bedim

4
Depressão infantil: uma realidade em tempos modernos 44
Jade Santos Silva
Naiara Andrade Biscácio
Laura Lutterbach Dalbuone Pinheiro

5
A influência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na aprendizagem de escolares ... 53
Camila Souza Herdy
Karol Aparecida Amiti Fabri
Juçara Gonçalves Lima Bedim

6
A importância da psicoeducação no tratamento do Transtorno Opositor Desafiador (TOD) ... 67
Laura Martins Rangel
Carolina Mothé Venancio
Vinicius Evangelista Dias

7
Automutilação: um transtorno entre os adolescentes ... 75
Júlia Pessanha Macêdo
Maria Fernanda Alves Madeira
Margarete Zacarias Tostes de Almeida

8
Transtorno Bipolar na infância e adolescência: principais manifestações, diagnóstico e prognóstico ... 82
Bárbara Macedo Barbosa
Brendha Ferrari Bremenkamp
Mariana Fernandes Ramos dos Santos

9
O estresse pós-traumático na infância: a relação entre a violência e o distúrbio cognitivo-comportamental ... 94
Egidio de Carli Neto
Luiz Victor de Assis Soares
Vinicius Evangelista Dias

10
Psiquiatria nutricional: a influência da alimentação na saúde mental ... 103
Anna Karoline Brum Jorge
Aryane Ferraz Cardoso Pacheco
Raquel Veggi Moreira

Sobre os autores ... 113

Prefácio

Recebi com alegria o convite para fazer o prefácio da obra, com dois volumes, dos organizadores Juliana da Conceição Sampaio Lóss, Fábio Luiz Fully Teixeira, Margarete Zacarias Tostes de Almeida e Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral. Prontamente, aceitei-o, sentindo-me honrada pela obra aqui prefaciada. O avanço tecnológico, o mundo globalizado e o fácil acesso ao conhecimento impuseram ao homem contemporâneo novos paradigmas com demandas, deveres e preocupações diferentes das vivenciadas pelos seus antecessores**.** Tais paradigmas se constituem sob a perspectiva ideológica das representações sociais e das relações de poder que se estabelecem no cotidiano. Isso fez com que passássemos a perceber o tempo como mais fugaz diante das inúmeras obrigações sociais, pessoais, econômicas e emocionais que tomam a maior parte do nosso tempo e trazem ao aspecto psíquico novos problemas a serem solucionados pela psiquiatria, envolvendo o olhar do outro sobre os nossos comportamentos e sentimentos, sobre os nossos corpos, e o modo como nos relacionamos e nos comunicamos.

Escrevo, então, sobre a obra Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade, que é dividida em dois volumes. O primeiro volume trata dos principais transtornos psíquicos na contemporaneidade abordando o corpo como sintoma; os distúrbios do sono e a depressão; a relação fisiológica entre depressão, ansiedade e sua possível associação com o suicídio; a bipolaridade em nossa sociedade; o transtorno de personalidade boderline; bulimia e anorexia; a ansiedade e os

transtornos de estresse pós-traumáticos. O segundo volume trata dos transtornos na fase infantil, tais como os fatores que são influenciadores e as possíveis consequências do transtorno obsessivo-compulsivo na infância; a importância de um diagnóstico precoce do autismo; da depressão infantil, do TDAH, TOD e automutilação na adolescência; do transtorno bipolar na infância e adolescência; influência da família na saúde psíquica da criança e o estresse pós-traumático na infância e sua relação entre violência e o distúrbio cognitivo-comportamental. Cada volume é subdividido em capítulos que tratam de assuntos que fazem parte das mazelas do dia a dia da sociedade atual como problemas que os paradigmas da nossa época nos impõem.

O estudo da psiquiatria se faz necessário por meio de novos olhares, visto que, a cada dia, os problemas sobre os quais se inclina o seu cuidar mudam constantemente, em paralelo à transitoriedade dos paradigmas de cada época.

Esta obra vem contribuir, com diferentes olhares sob uma nova perspectiva, aos estudantes e leitores que se dedicam ao entendimento e aperfeiçoamento na área da psiquiatria.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Drª. Rosalee S. C. Istoe

Doutora em Saúde da Criança e da Mulher

Professora do Mestrado e do Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

Apresentação

A experiência na faculdade de medicina atrelada aos conhecimentos em psicologia nos possibilitou observar o adoecimento que tem acometido muitas pessoas, suscitando um olhar aprofundado sobre esses fenômenos que impactam a sociedade, a saber: os transtornos psíquicos que afetam a qualidade de vida das pessoas e que são uma realidade recorrente, com crescentes índices, não escolhem cor, idade ou etnia e são considerados um problema de saúde pública.

Diante dos alarmantes casos de sofrimento psíquico na contemporaneidade, que afetam adultos e crianças, surgiram-nos muitas inquietações que nos conduziram a mobilizar alunos interessados no tema, a fim de aprofundar estudos e discussões, para, *a posteriori*, encontrar possibilidades de atuar junto ao paciente que enfrenta um transtorno psíquico.

Destarte, esta obra foi organizada a partir de uma práxis extensionista na Universidade Iguaçu, Campus V - Itaperuna, idealizado por mim, aluna do curso de medicina, sob a orientação da Professora Margarete Zacarias, do Professor Fábio Fully, e da Professora Hildeliza Boechat, que prontamente abraçaram o projeto, em que foi possível abordar diferentes temas atuais e discuti-los, por meio de metodologias ativas, ampliando o conhecimento e compreendendo as mudanças sociais que afetam e possibilitam que novas patologias ocorram.

Ressalta-se que esta obra de tema tão relevante tornou-se um desafio, por se tratar de uma obra coletiva e de tão grande importância que teve a participação de professores maravilhosos, os quais contribuíram com seus conhecimentos.

Por fim, é com imenso prazer que apresento a obra "Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade", com o desejo de que possamos contribuir para melhora e compreensão significativa dos transtornos psíquicos que têm ocorrido com frequência em nossa sociedade, e que, de fato, possamos intervir junto ao paciente, melhorando sua qualidade de vida e de sua família.

Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Itaperuna, 11 de agosto de 2019

1

Rastreamento e diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Nayanna de Almeida Nassif Rodrigues
Nathália Frade Soares
Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

"As crianças especiais, assim como as aves, são diferentes em seus voos. Todas, no entanto, são iguais em seu direito de voar".

(Jessica Del Carmen Perez)

Considerações iniciais

O estudo do Transtorno do Espectro Autista (TEA) desenvolvido neste capítulo tem por objetivo evidenciar os aspectos comportamentais que levam ao rastreamento do TEA, as formas e instrumentos utilizados para o diagnóstico, bem como a importância do diagnóstico precoce para o bom prognóstico e futuro desenvolvimento das crianças que possuem esse transtorno.

O TEA ou autismo infantil integra um grupo de distúrbios crônicos do neurodesenvolvimento denominado Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) ou Transtornos do Espectro do Autismo (TEAs). Esse grupo possui características clínicas em três áreas específicas, como déficits de habilidades sociais, déficits de habilidades comunicativas (verbais e não verbais) e presença de comportamento e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados (SILVA; MULICK, 2009).

Assim, utiliza-se metodologia qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica pela qual foram analisados artigos publicados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), Pubmed e busca direta, utilizando como descritores: Autismo, Transtorno do Espectro Autista e diagnóstico precoce do autismo.

TEA: uma questão comportamental

Estudiosos têm constatado que o TEA se manifesta nos aspectos comportamentais, não sendo possível diagnóstico gestacional, nem em crianças com idade muito tenra na qual não seja possível observar como a criança reage aos estímulos exteriores e que grau de desconforto essas influências externas podem trazer-lhe.

Gardia et al (2004) afirmam que as dificuldades na interação social em pacientes com TEA podem surgir como isolamento social, contato visual precário, dificuldades em participar de atividades em grupo, indiferença ou demonstrações inapropriadas de afeto, escassez de empatia social ou emocional. Com a idade adulta ocorre, em geral, uma melhora em relação ao isolamento social, mas as dificuldades em estabelecer amizades persistem.

Já as dificuldades na comunicação apresentam-se em graus variados, tanto na habilidade verbal, quanto na não verbal. Algumas crianças não desenvolvem essas habilidades, enquanto outras têm uma linguagem imatura, entonação monótona, ecolalia, prosódia anormal, dentre outras manifestações típicas do autismo. Esses déficits da linguagem e comunicação permanecem durante a vida adulta, podendo alguns autistas permanecerem não-verbais ou com problemas persistentes em estabelecer conversação, como dificuldade de compreender piadas e ironias, assim como perceber a linguagem corporal e expressões faciais (GADIA *et al*., 2004).

Quanto aos padrões comportamentais, apresentam resistência a mudanças, apego a objetos e fascínio com o movimento de peças. Embora alguns pacientes

pareçam brincar, eles se preocupam mais em ordenar e alinhar tais peças. Além disso, possuem movimentos motores estereotipados, como se balançar, bater palmas repetidamente e andar em círculos. Na vida adulta, eles conseguem se adaptar melhor às mudanças, mas os interesses restritos persistem (GADIA *et al*., 2004).

A grande necessidade de entender o TEA deve-se ao aumento no número de casos de crianças com TEA verificado nos últimos anos, fato que demanda maior atenção ao transtorno e a padronização dos critérios diagnósticos. Desse modo, torna-se a terceira mais comum disfunção neurológica infantil, à frente da Síndrome de Down, do câncer pediátrico e das más-formações congênitas (CANUT *et al*., 2014). Com isso, profissionais da saúde devem estar cada vez mais preparados para lidar com um caso de TEA, mas ainda há uma grande deficiência em relação à identificação precoce e ao diagnóstico, fazendo com que muitas crianças permaneçam anos sem um diagnóstico ou com diagnósticos em aberto ou inadequados (SILVA; MULICK, 2009).

Não há um marcador biológico para o reconhecimento, sendo o mesmo feito através de critérios comportamentais estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (AAP). A intervenção precoce é o melhor procedimento para auxiliar o desenvolvimento normal da criança, já que quanto mais tarde a doença for descoberta, mais consolidados estarão os sintomas (CANUT *et al*., 2014). Por não existir marcador biológico, diz-se que o TEA é uma questão comportamental e a precocidade do diagnóstico pode melhorar substancialmente o prognóstico, conforme se verificará a seguir.

Rastreamento do TEA

No intuito de ampliar o diagnóstico precoce e, portanto, intervir no desenvolvimento da criança e melhorar o prognóstico, uma série de instrumentos de rastreamento de sinais de TEA foram desenvolvidos nas últimas décadas (LEDERMAN, 2015). A esse respeito, explica Oliveira (2009, p. 3):

> A vigilância do desenvolvimento é um processo contínuo e flexível de observações qualificadas em consultas de rotina, que não implica o recurso a testes. Já o rastreio subentende a aplicação de um teste

> desenhado para identificar problemas específicos do desenvolvimento em idades consideradas chave.

De acordo com a American Academy of Pediatrics, deve ser realizado o rastreamento do autismo entre 18 e 24 meses de idade por meio de instrumentos padronizados para essa finalidade (JOHNSON; MYERS, 2007 apud SEIZE; BORSA, 2017). É importante ressaltar que esses instrumentos têm por finalidade identificar precocemente o risco do transtorno e não de diagnosticá-lo (IBAÑEZ *et al.*, 2014 *apud* SEIZE; BORSA, 2017).

Desse modo, os médicos que realizam as consultas de rotina em crianças, incluindo pediatras de ambulatório, devem estar habilitados para constatar os distúrbios do neurodesenvolvimento. Deverão, portanto, manter-se informados sobre o neurodesenvolvimento, testes de rastreio e meios de referenciação para a especialidade (OLIVEIRA, 2009).

O rastreio é feito por meio de questionários de triagem, sendo este o melhor método para identificação precoce do autismo. Vários instrumentos têm sido utilizados para essa finalidade, dentre eles Childhood Autism Rating Scale (CARS), Social Communication Questionnaire (SCQ), Screening Tool for Autism in Two Years Old (STAT), Developmental Behaviour Checklist (DBC), Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), e o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Essas ferramentas são úteis para analisar crianças que estão aparentemente bem, mas que apresentam alguma doença ou fator de risco (LOSAPIO; PONDÉ, 2008).

É importante ressaltar que, se por um lado a identificação precoce é de grande relevância por permitir intervenções precoces e, consequentemente, melhor prognóstico dos casos de TEA, por outro lado, é necessário ter cautela com o uso de apenas um instrumento de rastreamento e um diagnóstico errado (ALCKMIN-CARVALHO, 2014). Sendo assim, recomenda-se que o rastreamento seja feito com a utilização de múltiplos instrumentos concomitantemente à observação clínica da criança, a fim de garantir melhores diagnósticos e prognósticos (GRAY; TONGE, 2005 *apud* ALCKMIN-CARVALHO *et al.*, 2014).

A escolha do teste de rastreio não é fácil, pois acarreta risco elevado de falso positivo, principalmente aqueles que se baseiam apenas em questionários

dirigidos aos pais, sem a observação direta da criança. Desse modo, um teste de rastreio deve ser utilizado nos casos suspeitos e em todas as crianças na consulta dos 18 meses. Para que diminua os casos de falsos negativos, esse teste deve ser repetido entre os 24 e os 30 meses, de modo a detectar os casos mais ligeiros ou com regressão no segundo ano (OLIVEIRA, 2009).

Observa-se, na tabela abaixo, os instrumentos de categorização, o formato, aplicadores e a faixa etária da criança analisada.

Tabela 1 – Categorização dos instrumentos

Instrumento(s)	Formato	Nível	Tipo de respondente	População-alvo
(1) ADEC - Autism Detection in Early Childhood	Interativo (16 itens)	2	Psicólogos treinados em aplicar o instrumento	Crianças com 12-36 meses de idade
(2) BISCUIT-I - Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits	Escala (62 itens)	2	Profissionais da área de saúde	Crianças com 12 meses de idade
(3) CHAT - Checklist for Autism in Toddlers	Questionário (9 itens) + Observação (5 itens)	1	Pais/responsáveis (questionário) e profissionais (observação);	Crianças com 18 meses de idade
(4) CHAT-23 - Checklist for Autism in Toddlers	Questionário (23 itens) + Observação (5 itens)	1	Pais ou responsáveis	Crianças entre 18-24 meses de idade
(5) ESAT - Early Screening of Autistic Traits Questionnaire	Questionário (14 itens)	1	Pais/responsáveis	Crianças entre 14-15 meses de idade
(6) FYI - First Year Inventory	Questionário (63 itens)	1	Pais/responsáveis	Crianças com 12 meses de idade
(7) M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers	Questionário (23 itens)	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 16-30 meses de idade

Instrumento(s)	Formato	Nível	Tipo de respondente	População-alvo
(7a) M-CHAT+FUI - Modified Checklist for Autism in Toddlers with Follow-up Interview	Questionário (23 itens) + Entrevista	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 16-30 meses de idade
(7b) M-CHAT/R-F - Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up	Questionário (23 itens) + Entrevista	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 16-30 meses de idade
(8) POEMS - Parents Observation of Early Markers Scale	Observação (61 itens)	2	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 1-24 meses de idade
(9) RITA-T - Rapid Interactive Screening Test for Autism in Toddlers	Interativo (9 itens)	2	Profissionais de saúde	Crianças entre 18-36 meses de idade
(10) STAT - Screening Tool for Autism in Toddlers & Young Children	Interativo (12 itens)	2	Profissionais com experiência em autismo	Crianças entre 24-36 meses de idade
(11) Toddler Autism Questionnaire	Questionário (15 itens)	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 18-26 meses de idade

Fonte: Seize e Borsa (2017).

Diagnóstico do TEA

O diagnóstico do TEA é feito clinicamente, a partir de observações diretas do comportamento do paciente e de entrevistas com seus pais ou responsáveis. Esse diagnóstico se baseia no achado de prejuízos nas áreas de relação interpessoal, comunicação e comportamento. Frequentemente, essas características são observadas desde o nascimento, tornando-se mais evidentes com o tempo (SCHWARTZMAN, 2011 *apud* LEDERMAN, 2015).

Existem algumas peculiaridades que fornecem um suporte ao diagnóstico do TEA, dentre as quais se destacam no primeiro ano de vida: modificação na interação coletiva, ausência de sorriso social, atenção suprimida, expressão facial inadequada e hipotonia. Em relação ao segundo ano de vida, não há resposta de olhar para outros indivíduos, a criança não atende ao ser

chamada pelo nome e tende a se isolar (MANSUR *et al*., 2017 *apud* SILVA *et al*., 2018).

É importante que a família observe a criança e sua atitude, sobretudo nos cenários e acontecimentos que a deixam irritada e desconfortável, como em situações de ruído intenso e alteração da rotina, que são normalmente incômodos para pessoas no espectro autista. Essas peculiaridades, por vezes, fazem com que alguns parentes presumam que isso se dá pela personalidade do indivíduo, e quando o diagnóstico é confirmado, pode existir dificuldade de aceitação, reduzindo a participação social da família. Mas ainda há casos em que o diagnóstico é ambíguo, gerando dúvidas nos pais (MAPELLI *et al*., 2018).

O diagnóstico de TEA gera um enorme impacto na família, que se sente profundamente preocupada e desamparada diante da incerteza do futuro da criança. Mas os pais precisam se manter firmes no seu papel educativo, já que o transtorno possivelmente afetará a comunicação, a conversação entre eles e o filho (KUPFER; LAJONQUIÈRE, 2015 *apud* MERLLETI, 2018). O assunto dos reflexos do impacto da notícia na família será estudado em capítulo autônomo, tamanha sua importância no contexto das questões que envolvem o tratamento e o acompanhamento das crianças com TEA.

O Transtorno do Espectro Autista, classificado nesta primeira metade do Século XXI como um transtorno de neurodesenvolvimento (APA, 2013 *apud* SEIZE; BORSA, 2017), deve ser diagnosticado ainda na primeira infância devido à intensa plasticidade cerebral nessa idade (BELSKY, 2010 *apud* SEIZE; BORSA, 2017), que permite um melhor aprendizado e evita implicações secundárias do transtorno, além de aprimorar capacidades funcionais e qualidade de vida (ROGERS; VISMARA, 2014 *apud* SEIZE; BORSA, 2017).

Na Quadro 1, a seguir, encontram-se os critérios diagnósticos para o TEA:

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista (DSM-V)

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente, ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos): 1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, e dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais. 2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal, ou déficits na compreensão e uso de gestos a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal. 3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos a ausência de interesse por pares.
B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente, ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos): 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas). 2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (como sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente). 3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos). 4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (como indiferença aparente à dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).
C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).
D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.
E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Fonte: DSM-V (2014).

Para o diagnóstico do TEA, um dos principais instrumentos utilizados é o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª edição (DSM 5 – 2014). Esse manual propicia uma avaliação clínica considerando as seguintes características essenciais do TEA: deficiência persistente na comunicação e interação social recíproca (critério A) e comportamentos, interesses ou atividades com padrões restritos e repetitivos (critério B). Além disso, essas características devem estar presentes desde o início da infância e limitar o funcionamento diário da criança (critérios C e D) (VILHENA *et al.*, 2015).

Entretanto, sob o ponto de vista clínico, não é fácil apontar sinais patognomônicos do autismo, apresentando-se por meio do atraso, dissociação e desvio nas diferentes áreas do neurodesenvolvimento. O atraso é perceptível em relação à linguagem e interação social, que apresentam um nível inferior ao esperado para a idade cronológica e mental da criança. A dissociação mostra um perfil de desenvolvimento não homogêneo, sendo a linguagem e a comunicação desenvolvidas em um ritmo inferior ao da realização, como encaixes e construção com cubos. O desvio é a ordem não sequencial das aquisições do desenvolvimento e é perceptível em praticamente todas as crianças com autismo. Caracteriza-se pela boa memória visual, auditiva e interesses específicos, o que permite que identifiquem letras ou números antes de falar e expressarem ladainhas ecolálicas (OLIVEIRA, 2009).

É necessário o esforço conjunto da família e da equipe multiprofissional, principalmente o médico, para que o diagnóstico se dê de forma precoce, fato que muito beneficiará o prognóstico e o desenvolvimento futuro da criança com TEA. Suas chances de interação com o mundo exterior aumentam muito em virtude do diagnóstico precoce.

Considerações finais

Este capítulo realizou um breve estudo sobre TEA, apresentando esse transtorno como uma questão observável a partir do comportamento da criança, não sendo possível avaliar em momento anterior àquele em que a própria criança manifesta suas reações acerca do mundo a sua volta. Quanto aos padrões comportamentais, desde cedo, as crianças geralmente apresentam resistência a mudanças, fixação por certos objetos e encanto pelo movimento de peças – embora pareçam brincar, essas crianças se preocupam mais em

ordenar e alinhar essas peças. Além disso, apresentam movimentos motores estereotipados, repetitivos, como se balançar, bater palmas e caminhar em círculos.

Passou-se da caracterização ao diagnóstico, sendo observada a importância dos testes de rastreio nos casos suspeitos e em todas as crianças na consulta dos 18 meses. Destacou-se o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - 5ª edição, um dos principais instrumentos utilizados para o diagnóstico, reconhecendo-se a importância do diagnóstico precoce para o desenvolvimento global da pessoa com TEA.

Por esses motivos, é fundamental que os pais e/ou responsáveis pela criança estejam atentos aos sinais para que haja intervenção e tratamento ainda na primeira infância, mas, para que isso ocorra, os médicos devem ouvir os pais e suas aflições sobre o crescimento e a conduta dos filhos, assim como observá-los e investigar os fatores de risco, e, caso seja necessário, essa criança deve ser encaminhada para a avaliação de um especialista que realizará um teste de rastreio. O diagnóstico precoce para o Transtorno do Espectro Autista é possível e indispensável, visto que, quanto antes o tratamento é iniciado, melhor é o prognóstico e, consequentemente, a qualidade de vida da pessoa com TEA.

Referências

ALCKMIN-CARVALHO, Felipe *et al*. Identificação de Sinais Precoces de Autismo Segundo um Protocolo de Observação Estruturada: um Estudo de Seguimento. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 4, p. 502-512, out.-dez., 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CANUT, Ana Carolina Andrade *et al*. Diagnóstico Precoce do Autismo: Relato de Caso. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 3, n. 1, p.31-37, jan.-abr., 2014.

GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 83-94, abr., 2004.

LEDERMAN, Vivian Renne Gerber. Rastreamento de sinais sugestivos de transtorno do espectro do autismo em prematuros de muito baixo peso ao nascer utilizando o M-CHAT e ABC/ICA. **Tese (Distúrbios do Desenvolvimento).** Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 112 f., 2016.

MAPELLI, Lina Domenica *et al*. Child with autistic spectrum disorder: care from the family. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180116, nov. 2018.

MERLLETI, Cristina. Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 146-151, jan. 2018.

OLIVEIRA, Guiomar. Autismo - Cuidados primários de saúde. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 25, n. 6, p. 688-695, nov. 2009.

SILVA, Beatriz Siqueira *et al*. Dificuldade no diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista e seu impacto no âmbito familiar. **III CIPEEX - Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão** - Ciência para a redução das desigualdades. V. 2, p. 1086-1098, dez. 2018.

SEIZE, Mariana de Miranda; BORSA, Juliane Callegaro. Instrumentos para o Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, Itatiba, v. 22, n. 1, p. 161-176, abr. 2017.

SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnosticando o transtorno autista: questões fundamentais e considerações práticas. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009.

VILHENA, Douglas de Araújo *et al*. Avaliação interdisciplinar do transtorno do espectro do autismo e comorbidades: Caso de um diagnóstico tardio. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.15, n. 1, p. 78-88, 2015.

2

Influência do contexto familiar na saúde psíquica da criança

Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Ieda Boechat Tinoco Crespo
Dulce Helena Pontes-Ribeiro

"Todo homem traz dentro de si o menino que foi".
(Antoine de Saint-Exupéry)

Considerações iniciais

A família exerce um importante papel na organização e desenvolvimento das crianças desde a sua concepção, ensinando-lhes os primeiros passos e, assim, contribuindo para a formação da sua personalidade. O âmbito familiar é o lugar de pertencimento que a criança tem como contexto de estabelecimento das primeiras relações sociais, das interações de afeto e carinho e, também, das primeiras descobertas, mesmo ainda bebê.

Estudos sobre família elucidam que ela não deve mais ser compreendida considerando apenas pai, mãe e filhos (família nuclear); trata-se de a estudarmos sob uma perspectiva mais ampla, de modo que todos os membros que participam dela e residem sobre o mesmo teto podem ser considerados seus componentes. Dentro dessa concepção, a família cumpre a função peculiar de educar, ensinar as crianças e vê-las desenvolver-se plenamente, com saúde física e mental. Entretanto, nem sempre é possível percebê-las saudáveis nesse contexto, pois muitas vezes o ambiente não lhes é favorável e, assim, elas constroem em seu repertório cognitivo histórias de vida repletas de conflitos que presenciam no dia a dia; carregam consigo traumas transgeracionais, problemas conjugais de seus pais, e vivem em permanente vulnerabilidade social, dentre outros motivos infindáveis.

Voltado à saúde psíquica da criança, o presente capítulo teve por objetivo compreender a influência da família nesse sentido e discorrer sobre fatores de risco ou proteção que ela pode proporcionar ao desenvolvimento de transtornos psíquicos na infância. São patentes os assíduos momentos de crise que as famílias atravessam na contemporaneidade, aumentando a demanda de crianças em consultórios de psiquiatria e psicologia em busca de ajuda para melhorar o diálogo intrafamiliar e entender as razões pelas quais o sofrimento psíquico cresce a cada década.

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Como metodologia, fora utilizada a revisão bibliográfica a partir de artigos indexados nas bases de dados Scielo, Pubmed, Redalyc e ainda de outros materiais importantes que dissertam sobre o presente tema.

Desenvolvimento infantil e família

Hodiernamente, pode-se verificar que as teorias que estudam a família explicam que, para que se possa melhor compreender a criança, é preciso também conhecer o contexto em que ela vive. Assim sendo, este estudo apresenta, de início, os diferentes enfoques que temos sobre família, considerando, num primeiro plano, os estudos de Ancona (2014, p. 31-38), que apresentam seis teorias para explicar as relações familiares (a da interação, do conflito, do intercâmbio, dos sistemas familiares, a ecológica e a do desenvolvimento familiar), que passam a ser discorridas a seguir. Vale lembrar

que não há fronteiras entre essas teorias, elas se complementam e se fundem em muitos momentos.

Segundo a **Teoria da interação**, de Luís Flaquer (1998), a família se mantém por ser capaz de efetivar relações de interação, com influência da reciprocidade tanto entre o casal, quanto entre pais e filhos. Sob ela também estão responsabilidades que cada um tem, a definição e obrigação de funções, que interferem na formação da identidade de seus membros. Simbolicamente, os papéis do pai, da mãe e do(s) filho(s) vão se formando e, em paralelo, desenvolve-se um conjunto de expectativas múltiplas a guiar a construção de condutas nessas relações.

Já a **Teoria do conflito** explica que na família – como grupo social e como uma instituição social – conflito, competição e luta são elementos básicos, pois seus membros buscam a satisfação de seus próprios interesses, os quais nem sempre são compartilhados por todos igualmente, uma vez que costuma haver divergência entre os objetivos de cada indivíduo. Mencionando Farrington e Chertok (1993), Ancora esclarece outros pontos divergentes a se conflitarem nesse ambiente (gênero, idade, distribuição desigual de poder, estados emocionais intrapsíquicos, comportamentos e outros) que requerem ordem nesse embate, quer seja por negociação, comprometimento e gestão, quer seja por força, coerção e obrigação.

Outra vertente, a **Teoria do intercâmbio** (ou teoria da troca), parte do princípio de haver sempre uma motivação básica do indivíduo para o próprio benefício, o que leva os membros familiares a proporcionarem recompensas uns aos outros, tanto entre o casal, quanto com os filhos.

A **Teoria dos sistemas familiares** concebe a família como um conjunto de elementos que interagem uns com os outros e com o seu entorno, a despeito de diferentes concepções entre seus componentes; está centrada mais nas interações com o meio externo. A família constitui uma totalidade integrada e complexa cujos membros exercem uma influência contínua e recíproca entre si, dentro de um sistema social aberto, dinâmico, objetivo, dirigido e autorregulado. Cada qual tem sua configuração estrutural particular (tamanho, complexidade, idade, sexo, fertilidade, saúde, temperamento, entre outros) e sua posição sociocultural histórica em seu ambiente mais amplo.

Na perspectiva da **Teoria ecológica**, a vida dentro da família é influenciada pelo contexto social; é a relação mútua dela com o seu entorno, de modo que

as condições deste influenciam a dinâmica familiar e as mudanças que ocorrem nesta refletem-se no ambiente cotidiano do entorno.

A **Teoria do desenvolvimento familiar** analisa a interação dos membros familiares com o seu ambiente externo e processos internos; sublinha as implicações das **ações das famílias no envolvimento de inumeráveis eventos ocorridos no tempo. As mudanças nos contextos social e histórico no decorrer dos anos afeta**m sobremaneira o cotidiano familiar.

É nessa teia conjuntural que a criança se desenvolve; portanto, para se compreender sua saúde psíquica não se pode negligenciar o seu ambiente de desenvolvimento, as influências familiares contínuas e recíprocas no seu cotidiano. Segundo Papalia e Feldman (2013, p. 40), na primeira infância – que ocorre desde o nascimento quando se observam mudanças importantes dia após dia –, todos os sistemas corporais funcionam em variados graus e, à medida que a criança se desenvolve, o cérebro aumenta em complexidade e sensibilidade à influência do ambiente; o desenvolvimento físico e o cognitivo ocorrem de forma rápida. Por volta do segundo ano de vida, desenvolvem-se o uso de símbolos da linguagem e a capacidade de resolver problemas. É o momento crucial da formação de vínculos afetivos com progenitores e demais pessoas e do desenvolvimento da autoconsciência, do início da autonomia, do interesse por outras crianças.

Acerca do desenvolvimento cognitivo, é mister destacar que as capacidades de aprender e de lembrar estão presentes mesmo quando o bebê está em suas primeiras semanas de vida e se intensificam em torno do segundo ano de vida, quando também surgem outras habilidades, como a resolução de problemas. Já a linguagem é aprendida mais rapidamente. Papalia e Feldman (2013, p. 192), remetendo-se à constituição dos sistemas de memória e seu desenvolvimento para estruturas de memória no cérebro após a primeira infância, asseveram sobre "[...] a importância da estimulação ambiental a partir dos primeiros meses de vida. Teóricos e pesquisadores sócio-contextuais dão especial atenção ao impacto das influências ambientais".

A segunda infância vai até os seis anos. Nessa fase, o crescimento ocorre constantemente, a aparência muda e o apetite também; **são comuns distúrbios do sono**; há maior desenvolvimento motor. Também o desenvolvimento cognitivo sugere que **há a presença de um pensamento egocêntrico, com ideias ilógicas sobre o mundo,** e aos poucos a memória, a linguagem e a inteligência vão se aprimorando (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 40). Há ainda mudanças

psicossociais. O autoconceito e as emoções se tornam complexos; a autoestima se mostra de forma global e desenvolve-se a identidade de gênero, sendo a família o foco da criança, com fortes influências sobre esta.

A pesquisadora Melanie Klein (1936-1996) elucida que fantasias inconscientes e sentimentos experienciados pela criança, ainda que bebê e em sua primeira infância, serão relevantes para que ocorra um desenvolvimento da estrutura psíquica de forma adequada. Klein destaca ser de suma importância o contato do bebê com a mãe, que se dá através da amamentação, quando a criança introjeta os aspectos positivos e negativos do mundo externo, quando ocorrem boas sensações de gratificação no momento em que o bebê recebe alimento e afeto. Infere-se, pois, ser de grande valia o contato carinhoso da mãe para com o bebê (KLEIN, 1996, p. 332).

Palangana (2015) explica que, para Vygotsky, o desenvolvimento psicológico e mental da criança se dá por meio da convivência social, da socialização, e depende também da aprendizagem provida por processos de internalização de conceitos, que são promovidos pela aprendizagem social, principalmente a que ocorre no meio escolar. N**ão é**, portanto, suficiente ter todo o aparato biológico. Assim, pode-se depreender que o desenvolvimento ocorrerá com o tempo, pois a criança, por si só, não tem instrumentos para percorrer sozinha o caminho do desenvolvimento, que dependerá de suas aprendizagens de acordo com as experiências que vivencia.

Contrapondo o pensamento vygotskyano, há o pressuposto construtivista sobre desenvolvimento e aprendizagem de Jean Piaget – que também contribuiu significativamente com estudos acerca do desenvolvimento infantil. Sob o viés piagetiano, isto é, do pressuposto construtivista sobre desenvolvimento e aprendizagem, pode-se verificar a existência do inter-relacionamento entre esses conceitos, sendo a aprendizagem a propulsora do desenvolvimento (PALANGANA, 2015).

Segundo Palangana (2015), Piaget delineia uma perspectiva maturacionista, considerando de grande relevância o desenvolvimento das funções biológicas, que é o desenvolvimento estrutural para a ocorrência da aprendizagem. Por sua vez, na perspectiva sociointeracionista, a vygotskyana, a relação entre o desenvolvimento e a aprendizagem do ser humano decorrem do meio social, ou seja, o meio social **é fator preponderante** para desenvolvimento/aprendizagem na infância.

Família: fator de risco ou proteção?

Risco e proteção são importantes variáveis a serem avaliadas em estudos sobre o comportamento familiar. Verifica-se que o risco é um padrão de condições que poderá ocasionar danos caso alguém se exponha a situações arriscadas; a proteção, pelo contrário, é o tratamento dado à criança no convívio familiar destituído de quaisquer danos. Neste capítulo, importa-nos a questão do risco e proteção à saúde mental da criança, sublinhando a responsividade materna na primeira infância como fator essencial no desenvolvimento de vínculos entre as primeiras habilidades de atenção e as habilidades cognitivas dos filhos, que surgem posteriormente em outras fases ainda na infância.

Ramires e Falcke (2018, p. 138), em um estudo com famílias, em que avaliavam risco e proteção dos vínculos familiares, destacam que o desenvolvimento de crianças e adolescentes é afetado por contexto abrangente, incluindo família, escola, igrejas e tudo o que os circunda. Por esse estudo, as autoras revelaram que "A exposição aos eventos adversos, o estresse ligado aos papéis parentais e os sintomas indicativos de sofrimento psíquico se constituíram, nesta amostra, como uma ameaça à preservação dos vínculos familiares". Em contrapartida,

> [...] a maior parte das famílias estudadas, em que pese suas condições de pobreza e de vulnerabilidade, foi capaz de manter os vínculos afetivos com suas crianças. Das 193 famílias participantes, apenas 12,43% vivenciaram a separação de seus filho(a)s, por razões relacionadas à negligência, maus-tratos ou abandono (RAMIRES; FALCKE, 2018, p. 136).

Logo, infere-se, juntamente com Ramires e Falcke (2018), que condições socioeconômicas, escolaridade, trabalho, renda, moradias precárias e pobreza não conferem, em si, o fenômeno do risco para rompimento de vínculos e problemas na saúde mental da criança. O que de fato configura maior risco é o estresse parental aliado a eventos adversos, bem como a problemas de saúde mental nas pessoas que cuidam da criança.

Na compreensão de Hildebrand *et al*. (2015, p. 215), os fatores de risco para uma saúde mental problemática na criança são: a) conflitos familiares entre os pais; b) problemas de saúde mental na família; c) violência de gênero; d) uso de substâncias psicoativas; e) envolvimento familiar com a criminalidade

e drogas; f) uso de bebida alcoólica entre os responsáveis; g) doença crônica na família; h) ameaça de morte; i) gravidez na adolescência; j) situação de rua; l) prostituição dos responsáveis; m) medidas socioeducativas. Esses autores analisaram também fatores de proteção e deduziram que a frequência nas atividades socioculturais e esportivas não foram suficientes para evitar o desenvolvimento de problemas na saúde mental das crianças. A principal fonte de lazer que observaram é a televisão, como veículo de implementar ações culturais para minimizar o risco potencial a que a criança possa estar vulnerável.

A prevalência de problemas na saúde mental de crianças é considerável, especialmente em faixas etárias de quatro a sete anos, com cerca de 55%, e nas faixas de oito a onze anos, com 74%. Os problemas mais prevalentes na medida em que a criança se desenvolve são relacionados a condutas perniciosas; em segunda instância, estão os problemas emocionais, tais como: depressão e ansiedade, seguidos de conflitos no relacionamento; e, em última análise e não menos importante, os problemas de aprendizagem, afetando concentração, atenção e gerando hiperatividade (HILDEBRAND *et al.*, 2015, p. 216). Ademais, nessas circunstâncias, as crianças podem apresentar mais de um sintoma a indicar a presença de comorbidades, sendo de grande relevância identificar tais problemas e assim intervir, pois, se não tratados, podem ocasionar agravos, tonando-se transtornos mais complexos *a posteriori* (HILDEBRAND *et al.*, 2015, p. 218).

Cabe ressaltar que grande parte dos estudos analisados e amostras em pesquisas quantitativas denotam que as famílias com apresentação de maior risco para problemas na esfera psíquica da criança são famílias monoparentais, cujo entendimento encontra a genitora como principal responsável, caracterizando-se como a fonte de agressão. Os dados daí depreendidos revelam que há violência transgeracional, ou seja, um ciclo que se repete: a mãe que foi vítima de violência doméstica reproduz o mesmo comportamento de seus pais agora com seus filhos (HILDEBRAND, 2015, p. 219).

Com efeito, cada estágio da infância, como lecionam Papalia e Feldman (2013, p. 62), "requer o equilíbrio entre uma tendência positiva e uma tendência negativa correspondente. A qualidade positiva deve ser dominante, mas também é necessário um pouco da qualidade negativa para um desenvolvimento ideal". Para as autoras, o imprescindível na primeira infância é a confiança básica frente à desconfiança, isto é, confiar, mas também desconfiar, até mesmo para se proteger de perigos.

Adoecimento psíquico na infância

O adoecimento psíquico na infância tem sido recorrente, manifestando-se por problemas que se refletem no comportamento no âmbito doméstico, dificuldades na aprendizagem, depressão e até mesmo tentativas de suicídio – razão pela qual ser imperativo e urgente um olhar criterioso sobre os fenômenos eliciadores de tais prejuízos. Papalia e Feldman (2013, p. 59), remetendo-se ao psicanalista Freud, advertem sobre a educação da criança que,

> [...] na primeira infância, teve um treinamento higiênico muito rígido, pode fixar-se na fase anal, quando a principal fonte de prazer era o movimento dos intestinos. Essa pessoa poderá ter obsessão por limpeza, ser rigidamente ligada a horários e rotinas ou mesmo tornar-se provocadoramente desleixada.

Nesse sentido, as leituras realizadas para a composição deste capítulo nos alertam sobre adoecimento psíquico. O maior dele entre crianças decorre de exposição a drogas e álcool, alienação parental, vulnerabilidade social, pobreza e condições socioeconômicas inadequadas, abuso sexual intrafamiliar e violência doméstica. Destarte, Hildebrand *et al.* (2015, p. 214) caracterizam a violência doméstica discriminando-a em alguns subtipos. O quadro abaixo reproduz sinteticamente a explanação dos autores:

Quadro 1 - Subtipos de violência

Física	Caracterizada por dano físico ou lesão causada ao sujeito pelo uso da força, auxílio de armas ou instrumentos.
Sexual	Ação na qual uma pessoa, a partir de uma relação de poder, obriga outra a realizar práticas sexuais, utilizando força física, psicológica ou uso de armas ou drogas, bem como sem o consentimento da pessoa.
Psicológica	Ação/omissão/negligência que cause algum prejuízo ou dano à autoestima, identidade ou ao desenvolvimento biopsicossocial do sujeito.
Negligência/ Abandono	Omissão de responsabilidade dos membros da família em relação à criança, que necessita de cuidados, atenção e orientação.

Fonte: Elaboração própria.

Silva, Costa e Nascimento (2019, p. 14) analisaram contextos e significados nos quais crianças e adolescentes, a despeito de imersos na pobreza com sua família, encontraram significativas particularidades. Na análise de relatos verbais percebeu-se certa indiferença em relação **à** categoria social e constituição familiar; em vez disso, o que lhes é valoroso é a forma como são tratados: com demonstração de afeto. Ainda que a pobreza, muitas vezes, seja fator estressor e propiciador de conflitos, se permeada de afetividade na família, torna-se relevante a resiliência familiar. A propósito, Klein chama atenção a respeito do papel da progenitora, assim se expressando: "A presença da mãe real e carinhosa reduz o medo da mãe aterrorizante, cuja imagem introjetada está na mente da criança" (KLEIN, 1996, p. 247).

No que tange ao uso de drogas entre crianças e sua influência no contexto familiar, Henriques, Rocha e Reinaldo (2016, p. 3) elucidam que, quando uma família se depara com o uso de crack e outras drogas em seu núcleo, instaura-se uma problemática de difícil prognóstico que gera um impacto negativo. Os autores consideram que o uso de drogas ocorre por influência do contexto sociocultural em que permanecem os indivíduos, sendo a família de extrema importância para o acompanhamento e manutenção dos conflitos familiares.

Os autores supracitados destacam que o ambiente familiar pode ser considerado um fator de risco ou proteção para uso de drogas entre crianças e adolescentes, exercendo ou não influência na redução, não uso de drogas ou aumento do número de usuários. Nesse sentido, dispor de informações e oferecer estrutura familiar protetora a crianças e jovens são fatores para o afastamento deles das drogas. O diálogo e a informação sobre as consequências do uso de drogas, bem como os laços afetivos entre pais e filhos aliados a um ambiente em que há cumplicidade e respeito são fatores de grande valia para a recusa da droga (HENRIQUES; ROCHA; REINALDO, 2016, p. 7). Destarte, cabe ainda ressaltar que pais usuários de drogas influenciam seus filhos ao mesmo comportamento; trata-se da transmissão transgeracional, um padrão de comportamento que serve de modelo facilitando o uso e abuso de drogas.

Dentre as causas de adoecimento psíquico na infância, destaca-se a alienação parental, que consiste em uma síndrome caracterizada por problemas no comportamento, emoções e desordem psicológica, causada após o afastamento de um dos genitores, geralmente após o divórcio. Segundo Stocker *et al.* (2014, p. 147) – recorrendo-se a Souza (2010) –, essa problemática ocorre nos

casos em que um dos genitores persuade a criança para que esta odeie o outro genitor. O divórcio, quando mal direcionado, pode influenciar a ocorrência de Síndrome da Alienação Parental. Nesse ambiente, os filhos (parcela mais vulnerável da relação) fazem parte do conflito do casal; são objetos de tentativas para se atingir o ex-marido ou ex-esposa, que, irado(a), manifesta seus sentimentos de vingança pelo sofrimento sentido, sem pensar nas consequências danosas para as crianças (STOCKER *et al.*, 2014, p. 146).

Enfim, toda e qualquer ação positiva ou negativa reflete na educação da criança, positiva ou negativamente.

Considerações finais

O presente capítulo propiciou compreender como a família pode influenciar positiva (proteção) ou negativamente (fator de risco) no desenvolvimento psíquico da criança, nas suas ações e comportamentos. A literatura pesquisada demonstrou que a violência doméstica na infância e na adolescência atua como indício para o desenvolvimento de psicopatologias.

Percebeu-se a necessidade de políticas sociais de intervenções que privilegiem a família que se encontra em risco social e em vulnerabilidade, para que as crianças sejam protegidas contra as muitas violências domésticas: abuso sexual, violência psicológica, dentre outras. Urge, também, que medidas legais sejam aplicadas no sentido de garantir os direitos da criança, constituídos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Por derradeiro, e de extrema relevância, **é imperioso** que as famílias aprendam a importância do diálogo e principalmente do afeto para conquistarem uma psiquê saudável de todos os membros familiares, partindo das crianças. Afinal, voltando à epígrafe deste capítulo, "Todo homem traz dentro de si o menino que foi" (Antoine de Saint-Exupéry).

Referências

ANCONA, María Cristina Heredia Y. Influencia del contexto social y familiar en el desarrollo del niño y sus alteracione (Capítulo 2, p. 27-48). *In:* GÓMEZ-MAQUEO, Emilia Lucio; _____. **Psicopatología**: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles. México: UNAM: El Manual Moderno, 2014.

FLAQUER, L. **El destino de la familia**. Barcelona: Ariel, 1998.

HENRIQUES, Bruno David; ROCHA, Regina Lunardi; REINALDO, Amanda M**árcia dos Santos**. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-10, 2016. Disponível em: https://bit.ly/2MGA4t4. Acesso em: 31 jul. 2019.

HILDEBRAND, Natália Amaral; CELERI, Eloisa Helena Rubello Valler; MORCILLO, André Moreno; ZANOLLI, Maria de Lurdes. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia**: reflexão e crítica, v. 28, n. 2, p. 213-221, jan./jul. 2015. Disponível em: https://bit.ly/31f5Gu5. Acesso em: 24 jul. 2019.

KLEIN, M. O Desmame. p. 330-343. *In:* KLEIN, M. **Amor, Culpa e Reparação.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.

PALANGANA, Isilda Campaner. **Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky**: a relevância do social. 6. ed. São Paulo: Summus, 2015.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Trad. Cristina Monteiro e Mauro de Campos Silva. Porto Alegre - RS: Artmed. 2013.

RAMIRES, Vera Regina Rohnelt; FALCKE, Denise. Fatores de Risco e proteção para vínculos familiares no Sul do Brasil. **Revista Psicologia**: teoria e prática, ano 20, n. 1, p. 126-140. São Paulo, SP, jan.-abr. 2018. Disponível em: https://bit.ly/2ZrdZCF. Acesso em: 24 jul. 2019.

SILVA, Aline Juliana Nunes da; COSTA, Rafaela Rocha da; NASCIMENTO, Arles Monaliza Rodrigues. **As implicações dos contextos de vulnerabilidade social no desenvolvimento infanto juvenil:** da família à assistência social. Pesquisa e práticas psicossociais, São João Del-Rei, v. 14, n. 2, p. 1-17, jun. 2019. Disponível em: https://bit.ly/2YISXSC. Acesso em: 31 jul. 2019.

STOCKER, Cristiane; WEBER, Elizandra Regina; GRANDO, Patrícia; BASSETO, Adriana Dias. A implicação do divórcio emocional no processo da alienação parental. **Akrópolis Umuarama**, v. 22, n. 2, p. 139-152, jul./dez. 2014.

3

Transtorno Obsessivo-Compulsivo na infância: fatores influenciadores e possíveis consequências

Elidia Possidente Garcia Chaves
Lyssa Portal da Silva
Denise Tinoco Novaes Bedim

"Em todo adulto espreita uma criança – uma criança eterna, algo que está sempre vindo a ser, que nunca está completo, e que solicita atenção e educação incessantes. Essa é a parte da personalidade humana que quer desenvolver-se e tornar-se completa".

(Carl Gustav Jung)

Considerações iniciais

Tendo em vista o aumento significativo de diagnósticos de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) na infância, o presente capítulo tem como principal objetivo evidenciar os fatores influenciadores, bem como as principais consequências

que este pode causar no desenvolvimento da criança, sejam eles afetivos, escolares e até mesmo motores.

O TOC é uma espécie de combinação de obsessões e pensamentos neuróticos que levam o indivíduo à repetição de atos e rituais que passam a ser constantes e impossíveis de serem evitados, podendo interferir na vida social, nos relacionamentos afetivos, na dinâmica familiar e no desenvolvimento escolar (no caso de crianças e adolescentes).

Com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V (2014), obsessões são pensamentos ou impulsos indesejáveis que podem ocasionar ansiedade, medo ou desconforto; interferindo no cotidiano. Compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos que o paciente sente a obrigação de executar para diminuir ou eliminar a ansiedade ou o desconforto associado às obsessões.

Qualquer atividade realizada exageradamente e com grande frequência, como, por exemplo, lavar as mãos e tomar banho, pode ser considerado um sintoma de TOC. Caso haja suspeita na infância, a análise deve ser cuidadosa e o diagnóstico deve ser precoce para que o tratamento seja efetivo, diminuindo os danos que possam acarretar na vida da criança.

O impacto causado por tal transtorno no paciente pediátrico é ainda maior que no adulto. A rotina de acordar, tomar banho, escovar os dentes, acaba se tornando cansativa e por vezes a criança consegue perceber, porém não é capaz de mudar suas atitudes. Com o desenvolvimento fisiológico, a criança percebe cada vez mais a dificuldade de se socializar no ambiente escolar e familiar, entretanto, em muitos casos não há a percepção de tal obstáculo por partes dos responsáveis, o que dificulta o diagnóstico, atrasa o tratamento e consequentemente influencia negativamente a saúde emocional tanto do paciente quanto de seus familiares.

Fatores influenciadores

Assim como os adultos, as crianças podem desenvolver o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ambos possuindo um quadro clínico semelhante. Geralmente, crianças tendem a ocultar os sintomas, se sentem presas em seus pensamentos, ficam obcecadas em atos repetitivos; e quando não conseguem realizar determinadas atividades, desenvolvem pensamentos depressivos e/ou de impotência, gerando angústia e ansiedade.

Marcelli (2011), numa abordagem psicopatológica, esclarece que S. Freud e, posteriormente, A. Freud destacaram como uma das fontes do comportamento obsessivo a maturidade precoce do ego em relação às necessidades que o próprio ego repudia. Ou seja, há a utilização conjunta dos mecanismos de controle, isolamento e anulação. Tal situação pode ser percebida no período de latência, em que o ego experimenta um exacerbado impulso maturativo acompanhado de exigências externas de socialização, ao passo que as cobranças pulsionais internas são de menor intensidade. Por esse motivo, pequenos traços obsessivos são comumente observados nessa idade, o que não comprometerá o processo de crescimento normal da criança se tais traços não forem enxertados de forma excessiva.

Geralmente, o surgimento dos primeiros sinais e sintomas se dá dos 6 aos 8 anos, pois é quando a criança se reconhece como um indivíduo. Os sintomas são percebidos a partir do momento que são realizados pensamentos repetitivos, desenvolvendo medo excessivo, contagem exacerbada, atividades como lavar as mãos ou arrumar os cabelos com alta frequência, e até mesmo agressividade ao cometer um erro, já que algumas crianças com Transtorno Obsessivo-Compulsivo não se permitem errar e quando o fazem desencadeiam ataques de fúria.

Além disso, Bozzini (2019) reflete que a presença do TOC pediátrico eleva a chance de outros transtornos psiquiátricos na fase adulta, uma vez que há uma forte correlação entre tal transtorno e a história familiar da criança. Assim, a probabilidade de haver o início dos sintomas precocemente, acompanhado de gravidade elevada e complexidade terapêutica, se dá em crianças com o histórico familiar positivo. Dessa forma, é comum a associação do TOC com transtornos de ansiedade, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e transtornos de tique, como a Síndrome de Tourette.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil associado a tiques ou à Síndrome de Tourette tem início precoce e é mais usual em meninos. Nesses casos, há a predominância de obsessões de cunho agressivo e sexual, compulsões por exatidão e simetria, compulsões semelhantes a tiques precedidos de fenômenos sensoriais. Tais semelhanças geram dificuldade na distinção entre tiques motores complexos, Síndrome de Tourette e os sintomas do TOC. Isso sugere que esses transtornos estejam relacionados biologicamente e que compartilham as mesmas áreas e fisiologias cerebrais.

Gorenstein (2015) elucida que a ciência tem esclarecido vários fatores com relação ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo, embora ainda não consiga identificar verdadeiramente suas causas, tendo como fatores de influência a ansiedade parental; o histórico psiquiátrico familiar (1° grau); o ambiente familiar; a predisposição genética; a alteração da neuroquímica cerebral e os traumas sofridos durante algum momento da vida, como, por exemplo, um erro que causou repudiação, o preconceito e/ou dificuldades no âmbito escolar. Diante disso, fica notório que fatores genéticos, neuroanatômicos e neuropsicológicos estão inclusos na fisiopatologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil.

Embora não haja concordância entre os pesquisadores, estudos indicam alterações de volumes cerebrais em pacientes com TOC pediátrico. Ficou comprovado que tais crianças, que não haviam sido tratadas, apresentavam mais massa cinzenta no córtex órbito-frontal e no putamen, e menos no córtex occipital. Outro estudo revelou uma diminuição no volume de massa cinzenta e massa branca bilateralmente nos lobos parietais, que foi revertido após 06 meses de tratamento, gerando melhora clínica.

Além da ativação das regiões corticais e subcorticais do circuito órbito-frontal e cíngulo anterior, evidências sugerem que no Transtorno Obsessivo-Compulsivo podem ser ativadas regiões que incluem as pré-frontais dorsolaterais e posteriores, o pré-cúneo, o giro temporal superior esquerdo, o córtex parietal e o cerebelo. Vale ressaltar que presumivelmente existe distinção entre o padrão de ativação de crianças e adultos, devido a possíveis modificações ocorridas ao longo do tempo.

Possíveis consequências

A qualidade de vida, a autoestima, o desempenho escolar e os relacionamentos intrapessoais e interpessoais dos portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo é prejudicada, uma vez que tal transtorno tem um curso crônico (doença de progressão lenta, longa duração e pode comprometer a qualidade de vida). Para se ter o diagnóstico do TOC pediátrico, é necessário avaliar a presença de compulsões e/ou obsessões; o nível de sofrimento causado pelos sintomas; o tempo consumido com os rituais e a significativa interferência nas rotinas diárias, no desempenho escolar e nas relações sociais e familiares.

Em decorrência da ansiedade e da vigilância excessiva, pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo podem ter elevação do foco em estímulos que representam ameaça ou perigo, tendo dificuldades em desviar a atenção de objetos provocadores de medo ou ojeriza, uma vez que é comum a existência de pavor de contaminação ou nojo.

Outro fator importante a ser abordado está relacionado com os transtornos psiquiátricos comórbidos, que estão propensos a acometerem crianças com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Entre crianças, as comorbidades frequentes estão relacionadas com transtornos de tiques, de humor, de déficit de atenção e hiperatividade, do desenvolvimento, opositivo desafiador, do sono, alimentares, fobias etc. A investigação feita junto aos pais é necessária para descobrir se a criança já apresentou outras doenças psiquiátricas e se fez ou faz algum tipo de tratamento. A identificação de comorbidades, bem como o tratamento, pode influenciar de forma positiva na terapêutica do TOC.

A família é um outro ponto muito importante no que se refere ao tema abordado neste capítulo. Isso porque, para a criança, a família é uma forte influenciadora e acaba se envolvendo nos rituais compulsivos, o que muitas vezes até modifica o cotidiano familiar em decorrência dos sintomas. Mesmo inconscientemente, os membros da família facilitam os rituais compulsivos, atendendo às exigências da criança e providenciando objetos necessários para a execução de atos. Na maioria das vezes, tais facilitações são motivadas pela preocupação por parte dos familiares em reduzir a angústia e o sofrimento do paciente. Assim, fica clarividente que os esforços em busca do alívio momentâneo da criança contribuem para a perpetuação dos sintomas, já que propagam os rituais compulsivos, não havendo enfrentamento do problema.

Ademais, a relação de superproteção e dependência estabelecida por muitos pais de crianças com Transtorno Obsessivo-Compulsivo piora o quadro infantil, já que evitam a exposição às circunstancias de ameaça, tendendo a exibir um padrão cognitivo e comportamental de medo e preocupação, tendo como consequência o aumento da sensação de insegurança por parte da criança, que não resolve seus problemas sozinha, aumentando o comportamento obsessivo e passando a evitar situações de descontrole temidas pelos pais. A relação de superproteção entre pais e filhos pode ser prejudicial ao desenvolvimento infantil, facilitando o desenvolvimento do TOC pediátrico. Em contrapartida, o surgimento do transtorno infantil pode ter efeito desencadeador de sintomas psiquiátricos nos pais do acometido.

Tratamento

Atualmente, estudos como o de Cordioli (2014) indicam a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como sendo eficaz no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil, tanto em monoterapia quanto combinada com farmacoterapia. Ressalta-se que, em casos de TOC leves a moderados, a escolha tem sido a Terapia Cognitivo-Comportamental, entretanto, em casos de TOC moderados a graves, a opção de tratamento tem sido o medicamentoso.

Vale acrescentar que a melhora do Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil com o tratamento farmacológico costuma ser parcial, podendo haver a permanência de sintomas considerados relevantes. Em caso de presença de comorbidades, se a gravidade dos sintomas for maior e/ou houver estresse parental, a resposta à medicação tende a diminuir consideravelmente.

Crianças com menor *insight* (capacidade de reconhecer obsessões e/ou compulsões como incoerentes e excessivas, apesar de não resistirem aos impulsos frequentes em executar rituais) estão menos dispostas a procurar auxílio, não aceitando com facilidade o tratamento. De modo geral, quanto menor a idade, menos a criança apresenta *insight* ou até mesmo nem o apresenta, o que dificulta o progresso do tratamento, devendo os pais ou os responsáveis assumirem o papel de convencimento perante o paciente.

Na obra Compêndio de Psiquiatria Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica, Sadock (2017) define a psicoeducação como uma ferramenta fundamental no tratamento infantil. A participação dos pais é fundamental para que haja o oferecimento de informações básicas sobre o TOC pediátrico, bem como a orientação de como melhorar o *insight* da criança e motivá-la a aceitar o tratamento. Nessas sessões de psicoeducação, os pais têm a oportunidade de compreender as obsessões, as compulsões, os rituais, as opções de tratamento e as possibilidades de remissão dos sintomas. Podem ainda reduzir seus sentimentos de culpa, esclarecer ao terapeuta sobre os padrões familiares e serem orientados quanto às atitudes a serem tomadas com relação ao TOC.

A gravidade dos sintomas como o da compulsão, do comportamento de oposição e de atos repetitivos está associada ao nível de ansiedade dos pais. Assim, a participação familiar no tratamento do TOC infantil pode contribuir de forma significativa, reduzindo os sentimentos de culpa, os níveis de hostilidade, o envolvimento emocional elevado e o criticismo, já que os membros

são orientados sob a forma adequada de lidar com os sintomas do paciente, diminuindo a acomodação familiar aos sintomas.

Como na maioria das doenças psíquicas, no Transtorno Obsessivo-Compulsivo existe a possibilidade de recaídas. A prevenção se dá quando a criança estiver eliminado grande parte dos sintomas, ou seja, o tratamento está na etapa final. Nessa fase, são utilizadas estratégias de prevenção de recaídas, quais sejam, identificar de forma precoce os sinais de recaída, a vigilância sobre possíveis lapsos e a instrução de como lidar com eventuais gatilhos. A eliminação completa dos sintomas residuais é de extrema importância para que não haja recaídas.

Considerações finais

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) na infância é caracterizado por pensamentos indesejáveis rotineiros conjuntamente com ansiedade e/ou medo, além de ações comportamentais constantes com o intuito de diminuir o temor e as tensões causadas pela obsessão. O aspecto clínico de tal transtorno é semelhante ao dos adultos, todavia, crianças normalmente não consideram seus pensamentos como sendo obsessivos e nem seus comportamentos repetitivos como imprudentes.

O sucesso no tratamento do TOC pediátrico está diretamente relacionado aos fatores como a ansiedade parental; o histórico psiquiátrico familiar (1° grau); o ambiente familiar (acomodação, disfunção etc); a predisposição genética e a alteração da neuroquímica cerebral. Assim, quando são adotadas técnicas que concedem uma estrutura interventiva, há elevação no controle das variáveis ambientais que influenciam nas respostas obsessivas e compulsivas, podendo, até mesmo, resultar em boa saúde emocional no que diz respeito às relações intrapessoais e interpessoais.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais:** DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOZZINI, A. B. *et al.* Should pediatricians investigate the symptoms of obsessive-compulsive disorder in children with feeding difficulties? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 1, jan.-mar. 2019, pp. 104-109.

CORDIOLI, A. V. *et al.* TOC **Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GORENSTEIN, G. **Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo sobre a ansiedade parental, a acomodação familiar e o ambiente familiar**. Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria, 2015.

MARCELLI, D. *et al*. **Infância e psicopatologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SADOCK, B. J. *et al*. **Compêndio de Psiquiatria Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017, pp. 1263-1265.

4

Depressão infantil: uma realidade em tempos modernos

Jade Santos Silva
Naiara Andrade Biscácio
Laura Lutterbach Dalbuone Pinheiro

"Nossas crianças não vivem horrores das guerras, não veem casas destruídas nem corpos mutilados, mas têm suas ingenuidades esfaceladas, sua capacidade de brincar ferida, sua imaginação sequestrada pela ansiedade por necessidades não necessárias. Não é isso uma forma de horror?".

(Augusto Cury)

Considerações iniciais

O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680 com a finalidade de designar um estado de desânimo, ou perda de interesse, porém, foi apenas incorporado ao dicionário em 1750, por Samuel Johnson (QUEVEDO; SILVA, 2013).

Os transtornos depressivos são um grupo de patologias com grande número de casos e com crescente prevalência. A depressão possui muitas denominações que relacionam-se aos fatores ambientais e orgânicos. De acordo com a visão orgânica, uma determinada alteração no equilíbrio químico do cérebro pode desencadear a depressão. Segundo Pimenta (2018), os neurotransmissores serotonina, noradrenalina e dopamina desempenham um papel crítico na comunicação neural, influenciando desde movimentos involuntários até o aprendizado e o humor. Esse sistema é complexo e altamente interconectado, podendo seu desequilíbrio gerar a depressão.

A depressão infantil apresenta-se atualmente como um transtorno de humor muito comum entre crianças. Vários autores têm alertado sobre o fenômeno depressivo em crianças e adolescentes, uma vez que apresenta significativo aumento, ocorrendo cada vez mais cedo (BAHLS, 2012).

Em geral, a maioria das pessoas apresenta o pensamento errôneo de que a infância é um período feliz, livre de preocupações ou de responsabilidades, no entanto as pesquisas têm demonstrado que crianças também sofrem de depressão, que se sentem tristes em função de perdas, apresentam também manifestações de raiva resultante de frustrações. Para se caracterizar como depressão, esses sentimentos dependem da intensidade, da persistência, além da presença de outros sintomas simultâneos (LEE; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).

O objetivo deste capítulo é dar ênfase à questão da depressão desenvolvida na infância, dando importância a uma série de fatores que permitem que esse transtorno, tão comum nos dias de hoje, possa se desencadear; mostra, portanto, a importância de um profissional de Psicologia no tratamento adequado desse quadro patológico.

Aspectos da depressão infantil e sintomatologia

De acordo com estudo epidemiológico, a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a OMS, a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A morbidade dessa patologia se reflete no fato de que os adultos deprimidos são 20 vezes mais propensos a morrer de acidentes ou de suicídio do que adultos

sem esse transtorno psiquiátrico. Já o número em relação à depressão infantil estima-se menor em relação à depressão em adultos (LIOLA, 2009).

Para Andrade (2014), a depressão infantil pode decorrer de vários fatores, como um evento estressante, dificuldades na interação com os outros, no aparecimento de alguma enfermidade, somatização de fatos desagradáveis ao longo da vida do indivíduo. Esses sintomas apresentam-se nos fatores ambientais do indivíduo.

Para Liola (2009), estima-se que a depressão infantil afeta uma em cada 20 crianças abaixo dos 10 anos de idade. O problema maior (e o grande risco) está no fato de muitas de suas manifestações serem absolutamente diferentes daquelas observadas em pessoas adultas. Ressalta, ainda, que a depressão infantil pode afetar o rendimento escolar, o desenvolvimento emocional normal e a estabilidade de toda a família, resultando em uma maior incidência de violência doméstica e abuso de drogas.

O bom relacionamento familiar é muito importante na vida de uma criança, pois é nesse ambiente que ela irá desenvolver-se como pessoa, aprendendo seus primeiros passos, gestos, falas, e que serão de grande importância para seus relacionamentos futuros. No entanto, se houver falhas na educação proporcionada pelos pais, isso poderá refletir num comportamento que irá afetar o convívio da criança dentro ou fora de casa.

Para Castro (2001), crianças podem sofrer um abalo na autoestima, reforçando a depressão, pois o transtorno depressivo tem efeito sobre a capacidade cognitiva da criança.

Em situações em que os pais estão passando por problemas conjugais (brigas, separação etc.), na maioria das vezes, eles não se atentam para o carinho e a atenção que seus filhos tanto precisam, não se dando conta de que a falta de atenção a eles pode estar sendo refletida nos comportamentos de agressividade, timidez, tristeza profunda, isolamento social e baixa autoestima (ANJOS; FONSECA, 2002).

A mudança de comportamento de uma criança também pode estar relacionada com as perdas que ela poderá sofrer, estando essa mudança ligada aos sintomas depressivos, já que as situações de perda podem ser traumáticas para a criança. A fase mais crítica para a criança sofrer esses tipos de traumas é a dos 6 meses a 4-5 anos, podendo apresentar sintomas de perda da possibilidade de

contato com o próximo e sentimentos de não mais ser amada (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1991).

Os sintomas depressivos variam de acordo com a faixa etária da criança e, como ela não é ainda capaz de descrever seus sentimentos verbalmente, é necessário observar as formas de comunicação pré-verbal, tais como a expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e postura corporal, entre outras (BAPTISTA; GOLFETO, 2000).

Manifestações clínicas da depressão infantil

A tristeza ou a raiva devido a perdas ou frustrações são, na maioria das vezes, sentimentos normais e passageiros e que não requerem tratamento. No entanto, dependendo da intensidade, da persistência e da presença de outros sintomas, essa tristeza e a irritabilidade podem ser indícios do desenvolvimento de um quadro depressivo infantil (LEE; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).

A manifestação clínica mais comum em crianças de até seis a sete anos, as pré-escolares, ocorre por meio de sintomas físicos, tais como dores de cabeça e abdominais, fadiga e tontura. Essas queixas físicas, conforme Bahls (2012):

> São seguidas por ansiedade (especialmente ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite com falha em alcançar o peso adequado e alterações do sono (BAHLS, 2012, p. 360).

Do ponto de vista de Bahls (2012), alguns autores ainda citam que, com menor frequência, ocorrem enurese, encoprese, fisionomia triste, choro frequente, comunicação deficiente, movimentos repetitivos, agressividade consigo e com outros. As habilidades sociais adquiridas com a idade não ocorrem naturalmente e o prazer de brincar e ir para a escola diminuem. Existem ainda outros sintomas, como sentimento prolongado de falta de amigos, incapacidade de alegrar-se e concentrar-se, fadiga, atividade ou apatia extrema, sentimento de inutilidade e pensamento de morte ou suicídio (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013).

Ressalta-se que as ideias de suicídio ou de morte são características de todas as faixas etárias. As crianças transmitem ideias de que devem ser punidas

ou que a morte é uma solução melhor. No entanto, o suicídio ocorre com maior frequência na adolescência (NETO; GAUER; FURTADO, 2003).

A importância do diagnóstico na depressão infantil

O diagnóstico é um ponto controverso nos estudos da depressão infantil, uma vez que seus sintomas poderiam aparecer mascarados por outros problemas, como queixas físicas, em razão das características da infância. Reis e Figueira (2001) destacam que o diagnóstico não é fácil de realizar, visto que as crianças não conseguem identificar com clareza os sintomas que aparecem de maneira multifacetada.

Em comparação com a psicopatologia do adulto, a depressão tem suas características clínicas bem definidas, sendo o diagnóstico relativamente mais fácil. Todavia, quando se trata de crianças e adolescentes, o diagnóstico de depressão é mais problemático, pois torna-se imprescindível sua diferenciação das fases normais do desenvolvimento (RODRIGUES, ANTOLINI, 2003).

De acordo com Piaget (1971), o indivíduo (a criança) aprende construindo e reconstruindo o seu pensamento, por meio da assimilação e acomodação das suas estruturas. A essa construção do pensamento Piaget chamou de estágios: estágio sensório-motor, estágio simbólico, estágio conceptual e estágio de operações formais.

No estágio sensório-motor, que vai do zero até os 2 anos de idade, inicia-se o desenvolvimento das coordenações motoras, a criança aprende a diferenciar os objetos em relação próprio corpo e os pensamentos das crianças estão vinculados ao concreto. Já no estágio simbólico, que ocorre dos 2 até por volta dos 7 anos, o pensamento da criança está centrado nela mesma, é um pensamento egocêntrico. E é nessa fase que se apresenta a linguagem, como socialização da criança, que se dá através da fala, dos desenhos e das dramatizações.

No estágio conceptual, que ocorre dos 7 até por volta dos 11 anos, a criança continua bastante egocêntrica, ainda tem dificuldade de se colocar no lugar do outro. E a predominância do pensamento está vinculado mais às acomodações do que às assimilações. O último estágio, o das operações formais, que ocorre por volta dos 11 anos até a vida adulta, é uma fase de transição, de criar ideias e hipóteses do pensamento. A linguagem tem um papel fundamental para se comunicar.

Em relação aos sinais da depressão infantil, pode-se verificar que são diversos e não devem ser analisados individualmente, mas sim de forma integrada, verificando sempre a durabilidade dos episódios (CALDERARO; CARVALHO, 2015). Os sinais e sintomas mais comuns relacionados à depressão infantil são irritabilidade, humor depressivo, perda do interesse na maioria das atividades ou incapacidade de sentir prazer nelas. Podemos destacar também a dificuldade de raciocínio ou de concentração, diminuição ou aumento da necessidade de sono e ideias de morte e suicídio (THAPAR *et al.*, 2015).

A depressão é de natureza multicausal, o que torna indispensável uma avaliação que aprecie a história familiar, que envolva os fatores genéticos e antecedentes pessoais e também a verificação de condições médicas e ambientais associadas (ASSUMPÇÃO JR., 2014). A realização de um diagnóstico preciso é de extrema importância, já que os dados obtidos facilitarão a melhor forma de intervenção, seguindo sempre as necessidades do paciente (SILVARES, 2008).

Comorbidades e tratamentos

Segundo a OMS (2001), é frequente a ocorrência simultânea de dois ou mais transtornos mentais no mesmo sujeito. Miller (2003) explica que as comorbidades, além de complicarem o tratamento, indicam resultados clínicos desfavoráveis, pelo fato de crianças que possuem problemas comórbidos terem um risco maior de recaída para um episódio de depressão grave, ademais, sofrem os episódios depressivos mais longos. O autor acrescenta ainda que crianças e adolescentes com distúrbios comórbidos possuem um risco maior de dependência química, risco de suicídio e de ter o desenvolvimento das habilidades sociais comprometidas, do que crianças que lidam apenas com a depressão. Os transtornos comórbidos mais comuns em crianças são os transtornos de ansiedade, o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de déficit de atenção (MILLER, 2003; BAHLS, 2012; HUTTEL *et al.*, 2012).

É imprescindível salientar que, embora o diagnóstico formal (baseado no manual – DSM) seja importante e necessário, ele, em muitos casos, é insuficiente para a elaboração da melhor intervenção e para compreensão do problema em sua totalidade. Além do diagnóstico formal, é importante, segundo Silvares (2008): “Realizar uma análise funcional do problema de cada cliente

de modo a estabelecer as relações entre a ocorrência do comportamento e as circunstâncias nas quais ele ocorre, para que seja possível modificá-lo" (SILVARES, 2008, p. 46).

As psicoterapias são indicadas em larga escala na população jovem e de crianças, tanto nos casos leves quanto nos moderados, e são associadas à psicofarmacologia nos casos graves. Dentre as abordagens mais utilizadas, estão a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia de orientação psicodinâmica e a psicoterapia interpessoal, muitas vezes associadas com psicofármacos (SCHWAN; RAMIRES, 2012).

Acredita-se que a terapia cognitivo-comportamental é a mais efetiva para melhorar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Hay *et al.* (2016) salientam que é imprescindível que o tratamento englobe tratar o episódio depressivo e ajudar a família a responder de maneira eficaz às necessidades emocionais do paciente.

Considerações finais

A depressão na infância vem chamando a atenção de muitos profissionais que atuam na clínica infantil. Essa patologia, no entanto, não é frequentemente reconhecida, uma vez que os sintomas diferem dos apresentados pelos adultos, dificultando o diagnóstico (SCIVOLETTO; TARELHO, 2012). Há um consenso entre os autores pesquisados de que a depressão na criança interfere em atividades fundamentais da vida e nas fases de desenvolvimento. Em razão disso, é muito importante o diagnóstico precoce, além, é claro, da efetivação de medidas visando à promoção da saúde mental.

Cabe, ainda, destacar que, ao se abordar o tema da depressão na infância, é necessário considerar a multifatoriedade, incluindo as condições externas da existência, de forma que as crianças possam ter efetivamente acesso aos seus direitos fundamentais, no que diz respeito à vida e à saúde, envolvendo não apenas o bem-estar físico, mas também o emocional e o social.

Referências

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia infantil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

ANDRADE, E. R. Depressão infantil. **Viver.** São Paulo, 14-15 mar. 2014.

ANJOS, V. M. S. dos; FONSECA, R. C. **Aspectos do relacionamento familiar que causam depressão infantil:** Concepção dos psicoterapeutas que atuam na cidade de Belém. Monografia de graduação. Universidade da Amazônia: Belém - PA. 2002.

ASSUMPÇÃO JR. (Org.) **Psiquiatria da infância e da adolescência:** casos clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAHLS, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-755720020005000. Acesso em: 03 jul. 2019.

BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, *27*(5), 253-255, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. **Depressão:** causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. 2017. Disponível em: http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao. Acesso em: 13 out. 1019.

CASTRO, A. N. As crianças que sofrem caladas. *In:* **Brasil Rotário.** São Paulo, 20-21 abr. 2001.

CALDERARO, Rosana; CARVALHO, Cristina. Depressão na infância: Um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, mai./ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a04.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

HAY, William *et al*. **Current pediatria:** diagnóstico e tratamento. 22. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

HUTTEL J, KISXINER KA, BONETTI RA, ROSA MIPD. **A depressão infantil e suas formas de manifestação**. Psicol. Argum. Curitiba, v. 29, n. 64, p. 11-22 jan. /mar. 2012.

LEE, Fu; CURATOLO, Eliana; FRIEDRICH, Sonia. Transtornos afetivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600007. Acesso em: 03 jul. 2019.

LIOLA. A. **Depressão infantil**. 2009. Disponível em: http://www.webartigos.com/articles/3798/1/DepressaoInfantil/pagina1.html#ixzz1E2vPcrbn. Acesso em: 03 jul. 2019.

MILLER, Jeffrey A. **O livro de referência para a depressão infantil**. São Paulo: M. books, 2003.

NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel; FURTADO, Nina. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health resources in the world:** Initial results of Project ATLAS. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet, n. 260, abr. 2001).

PAPALIA, Daiane; OLDS, Sally; FELDMAN, Ruth. **O mundo da criança:** da infância à adolescência. 11. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PIAGET. J. **A Epistemologia Genética**. Trad. Nathanael C. Caixeira. Petrópolis: Vozes, 1971. 110 p.

PIMENTA, Tatiana. **Conheça todos os tipos de neurotransmissores e saiba porque eles são importantes para sua saúde.** 2018. Disponível em: https://www.vittude.com/blog/neurotransmissores. Acesso em: 14 out. 2019.

QUEVEDO, João; SILVIA, Antônio. **Depressão:** teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

REIS, Regina; FIGUEIRA Ivan. Transtorno depressivo na clínica pediátrica. **Revista Pediatria Moderna**. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000123&pid=S1413-73720&lng=es. Acesso em: 03 jul. 2019.

RODRIGUES, Regina; ANTOLINI, Jorge. **Depressão e disposição suicida na criança e no adolescente – abordagem clínico-epidemiológica e homeopática**. Homeopatia Brasileira, Rio de Janeiro, 2003. Acesso em: 03 jul. 2019.

SCHWAN, Soraia; RAMIRES, Vera. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 457-468, out./dez. 2012

SCIVOLETTO, S.; TARELHO, L. G. Depressão na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina**, *59*(8), 555-557, 2012.

SILVARES, Edwiges (Org.). **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil**. v. 2, 5. ed. Campinas: Papirus, 2008.

THAPAR, A.; PINE, D. S.; LECKMAN, J. F.; SCOTT, S.; SNOWLING, M. J.; TAYLOR, E. (eds.). **Rutter´s Child and Adolescent Psychiatry**. 6th ed. 2015, Kindle Edition.

5

A influência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na aprendizagem de escolares

Camila Souza Herdy
Karol Aparecida Amiti Fabri
Juçara Gonçalves Lima Bedim

O cérebro contém estruturas engrenadas que executam trabalhos específicos, como um sistema de comunicação gigantesco – a internet, uma rodovia. Esse importante órgão transmite mensagens para si mesmo. As estruturas do cérebro somente podem trabalhar se não ocorrer desordem em seu sistema de comunicação.

(ALENCAR, 2006)

Considerações iniciais

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se por sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção, podendo afetar a vida estudantil, social, afetiva e profissional. É um dos mais estudados, como também

um dos distúrbios da infância mais controversos, ao qual educadores, psicólogos, médicos e pesquisadores dispensam especial atenção, cuidado e interesse.

Embora seja difundido no campo conceitual, poucos sabem de fato o que ele significa e como pode influenciar na vida estudantil da criança. De fato, notadamente, apresenta um impacto na vida escolar e familiar das pessoas com esse transtorno. Concebe-se como consenso a ideia de que o contexto escolar apresenta a essas crianças particulares exigências relacionadas às competências acadêmicas e às habilidades sociais (ALENCAR, 2006).

O desempenho escolar pode ser prejudicado nas crianças com severo déficit de atenção, associado à hiperatividade ou não, pois a atenção seletiva (escassa nesses pacientes) a informações relevantes é condição necessária para que ocorra a aprendizagem (DORNELES *et al*., 2014).

O TDAH é vigente na população infantil em idade escolar, sendo esperado que permaneçam os sintomas na idade adulta. O diagnóstico é clínico, baseado em parâmetros estabelecidos nos sistemas classificatórios, a exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-V) (APA, 2014).

No presente capítulo, tem-se como objetivo tecer uma abordagem reflexiva sobre a interferência do TDAH na aprendizagem de escolares, com vistas a verificar e descrever os escritos sobre o referido transtorno, visando à ressignificação dessa problemática no contexto educacional.

Referindo-se à metodologia, trata-se de um estudo teórico, de natureza qualitativa, pela própria essência do tema, embasado na pesquisa bibliográfica, sob o enfoque da revisão de literatura narrativa, à procura de artigos que relatassem pesquisas feitas sobre o tema. Para tanto, foram realizadas consultas à literatura médica através de meios eletrônicos e físicos, em artigos científicos nacionais e internacionais, bem como em livros-texto, repositórios universitários (dissertações), os quais se encontram incorporados em plataformas de pesquisas como Pepsic, SciELO, e Pubmed. Foram utilizados descritores como: “TDAH”, “atenção”, “hiperatividade”, “aprendizagem escolar”, “comportamento infantil”.

Justifica-se a realização do presente capítulo e aponta-se sua relevância no fato de que o tema em tela é de importância atual e futura, uma vez que o TDAH está presente em nosso meio e deve ser de conhecimento da população, para

que assim haja inclusão e igualdade nas escolas em busca de uma aprendizagem eficaz para os indivíduos com essa patologia.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma abordagem propedêutica

O TDAH, também conhecido de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção), é um transtorno neurobiológico de causas genéticas, reconhecido oficialmente pela OMS (Organização Mundial da Saúde), através da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO **DÉFICIT DE ATENÇÃO - ABDA, 2016a**).

Com base na literatura, no passado, esse transtorno não era reconhecido amplamente pelo campo científico, não havendo um consenso em relação à sua nomenclatura e etiologia (VOLLET, 2019). Contudo, segundo elucida esta estudiosa, em 1994, com o lançamento da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), houve uma redefinição e a denominação dessa condição como Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH), com os seguintes subtipos, conforme classifica o manual:

1. TDAH com predominância do sintoma de desatenção;
2. TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade;
3. TDAH combinado (desatenção e hiperatividade/impulsividade).

A etiologia do TDAH é multifatorial, visto que a aparição de seus sintomas consiste na associação de fatores: genéticos, sociais, culturais, ambientais, além de mudanças na estrutura e/ou funcionamento cerebral. Não se pode, porém, como ocorre com outros transtornos mentais, desconsiderar a influência genética, uma vez que o surgimento e a evolução necessitarão da ação de diversos genes e suas respectivas interações com o ambiente (CASTRO, 2018).

O TDAH pode permanecer até a idade adulta, mesmo que com sintomas atenuados, de modo que não se identifique uma total remissão do transtorno. A persistência desses sintomas pode acarretar alterações em suas funções executivas, influenciando negativamente a vida estudantil da criança ou do adulto com essa síndrome (ALMEIDA, 2015).

Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas. Entretanto, a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita na literatura (ROHDE; HALPERN, 2004).

O conceito atual considera que a base do TDAH é de natureza neurobiológica, genética e neuroquímica, mas que a expressão dos padrões herdados é também modulada pelo ambiente. Sabe-se, hoje, que o próprio ambiente modifica a expressão de padrões endógenos (endofenótipos), levando à grande heterogeneidade de apresentação clínica e a diferentes influências de ambientes diversos e estressores. Daí surge a variabilidade dos sintomas e a natureza multidimensional do TDAH (MAMUSZKAT *et al.*, 2017). Dessa forma, torna-se imprescindível um olhar inter e multidisciplinar que compreenda as interferências e variáveis ambientais, educacionais, familiares e culturais na expressão e na conceituação do transtorno.

A contribuição genética é substancial; numerosos estudos de famílias já foram realizados com o TDAH, os quais mostraram consistentemente uma recorrência familiar significante para esse transtorno. Assim como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno, à qual somam-se diferentes agentes ambientais. Dessa forma, o surgimento e a evolução do TDAH em um indivíduo parece depender de quais genes de suscetibilidade estão agindo, de quanto cada um deles contribui para a doença (ou seja, qual o tamanho do efeito de cada um) e da interação desses genes entre si e com o ambiente (ROHDE; HALPERN, 2004).

Seguindo essa sistemática, como sublinham os autores supracitados, foi encontrada uma associação positiva entre algumas adversidades psicossociais (discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna e colocação em lar adotivo) e o TDAH. Outra associação importante é com mães que apresentaram complicações na gestação (eclampsia, duração prolongada do parto, má saúde materna) e adversidades durante a gravidez (uso de álcool, nicotina e drogas em geral).

Em contrapartida, alguns trabalhos encontram evidências de que o TDAH se trata de um distúrbio neurobiológico. Grupos de pesquisas têm resultados que conferem a este transtorno duas possíveis causas: uma referente ao déficit funcional do lobo frontal, mais precisamente o córtex cerebral; e a outra

ao déficit funcional de certos neurotransmissores. Por consequência, os dados sobre o substrato neurobiológico do TDAH são derivados dos estudos neuropsicológicos, de neuroimagem e de neurotransmissores. Embora pareça consenso que nenhuma alteração em um único sistema de neurotransmissores possa ser responsável por uma síndrome tão heterogênea quanto o TDAH, estudos indicam principalmente o envolvimento das catecolaminas, em especial da dopamina e noradrenalina (ROHDE; HALPERN, 2004).

Assim sendo, nota-se que as causas do TDAH podem ter um sintoma isolado ou um conjunto de fatores. À custa disso, torna-se indispensável um diagnóstico detalhado por diferentes profissionais, como psicólogos, psicopedagogos e psiquiatras (BADÍA; PUJOL; ABRIL, 2006). Contudo, apesar dos variados fatores que influenciam o desenvolvimento do TDAH, cada vez mais se constata que a etiologia do transtorno é neurogenética-ambiental (COUTO *et al.*, 2010).

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é definido pela tríade sintomatológica de "desatenção", "hiperatividade" e "impulsividade". Esses sintomas podem ser minimizados ao longo da vida adulta, ou ainda, insistir, podendo afetar até mesmo a vida universitária do indivíduo que tem o distúrbio. Tendo em vista esse contexto, dentre algumas dificuldades experimentadas por estudantes diagnosticados com TDAH, citam-se: planejar e executar tarefas, organizar e administrar o tempo, memorizar informações importantes, as quais podem acarretar baixa autoestima, desesperança, sentimento de impotência, ansiedade, depressão e outras morbidades (ABDA, 2016a).

Além disso, é interessante dar maior atenção quanto aos sintomas e não confundir-se com algum distúrbio na aprendizagem, como, por exemplo, discalculia, dislexia, disgrafia, dentre outros. Tais sintomas podem se tornar mais fáceis de notar para aqueles que convivem com a criança, como também para a equipe médica que é capaz de fazer o diagnóstico correto (NEUROSABER, 2017).

De acordo com o DSM-V, para ser diagnosticado com esse transtorno, o indivíduo deve apresentar seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade se for criança, ou pelo menos cinco, se for adulto (APA, 2014). Dentre os sinais que apontam desatenção, destacam-se: dificuldade de prestar atenção a detalhes, não seguir instruções e não finalizar tarefas escolares ou profissionais, parecer não ouvir quando lhe dirigem a palavra, dificuldade em organizar atividades, evitar envolver-se em tarefas que exijam esforço

mental constante, ser facilmente distraído por estímulos alheios e apresentar esquecimento em tarefas diárias.

Já as características da hiperatividade consistem em agitação das mãos ou dos pés, movimentar-se na cadeira ou abandoná-la em situações nas quais se espera que o indivíduo permaneça sentado, sensações subjetivas de inquietação e falar em demasia. Por fim, a impulsividade pode ser identificada por respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido concluídas, dificuldade em aguardar a vez e a interrupção em assuntos alheios. Além disso, a presença dos sintomas costuma se expressar em dois ou mais contextos da vida (casa, escola, trabalho), e devem ter iniciado antes dos 12 anos de idade (OLIVEIRA; DIAS, 2015).

Segundo a ABDA (2017), nos tempos atuais, acredita-se que cerca de 60% das crianças com TDAH entrarão na vida adulta com alguns dos sintomas (tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade), porém em menor número do que ocorriam quando crianças ou adolescentes.

A pessoa com TDAH tem dificuldade para realizar sozinha suas tarefas, principalmente quando são muitas, e precisa ser lembrada pelos outros sobre o que tem para fazer. Isso pode resultar em problemas na faculdade, no trabalho ou nos relacionamentos pessoais. A perseverança nas tarefas também pode ser difícil para o paciente com TDAH, que frequentemente "deixa as coisas pela metade" (ABDA, 2017). Em sala de aula, por exemplo, é interessante conhecer e saber do diagnóstico. Além do mais, o pedagogo precisa saber se a criança está sendo medicada corretamente. Em seguida, é insubstituível a melhora na didática, ensinar de forma interessante, alterar o tom de voz, tudo isso para que o aluno se sinta recompensado pelo método de aprendizado (NEUROSABER, 2017).

Apesar de não existir cura para o TDAH, há uma extensão de abordagens terapêuticas que possibilitam que o sujeito com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade desenvolva inúmeras habilidades, viva com qualidade, seja socialmente inserido e conquiste grandes vitórias (NOVARTIS, 2015).

O tratamento deve ser realizado de forma integrada, ou seja, multimodal, associando o uso de medicamentos com o acompanhamento psicológico. Além disso, a escola também tem um papel fundamental para auxiliar o aluno a superar as possíveis dificuldades no aprendizado (FERREIRA; SANTOS; RIBEIRO, 2017). Assim, o principal objetivo do tratamento do TDAH é que o paciente

consiga lidar com seus sintomas, limitando ou evitando os danos em sua vida. Para tal, o fármaco é muito importante, assim como outros recursos que envolvam a família, a compreensão sobre o que é esse transtorno e como deve ser feita a terapêutica, além de mudanças no dia a dia (TEIXEIRA, 2011).

Os fármacos com mais evidências de eficácia no tratamento do TDAH são os psicoestimulantes e os antidepressivos. No caso dos antidepressivos, a ação é sobre a esfera comportamental e não cognitiva, o que torna os psicoestimulantes as drogas de preferência (FERREIRA; SANTOS; RIBEIRO, 2017).

A psicoterapia que é indicada para o tratamento do TDAH chama-se Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que, no Brasil, é uma atribuição exclusiva de psicólogos. Caracteriza-se por apresentar estruturação, foco na resolução de problemas atuais e na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Integra conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais (PAULA; MOGNON, 2017). Uma parte fundamental do método para TDAH trata de questões muito práticas, como organização, uso do tempo, planejamento e definição de prioridades. As abordagens da TCC possuem uma característica mais técnica, focada e estruturada. Assim, aderem-se de modo direto às necessidades dos pacientes (AMORIM, 2009).

A influência do TDAH na aprendizagem

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um tema em debate na atualidade, que pode interferir no contexto educacional, devido aos efeitos que pode acarretar. Quando seus sinais e sintomas não são identificados adequadamente, a criança pode sofrer prejuízos e preconceitos os quais, possivelmente, afetam seu desempenho cognitivo, emocional, na escola, na família e no seu meio social. Por conseguinte, mister se faz o cuidado e a acurácia com relação à definição do diagnóstico, pois as transformações do mundo contemporâneo expõem as crianças a uma diversidade de estímulos. Além disso, ao se depararem com o ambiente escolar, muitos comportamentos ou características infantis podem ser confundidos com o real diagnóstico de TDAH (VOLLET, 2019).

Nesse sentido, tendo em vista as condições estudadas anteriormente, a pessoa com TDAH poderá desenvolver e manifestar dificuldades no ambiente social e escolar por, muitas vezes, não conseguir processar adequadamente

o que foi dito ou percebido. Ademais, um distúrbio de aprendizagem geralmente provoca sofrimento, independentemente da sua definição ou causa, sobretudo quando é acompanhado por rótulos (preguiçoso, estúpido, avoado etc.) e a autoestima tende a ficar profundamente abalada. Em contrapartida, pessoas com dislexia e TDAH são constantemente as mais criativas e intuitivas e são capazes de se sair muito bem em determinadas habilidades (MUZETTI; VINHAS, 2017).

O TDAH é caracterizado pela tríade sintomatológica de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, como já elucidado, o que traz grandes dificuldades no processo de aprendizagem. Em uma breve visão, define-se que:

- falta de atenção, no caso da criança com TDAH, pode significar hipermobilidade na atenção, assim o indivíduo não consegue manter-se concentrado por muito tempo;
- hiperatividade representa aumento da atividade motora, deixando a pessoa frequentemente em movimento;
- impulsividade é o que faz com que pequenas coisas despertem fortes emoções nos sujeitos e isso fornece o combustível de suas ações (ABDA, 2016b).

As crianças com essa síndrome demonstram problemas na aprendizagem e dificuldade de desempenho em testes e funcionamento cognitivo comparados aos colegas, especialmente por dificuldades nas suas habilidades organizacionais, capacidades de linguagem expressiva e/ou controle motor fino ou grosso.

O desempenho intelectual dessas crianças não é discrepante das outras, o transtorno parece não prejudicar as capacidades cognitivas gerais; o TDAH não é relativo à ausência de capacidade, mas sim ao déficit de desempenho. A maior parte das crianças que possuem esse transtorno sofre com um desempenho escolar inferior ao esperado, devido à execução incoerente de tarefas, falta de atenção e problemas de postura em sala de aula, o que leva à perda do mérito de participação e comportamento (ABDA, 2016b).

Diante dessas observações, deve-se considerar que o distúrbio do déficit de atenção é decorrente de um mau funcionamento de sistemas que se localizam na biologia do cérebro e do sistema nervoso central, provocando esses comportamentos. A região frontal do cérebro mantém os impulsos sob controle

e é a principal reguladora do comportamento, ela condensa as informações sensoriais e cognitivas, harmoniza a atenção e funciona como a entrada das nossas ações (MUZETTI; VINHAS, 2017). É no córtex do lobo frontal que está a ação no Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA). Conforme essa circunstância, o cérebro deixa de ter a eficiência de "pisar nos freios", devido a uma desordem nos processos inibitórios do córtex cerebral, sem essa inibição o cérebro é incapaz de conter as respostas inapropriadas. As áreas pré-frontais do cérebro possuem muitas catecolaminas, mas um problema na utilização destas pode estar associado à falta de controle de impulsos, atenção e aprendizagem (ALENCAR, 2006).

Por essa razão, o tratamento para o TDAH utiliza uma abordagem múltipla, que compreende intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. No tocante às intervenções psicossociais, devem ser feitas por meio de informações claras e precisas acerca do transtorno. Pode ser preciso um programa de treinamento para os pais, enfatizando intervenções comportamentais, com a finalidade de ensinar-lhes a lidar com os sintomas dos filhos. É necessário que entendam as melhores estratégias de organização e planejamento das atividades cotidianas de seus filhos (ROHDE *et al.*, 2000).

Diante da prática pedagógica, é bastante significativo que o aluno com TDAH receba atendimento individualizado, objetivando incentivar seu desempenho e aumentar sua autoestima, de maneira que transforme aquilo que faz em algo que seja significativo, prazeroso e com sabor de conquista (MUZETTI; VINHAS, 2017).

O aprendizado em indivíduos com TDAH: algumas intervenções

Frequentemente, a proposta educacional de escolas supõe apenas um tipo de enquadramento dos estudantes no processo pedagógico. É habitual que pessoas com TDAH reajam negativamente por não se adequarem ao padrão convencional. Poucos profissionais da área da Educação conhecem as reais dificuldades referentes à desatenção, hiperatividade e impulsividade vivenciadas por esses alunos. Discutir esse assunto é desafiador, uma vez que há desconhecimento do distúrbio pelas pessoas, pela descrença da existência deste, ou pela propensão da literatura de culpabilizar alguém. Os argumentos vão da afirmação de que a escola não oferece condições favoráveis de aprendizagem para alunos com TDAH,

porque os conteúdos não são chamativos e os docentes não sabem fomentar as aulas, aos argumentos de que a razão seja exclusivamente biológica, isto é, falta de limites instituídos pelos pais (REIS; CAMARGO, 2008).

Portanto, seria rudimentar a ideia de que falhas na graduação de professores nas Universidades sejam os únicos motivos das dificuldades encontradas pelos alunos com TDAH. Porém, vale ressaltar que os professores são pessoas capazes de interferir diretamente na aprendizagem, observar e intervir nos relacionamentos existentes no ambiente escolar e identificar quando há necessidade de procurar uma avaliação médica e/ou (neuro)psicológica. Dessa forma, é importante que o professor conheça os determinantes do desempenho escolar de seus alunos, assim como incentive o posicionamento e a participação da escola diante do problema (REIS; CAMARGO, 2008).

Segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2016b), algumas medidas são de total importância para ajudar as crianças com TDAH na sala de aula, dentre elas:

1. Reduzir as tarefas, dividi-las em etapas ou torná-las mais curtas;
2. Minimizar as tarefas escritas ou que requerem cópia;
3. Facilitar alternativas diferentes de avaliação: oral, com projetos especiais;
4. Utilizar suportes complementares em sala de aula, como calculadoras, computadores, gravadores etc.;
5. Colocar notas das datas em que devem ser entregues os trabalhos e tarefas;
6. Disponibilizar cópias das notas dos capítulos;
7. Modificar o texto do livro de exercícios;
8. Ter uma cópia do texto da escola em casa.

No tocante às intervenções específicas, a Associação supramencionada faz as seguintes recomendações:

- Ambiente: sentar-se perto do professor, evitar distrações, disponibilizar guias e cartazes para o aluno.
- Organização: seguir o calendário diariamente, esclarecer as tarefas no final de cada aula, organizar os trabalhos no quadro e relatar oral-

mente, verificar com o professor os materiais que serão levados para casa, distribuir materiais que possam ser colocados em pastas, ter cadernos, pastas com divisões em cores distintas, separar os livros por cor, tentar não juntar muitos materiais na mesa da criança, distribuir tarefas longas.

- Comunicação e trabalho em equipe: diálogo frequente com os pais, sendo eles por via telefônica ou pessoalmente (é importante compartilhar as conquistas positivas e preocupações), proporcionar encontros com frequência entre os pais e professores, no sentido de se ter bons resultados com e para a criança, partilhar com o outro profissional suas conquistas, disciplina e trabalho em equipe, incentivar uma comunicação aberta, fazendo com que o aluno perceba o interesse em ajudá-lo e dialogar sobre suas necessidades.
- Gestão em sala de aula: dispor de uma proximidade física com o aluno, mantendo um contato visual, ensinar somente quando a sala permanecer em silêncio, elogiar atuações positivas, dar apoio durante as mudanças ao longo do dia, autorizar que o aluno participe de seleções para que assim possa ganhar prêmios, utilizar métodos de reforço com avaliação constante.
- Ensino e avaliação: disponibilizar tempo extra para que o estudante processe as informações, aumentar a quantidade de modelos, demonstrações e exemplos, permitir oportunidades para trabalhar em grupo, utilizar métodos multissensoriais, promover projetos que autorizam a criatividade, liberar o uso de calculadoras e computadores, quando necessário repetir as instruções dadas, destacar as partes interessantes do texto, fornecer guias simples, breves e organizados (ABDA, 2016b).

Ainda assim, é importante lembrar que o processo de ensino-aprendizagem pode acontecer dentro e fora da escola, na forma de conhecimentos. Os pais frequentemente se sentem responsáveis pelos estados emocionais, educacionais e comportamentais de seus filhos, o que muitas vezes traz sensação de culpa. O conhecimento de que o distúrbio advém de disfunções de áreas cerebrais específicas ajuda-os a acalmar esse sentimento e torna-os parceiros na aplicação de estratégias que colaboram para a melhoria da *performance*

acadêmica e dos relacionamentos familiares e sociais da criança (MUZETTI; VINHAS, 2017). Evidencia-se, nessas circunstâncias, a importância e a necessidade de se valorizar profissionais que trabalham com o tema da aprendizagem humana. Campo esse de intervenção com vastas fronteiras. O próprio processo humano de aprendizagem representa um fenômeno complexo, envolvendo numerosos fatores e desafiando cada tentativa de explicação fundamentada em um discurso científico único.

Considerações finais

Conclui-se que o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido, cada vez mais, tema de discussão entre os profissionais da educação e da saúde, refletindo sobre a existência desse déficit não só em crianças, bem como a persistência dos sintomas na vida adulta. A partir disso, buscam-se os melhores métodos de tratamento a serem usados para auxílio na aprendizagem dos alunos diagnosticados com TDAH.

Complementa-se que esse transtorno consiste em um desafio não apenas para os pacientes, como também para os pais, professores e profissionais de saúde, que devem buscar a melhor forma de inclusão na hora da aprendizagem. Nessa conjuntura, o psiquiatra auxilia informando os pais a respeito do TDAH e mostrando o quão relevante é o diagnóstico precoce e a medicação em dose certa na vida da criança, que conseguirá lidar melhor com os sintomas do transtorno. Quanto aos pais, devem saber que postura assumir diante dos problemas que surgirão com seus filhos em idade escolar e, concernente aos professores, devem estar muito bem informados a respeito dessa síndrome tão heterogênea, colaborando para que o ensino seja participativo e questionador, motivando e envolvendo esses alunos para que eles se sintam capazes e consigam liberar sua energia e expressar sua criatividade.

Referências

ALENCAR, Maria de Jesus Queiroz. **Avaliação das estratégias de ensino atencionais:** a prática pedagógica para o aluno com transtorno déficit de atenção/hiperatividade – TDAH. Ceará, 2006. 206 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará. Disponível em: www.repositorio.ufc.br. Acesso em: 06 ago. 2019.

ALMEIDA, Priscila de Albuquerque *et al*. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade:** o que os professores universitários sabem sobre isso?. II Congresso Nacional de Educação, 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV045_MD1_SA7_ID5759_05092015194235.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (Trad. M. I. C. Nascimento *et al.*). 5. ed. Porto Alegre, 2014. Disponível em: https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf. Acesso em: 22 jul. 2019.

AMORIM, Cacilda. **Psicoterapia para TDAH:** TCC é caminho para a mudança sustentada. TCC – Terapia Comportamental Cognitiva. Instituto Paulista de Déficit de Atenção. 2009. Disponível em: https://dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/psicoterapia.html. Acesso em: 02 jul. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Ajustes, adaptações e intervenções básicas para alunos com TDAH.** 2016a. Disponível em: https://tdah.org.br/ajustes--adaptacoes-e-intervencoes-basicas-para-alunos-com-tdah. Acesso em: 01 ago. 2019.

_____. **TDAH e o processo de aprendizagem.** 2016b. Disponível em: https://tdah.org.br/tdah-e-o-processo-de-aprendizagem. Acesso em: 01 ago. 2019.

_____. **TDAH no adulto – estudos recentes.** 2016c. Disponível em: https://tdah.org.br/tdah--no-adulto-estudos-recentes. Acesso em: 31 jul. 2019.

_____. **Quadro Clínico.** 2017. Disponível em: https://tdah.org.br/quadro-clinico. Acesso em: 30 jul. 2019.

BADÍA, Rubió; PUJOL, Mena; ABRIL, Murilo. Pediatra y la familia de un niño con TDAH. **Rev. Ped. Atencion Prim**., v. 3, n. 4, p. 199-216. 2006. Disponível em: www.beatrizblancopsicologia.com. Acesso em: 30 jul. 2019.

CASTRO, Carolina Xavier Lima; LIMA, Ricardo Franco. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Rev. Psicopedagogia**, v. 35, n. 106, p. 61-72, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v35n106/08.pdf. Acesso em: 30 jul. 2019.

COUTO, T. S.; MELO JUNIOR, M. R.; GOMES, C. R. A. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 1, p. 241-251. 2010. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org. Acesso em: 27 jul. 2019.

DORNELES, B. V. *et al*. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 1-9, out./dez. 2014. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br. Acesso em: 27 jul. 2019.

FERREIRA, Samuel Santos; SANTOS, Tatiane da Silva; RIBEIRO, Patrícia Damasceno. Aspectos terapêuticos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. **Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 4, n. 5, p. 118-134, 2017. Disponível em: http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/471/241. Acesso em: 09 jul. 2019.

MAMUSZKAT, M.; MIRANDA, M. C.; RIZZUTTI S. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. São Paulo: Cortez, 2017.

MUZETTI, Claudia Maria Gouveia; VINHAS, Maria Cecília Zanoto de Luca. Influência do déficit de atenção e hiperatividade na aprendizagem em escolares. Psicologia Argumento, [s.l.], v. 29, n. 65, nov. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20397. Acesso em: 01 ago. 2019.

NEUROSABER. **Características de jovens e crianças com TDAH**. 2017. Disponível em: https://neurosaber.com.br/caracteristicas-de-jovens-e-criancas-com-tdah. Acesso: 01 ago. 2019.

NOVARTIS. **Qual é o tratamento para o TDAH?** Novartis Biociências S.A. 2015.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto; DIAS, Ana Cristina Garcia. Repercussões do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na Experiência Universitária. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 2, p. 613-629, 2015. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163630/0010249 65.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jul. 2019.

PAULA, Cleonilda; MOGNON, Jocemara Ferreira. Aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na infância: revisão integrativa. **Cad. da Esc. de Saúde**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 76-88, 2017. Disponível em: http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/3080/2650. Acesso em: 02 jul. 2019.

REIS, M. D. G. F. de; CAMARGO, D. M. P. Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH. **Psicologia escolar e educacional**, v. 12, n. 1, p. 89-100, 2008. Disponível em: www.redalyc.org. Acesso em: 02 ago. 2019.

ROHDE, L. A. *et al*. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, (supl. II), 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf. Acesso em: 02 jul. 2019.

_____; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2 (supl.), 2004.

TEIXEIRA, Gustavo. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Comportamento Infantil com CBI OF MIAMI, 2011. Disponível em: http://www.comportamentoinfantil.com/transtornos_tdah.html. Acesso em: 01 ago. 2019.

VOLLET, Fernanda. **A medicalização do TDAH em crianças:** considerações de professores da educação básica sobre as características que definem o transtorno. São José do Rio Preto, 2019. 54 p. Dissertação (Mestrado em Ensino e Processos Formativos). Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista. Disponível em: www.repositorio.unesp.br. Acesso em: 07 ago. 2019.

6

A importância da psicoeducação no tratamento do Transtorno Opositor Desafiador (TOD)

Laura Martins Rangel
Carolina Mothé Venancio
Vinicius Evangelista Dias

"Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo".
(Paulo Freire)

Considerações iniciais

O Transtorno Opositor Desafiador (TOD), também apresentado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como Transtorno de Oposição Desafiante, ou pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como Transtorno Desafiador de Oposição, é um transtorno do tipo disruptivo que acomete crianças e adolescentes, caracterizado por um padrão frequente de conduta negativa, desafiadora, hostil, interpessoal e excêntrica frente a figuras de

autoridade como pais, professores ou pessoas mais velhas (TEIXEIRA, 2014; DE REZENDE, 2017).

Ainda não há conhecimento sobre a causa do TOD, entretanto há maior recorrência do problema em famílias de histórico conflituoso, agressivo e desequilibrado. Ademais, crianças com convívio em lares com dificuldades estruturais têm maior possibilidade de tornar-se um adulto com comportamentos duvidosos (DE REZENDE, 2017).

É de grande importância destacar que o TOD vai muito além daquela "birra" ou desafio normal de uma criança quando reage a uma situação de insatisfação, por exemplo ao pedir algo e não ser atendida. Nos pacientes de TOD, o quadro é severo, com grandes complicações na vida acadêmica e social, perturbando muito o relacionamento familiar. Portanto, é necessário compreensão de que um comportamento opositivo temporário e ocasional é comum e faz parte do desenvolvimento natural, construindo a autonomia, principalmente na adolescência (TEIXEIRA, 2014).

Especialistas afirmam que a dificuldade de diagnóstico e tratamento ocorrem pelas variações comportamentais típicas da idade, a qual possui caracteres comportamentais desafiadores que nem sempre advêm da patologia. Além disso, considera-se o lar como uma das principais referências para a construção da subjetividade da criança. Diante disso, é muito importante verificar se as atitudes são espontâneas ou se são persistentes, havendo, no caso desse segundo contexto, a necessidade de encaminhamento para uma avaliação psiquiátrica (DUARTE, 2019).

Fatores de risco para o desenvolvimento do TOD

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TOD tem fatores de risco classificados em temperamentais (relacionados a problemas de regulação emocional e comportamental), ambientais (relacionados ao ambiente no qual o indivíduo conviveu, principalmente as práticas parentais), genéticos e fisiológicos (relacionados a uma predisposição ao transtorno).

Dentre os fatores temperamentais, pode-se dizer que os mais comuns são os níveis elevados de reatividade emocional e a baixa tolerância a frustrações

(DSM-5, 2013). Assim, crianças que apresentam reações emocionais extremas, irritabilidade crônica, impulsividade e falta de atenção são mais propensas a desenvolver comportamentos de oposição (LUISELLI, 2005).

Sobre os fatores ambientais, destacam-se as práticas agressivas, inconsistentes e negligentes de criação dos filhos. Os principais padrões de comportamento dos pais, observados em famílias de crianças com TOD são: a imaturidade, a falta de experiência com relação à educação dos filhos, a hostilidade e a labilidade emocional. Desse modo, a presença de conflitos conjugais, de depressão materna e de psicopatologia parental, em geral, sinalizam também um risco para o TOD (THEODORE, 2017).

Já em relação aos fatores genéticos e fisiológicos, não está clara a existência de marcadores específicos para o transtorno opositor desafiador, porém marcadores neurobiológicos como menor reatividade da frequência cardíaca e da consignação da pele, reatividade do cortisol basal reduzida e anormalidades no córtex pré-frontal e na amígdala foram associadas ao TOD (DSM-5, 2014).

Ainda existem características associadas ao TOD que auxiliam no diagnóstico. Nesse contexto, o referido transtorno é mais prevalente nas famílias perturbadas pela sucessão de cuidadores diferentes ou famílias que utilizam de práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes na criação dos filhos. Além disso, é comum que, concomitantemente ao TOD, ocorram o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o transtorno de conduta (DSM-5, 2014).

Diagnóstico, sinais e sintomas

O diagnóstico específico da enfermidade tratada neste capítulo ainda apresenta complicações para ser apresentado, pois, como já mencionado, as atitudes das crianças com TOD são típicas da idade. Entretanto, o que diferencia o normal do patológico é justamente a frequência com que tais comportamentos acontecem (DUARTE, 2019).

A primeira investigação clínica a ser observada para um diagnóstico correto do Transtorno Opositor Desafiador é uma cuidadosa entrevista com os pais ou responsáveis da criança, na qual serão questionados os sintomas, características e prejuízos que levaram à busca por ajuda médica. Essa avaliação familiar é de

extrema importância para que sejam compreendidos os padrões de comportamento da família, o estilo e a criação que a criança é orientada a seguir, se fazem parte da População Economicamente Ativa, a qualidade da comunicação dentro de casa, além da história familiar acerca de transtornos comportamentais, alcoolismo, drogas, agressividade e violência (TEIXEIRA, 2014).

Outra avaliação bastante relevante para o diagnóstico é a escolar, pois, apesar de os sintomas aparecerem em diversos ambientes, geralmente é dentro da sala de aula onde eles são mais bem observados. Nesse cenário, será investigado o desempenho acadêmico, o padrão de comportamento nas aulas e nos intervalos, e a interação social com os colegas de sala, professores e funcionários do centro de ensino (TEIXEIRA, 2014).

Dentre os comportamentos que podem ser marcadores de diagnóstico, encontra-se o distúrbio de conduta, no qual há uma nítida insensibilidade por parte da criança, além de esta violar, de forma inconsciente e repetitiva, o direito dos outros, como representado na prática no *bullying* ou até mesmo em crueldade com animais. Além disso, ressalta-se o fato de crianças com esse distúrbio também sentirem prazer ao culpar terceiros pelos seus próprios erros, encararem comportamentos inadequados como normais, desafiarem adultos ou qualquer outra pessoa de maior autoridade sobre elas, serem rancorosas e vingativas e deleitarem-se quando causam aborrecimento (DE REZENDE, 2017).

Além dos marcadores supracitados, é necessária a observação durante pelo menos 6 meses sobre a existência de um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador, em que estejam presentes a perda de paciência, a discussão com adultos, o desafio ou a repulsa em obedecer às solicitações feitas por pessoas mais velhas e o aborrecimento com facilidade. Sendo que esses critérios só se asseguram se as atitudes ocorrerem com maior frequência do que o normal típico da idade, excluindo quando ocorrem frente ao curso de um transtorno psicótico ou de humor (TEIXEIRA, 2014).

Além disso, segundo Teixeira (2014), os pacientes de TOD são crianças que apresentam uma complicação no controle do temperamento e das emoções, portanto não obedecem a ordens com facilidade e testam os limites dos responsáveis de forma incessante.

Sobre sinais e sintomas, os que mais se destacam são o caráter antissocial, principalmente em concomitância com crianças que já apresentam alto índice

de TDAH, desenvolvendo o distúrbio de conduta. Ademais, as crianças possuem baixa autoestima, baixa tolerância às frustrações, ataques de raiva e dificuldade ao fazer amizades, pois são rejeitadas pelos colegas devido ao comportamento impulsivo, opositor e desafiador frente às regras do grupo social, e, por fim, as dificuldades acadêmicas, com o comprometimento do desempenho escolar e reprovações frequentes, pois esses jovens se recusam a participar de projetos em conjunto, pedir ou aceitar ajuda de educadores e querem sempre solucionar os problemas de forma individual (PARDINI; FITE, 2010; TEIXEIRA, 2014).

Ainda no ambiente educacional, essas crianças desobedecem e desafiam a autoridade de professores, agem com impulsividade, se envolvem em confusões com os colegas de sala, não aceitam ordens, não realizam as tarefas propostas e culpam outros por suas atitudes hostis e disfuncionais (TEIXEIRA, 2014).

Segundo as estatísticas, 67% das crianças diagnosticadas com TOD, se acompanhadas pela terapêutica, deixam de apresentar os sinais e sintomas dentro de poucos anos, enquanto que as que não foram submetidas a tratamento permanecem com os sintomas ou estes são intensificados, levando a um transtorno de conduta. Já quando o TOD não é tratado, a evolução para o transtorno de conduta pode aparecer em até 75% dos casos, o que conduz muitos autores a considerarem o TOD como antecedente evolutivo do transtorno de conduta, reforçando a importância do diagnóstico e tratamento precoce dessa enfermidade. Nesse âmbito, 30% das crianças com diagnóstico inicial de TOD evoluem para o transtorno de conduta na adolescência, sendo que as que possuem os sintomas iniciados antes dos oito anos têm maior risco de evolução (TEIXEIRA, 2014).

Ainda, essas crianças possuem maior propensão para incidência de transtornos comportamentais associados, ao decorrer da enfermidade. Entre eles, encontram-se o transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, os transtornos de humor, os transtornos ansiosos e o transtorno de personalidade antissocial, também conhecido como sociopatia (TEIXEIRA, 2014).

Tratamento e prevenção

Para as crianças e adolescentes com TOD, o tratamento mais eficaz deve ser adaptado de acordo com as necessidades e os sintomas comportamentais de cada criança. Dessa forma, o tratamento deve ser planejado com base na

idade da criança, na severidade dos sintomas e na existência de transtornos associados, por exemplo (FOSSUM, 2009).

Além disso, são de suma importância o diagnóstico e a terapêutica precoces, para melhores chances de reverter o quadro comportamental e evitar evolução para o transtorno de personalidade antissocial (TEIXEIRA, 2014).

O tratamento preconizado pelo *Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents With ADHD, ODD, or CD* e recomendado pela *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) no ano de 2015, engloba estratégias multidisciplinares descritas a seguir.

O tratamento psicossocial é crucial para a cura da doença em questão. Essa terapêutica envolve a psicoterapia cognitivo-comportamental, terapia familiar, psicoeducação familiar, treinamento de pais, psicoeducação escolar e intervenções escolares (TEIXEIRA, 2014).

Nesse âmbito, a psicoterapia cognitivo-comportamental é de suma importância no desenvolvimento de habilidades de comunicação, de controle da raiva, do impulso e da agressividade, a fim de aumentar a tolerância à frustração. Ainda, a terapia familiar pode auxiliar as estruturas familiares disfuncionais a desenvolverem habilidades de resolução de conflitos entre os membros da família, facilitando o manejo de comportamentos inapropriados, assim como a psicoeducação familiar e o treinamento de pais orientam a família a como desencorajar e corrigir comportamentos desafiadores dessas crianças (TEIXEIRA, 2014).

Há, também, o tratamento medicamentoso, em que podem ser utilizados antipsicóticos ou neurolépticos, como a risperidona, a queriapina e o aripiprazol, e estabilizadores de humor, como divalproato de sódio, para o manejo dos sintomas agressivos e impulsivos, sem finalidade de cura. Ainda podem ser usados psicoestimulantes para tratamento de TDAH associado ao TOD, assim como antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina para tratamento de episódios depressivos associados ao TOD (TEIXEIRA, 2014).

O tratamento pode durar vários meses, dependendo de cada caso, e requer comprometimento dos pais e cuidadores da criança em questão (FOSSUM, 2009). Ainda, de acordo com Dretzke *et al.* (2005), a prática psicossocial que se mostrou mais eficaz no âmbito da terapêutica de TOD foi o treinamento de pais.

Considerações finais

Com base nas repercussões apresentadas neste capítulo, constata-se que há uma grande influência da psicoeducação no tratamento do TOD, refletindo em uma diferença significativa na melhoria da vida das crianças e adolescentes acometidos por esse transtorno.

Ademais, o Transtorno Opositor Desafiador é caracterizado por desregulação emocional e, de acordo com Cavanagh *et al.* (2014), tal característica, bem além de ser um mero componente da desordem, é, na realidade, o cerne da deficiência. E, por isso, a psicoeducação apresenta-se como fundamental ao tratamento de tal enfermidade.

Pode-se apreciar, também, que a educação funciona como uma peça chave na inclusão desses pacientes, pois, como foi assegurado, a maior parte dos sinais e sintomas do transtorno são observados dentro do ambiente escolar. Portanto, é de suma importância que haja uma observação maior dessas crianças e que seja promovido o seu tratamento por meio da psicoterapia cognitivo-comportamental, terapia familiar, psicoeducação familiar, treinamento de pais, psicoeducação escolar e intervenções escolares.

Nesse âmbito, é preciso que os serviços pertinentes ao tratamento estejam disponíveis para esses pacientes, e que a instituição de ensino esteja participando, desde diálogos com os pais das crianças até o contato com os profissionais responsáveis pela terapêutica.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.

CAVANAGH, M. *et al*. Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualizedas as a Disorder of Emotional Regulation. **Journal of Attention Disorders I - 9**. Mar. 2014.

DE REZENDE, Eduardo. **O que é TOD - Transtorno Opositor Desafiador?** 2017. Disponível em: https://www.psicoedu.com.br/2017/01/transtorno-oposicao-desafiante.html. Acesso em: 08 jul. 2019.

DRETZKE, J. *et al.* The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. **Health Technology Assessment**, 2005, v. 9, n. 50. Dec. 2005.

DUARTE, Cláudio. **Transtornos do comportamento disruptivo:** entenda o que é e aspectos relevantes da doença. 2019. Disponível em: https://hospitalsantamonica.com.br/transtornos-do-comportamento-disruptivo-entenda-o-que-e-e-aspectos-relevantes-da-doenca-2. Acesso em: 08 jul. 2019.

FOSSUM, S. Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: predictors and mediators of treatment outcome. **Scandinavian Journal of Psychology**, 2009, 50, 173-181.

GORMAN, D. A. *et al*. Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder. **La Revue canadienne de psychiatrie**, v. 60, n. 2, février 2015.

LUISELLI, J. K. Características clinicas e tratamento do transtorno desafiador de oposição. *In:* CABALLO, V. E.; SIMON, M. (Orgs.). **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente:** Transtornos específicos. São Paulo: Santos, 2005.

PARDINI, Dustin A.; FITE, Paula J. Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-V. **Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry**, v. 49, n. 11, nov. 2010.

TEIXEIRA, Gustavo. **O reizinho da casa:** manual para pais de crianças opositivas, desafiadoras e desobedientes. 1. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014.

THEODORE, Lea A. **Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents**. 1. ed. New York: Springer Publishing Company, 2017.

7

Automutilação: um transtorno entre os adolescentes

Júlia Pessanha Macêdo
Maria Fernanda Alves Madeira
Margarete Zacarias Tostes de Almeida

"E não diga que a vitória está perdida, se é de batalhas que se vive a vida".

(Raul Seixas)

Considerações iniciais

A adolescência pode definir-se como uma etapa de desenvolvimento e de maturação entre a infância e a idade adulta, abalizada por várias mudanças fisiológicas e psicossociais e intensamente influenciada pela interação do adolescente com os seus contextos, reforçando-se assim a singularidade de cada adolescente e, consequentemente, a heterogeneidade dessa etapa do ciclo de vida, que impossibilita a afirmação de um padrão comum e universal a todos, bem como a delimitação rígida de um início e um fim da adolescência (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Neste capítulo, pretende-se discutir um assunto relevante, ainda muito minucioso devido à falta de informação e à dificuldade de entender o comportamento da automutilação, sobretudo no que tange à relação do sujeito e do outro. A automutilação ou autoflagelação é uma tentativa de, através da autolesão, suportar a dor mental. O sofrimento físico auxilia temporariamente a reduzir as dores emocionais, para fins de punição ou podendo estar associado a transtornos mentais (FORTES; MACEDO, 2017).

Ao passar por essa etapa da vida, o adolescente busca construir sua autonomia frente à família, bem como uma identidade social. Nessa esteira, são frequentes os comportamentos de risco, como, por exemplo, tabagismo; consumo de álcool e/ou drogas; relações sexuais não protegidas, entre outros. As adolescências patológicas revelam-se por falta de esperança e incapacidade para: lidar com as emoções, organizar um sentido de pertencimento e sustentar um sentimento de bem-estar. Os comportamentos autolesivos (CAL) na adolescência são sempre sinal de uma adolescência patológica. Embora de distinta gravidade, demonstram um forte mal-estar que não deve ser negligenciado, pela possibilidade de correlação de fracasso nas vertentes individual, familiar e social e resultantes de uma tentativa desesperada de alterar uma situação insustentável (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), a automutilação é classificada como transtorno psiquiátrico com necessidade de maiores estudos, uma vez que, na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), ela é apresentada como transtorno do controle do impulso não específico, ou como um dos sintomas de transtornos de personalidade como o Borderline (FREITAS; SOUZA, 2017).

Os fatores desencadeantes mais comuns podem ser problemas interpessoais, familiares, escolares, conjugais ou até mesmo alguns estados de ansiedade, frustrações, angústias, tensão, raiva, medo, insônia, confusão mental, depressão, dentre outros. As funções da automutilação mais utilizadas pelos jovens são as de Reforço Automático positivo - sentir alguma coisa, gerar sentimentos - e Reforço Automático Negativo - regular emoções negativas, como raiva, angústia, medo (MOREIRA, 2019).

Os comportamentos de automutilação podem ser qualificados em três níveis: leve, moderado e grave. As avarias leves vão de escoriações feitas com a unha ou objetos pontiagudos, passando por estágio moderado e progredindo

para os cortes superficiais, e as avarias graves são causadas por introdução de objetos no organismo, como agulhas, ou até mesmo a amputação de parte de membros, por exemplo, ponta dos dedos e lobos da orelha. A diferença está na intensidade e na relevância que essas ações assumem na vida do sujeito (ARAÚJO *et al.,* 2016). A principal explicação relacionada aos motivos da automutilação é a dor física promover um novo foco, que não seja mais a dor emocional.

O presente estudo é de natureza qualitativa, fundamentado na pesquisa bibliográfica, no enfoque da revisão literária e busca entender os motivos que provocam e colaboram para as atitudes autolesivas. Nesse intuito, estuda-se a temática a partir de artigos e periódicos científicos rastreados em plataformas de dados, tais como: Scielo, Lilacs, Pepsic e Google Acadêmico, com ampla leitura na construção de um novo olhar e relevância sobre o tema.

O contexto psicossocial que influencia a automutilação

"O eu é antes de tudo um eu corporal" (FREUD, 1923, p. 238). Nesse sentido, entende-se que os indivíduos que se automutilam estão se comunicando por uma linguagem corporal, como um pedido de socorro, no qual não conseguem se comunicar verbalmente devido à angústia, ao medo, à vergonha ou outros motivos.

A automutilação não é, especificamente, uma atitude suicida, mas os adolescentes que a praticam podem piorar o quadro clínico, evoluindo para uma depressão e, logo em seguida, para a tentativa de suicídio.

É possível correlacionar a automutilação na fase da adolescência ao nível de autoavaliação, sobretudo de maneira rígida, o que contribui para uma distorção interna e baixa estima. Ainda nesse contexto, um sentimento de invisibilidade social faz com que a autolesão seja uma forma encontrada pelo indivíduo de interagir com o mundo e dar visibilidade ao seu sofrimento psíquico (CUNHA; LIMA, 2018, p.5-8). Por isso, é importante que os indivíduos com esse tipo de transtorno procurem ajuda profissional, para que tenham ajuda, assim como um monitoramento que possa prevenir o suicídio.

A faixa etária mais comum para a automutilação na adolescência compreende as idades entre 12 aos 18 anos e tendem a diminuir com o aumento

da idade. Acredita-se que os adolescentes descobrem meios mais adequados para solucionar os problemas, além do fato de conviverem em meio escolar, ambiente esse que propicia o desenvolvimento de transtornos como ansiedade e depressão decorrentes do *bullying,* podendo vir a gerar episódios de automutilação.

Nos dias atuais, as redes sociais tornaram-se um campo aberto para manifestações diversas. Nesse cenário, é possível encontrar postagens e linguagens que sirvam de pano de fundo para "um dito no não dito", mesmo que os comunicadores em rede não percebam, há uma exposição de motivos. Ainda que inconscientes, esses demonstram muitas vezes sentimentos de prazer/desprazer, desejo/decepção, ideal/realidade, realização/frustração. Citam-se, como exemplo, frases como "sou a filha que faz tudo errado"; "Sou a menina que se machuca para não machucar os outros...", "[...] acordei... e foi aí que o desespero começou!". "[...] um corte aqui, um corte ali, ninguém vai notar, ninguém vai se importar" (COSTA; SILVA; VEDANA, 2019, p. 162).

Sinais clínicos da automutilação

Estudos feitos com o *pet scan* (tomografia computadorizada por emissão de prótons) demonstram que há liberação de endorfina no organismo após a automutilação, logo a redução passageira produzida pelos atos lesivos leva a pessoa a retomar a prática na intenção de possuir o alívio novamente. Para entendermos melhor essa sensação, é possível fazer uma analogia semelhante àquela obtida após a prática de exercício físico (HAMMOUD, 2017).

De acordo com um estudo realizado com alunos do ensino médio de duas escolas do Recife (FIGUEIREDO *et al.,* 2019) sobre a sensação após a prática do ato, 28% dos entrevistados responderam que o ato é seguido por uma sensação de vazio, em segundo lugar foi percebido o sentimento de bem-estar e alívio.

Segundo o PRO – AMITI (serviço do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP), é possível utilizar vários meios para poder identificar e confirmar o diagnóstico desse transtorno psiquiátrico. Um deles é relacionado às perguntas/interrogações que ajudam a direcionar a hipótese da doença. Iremos citar apenas algumas da lista, que são:

1. Alguma vez você se cortou ou fez pequenos cortes em sua pele?
2. Alguma vez bateu em você mesmo de propósito?
3. Alguma vez queimou sua pele (por exemplo: com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)?
4. Você costuma ter esse tipo de comportamento diante das pessoas com quem convive?
5. Quando praticou alguns dos atos mencionados, você estava tentando se matar?
6. Quanto tempo você gasta pensando em fazer tal(is) ato(s) antes de realmente executá-lo(s)?

Os sinais de um quadro de autolesão são característicos, pois são escolhidos locais do corpo de menor evidência para a pratica, além disso, blusas de manga comprida são utilizadas mesmo no verão. Após serem questionados sobre o emocional, os indivíduos que praticam tais atos se sentem desconfortáveis e demonstram tensão sobre o assunto. Em meio aos seus pertences, podem ser encontrados, com frequência, objetos cortantes.

Epidemiologia

Estudos comprovam que a autolesão é um comportamento cada vez mais comum entre os adolescentes, começando aos 12 anos de idade e tendo um pico aos 15 anos (SIMIONI, 2017).

Essas atitudes são duas vezes mais comuns em adolescentes do sexo feminino. Não há uma explicação concreta, mas o que se pressupõe hoje é o fato de que a depressão prevalece sobre o sexo feminino. Além disso, investiga-se até a relação da automutilação com o início da atividade sexual precoce, por ter que enfrentar conflitos do relacionamento. Ao passo que os homens recorrem ao álcool, na tentativa de esquecer os problemas.

Existe, também, a associação da automutilação com os níveis socioeconômicos, em que os indivíduos de níveis inferiores sofrem mais do transtorno do que os indivíduos de níveis superiores.

Um modelo de estudo que analisa o comportamento das atitudes autolesivas mostra que os métodos mais frequentes são: pensar em suicidar-se (19,3%), tentar magoar-se pensando em coisas horríveis acerca de si próprio (17,6%), magoar-se de propósito em alguma zona do corpo (15,6%), sendo os menos frequentes: comer demais para se punir ou magoar (4,1%) e ferir-se ou provocar uma lesão grave que precise de tratamento médico (4,6%).

Outro estudo apresenta o meio/instrumento usado para a autolesão, sendo as respostas mais referidas: cortei-me (56,4%), mordi-me (54,2%) e bati com o corpo ou bati em mim próprio (38,9%). Os comportamentos menos referidos foram: ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar (7,6%), ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer (7,6%) e consumi drogas com a intenção de me magoar (8,5%) (DUARTE, 2018).

Considerações finais

Com base nessa revisão bibliográfica, foi possível observar e entender um pouco melhor os motivos que levam uma pessoa a praticar a automutilação e os agravos desse transtorno, que podem levar a sérias consequências.

Dessa forma, é importante ressaltar a importância da execução de ações preventivas à atitude autolesiva; a necessidade de trabalhar capacidades emocionais e a análise dos estímulos que levam ao ato; disseminar informações seguras no intuito de expor o comportamento e conter o transtorno, colaborando para a identificação de casos e a confiança para o início precoce do tratamento.

Além disso, ressalta-se a necessidade de se buscar ajuda de profissionais para acompanhamento adequado das pessoas que passam por algum transtorno mental, independentemente de sua abrangência ou de quanto isso afeta o indivíduo, tanto psicologicamente quanto fisicamente.

Referências

ARAÚJO, Juliana Falcão Barbosa *et al*. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **PEPSIC. Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200012. Acesso em: 06 ago. 2019.

COSTA, S. J.; SILVA, C. A.; VEDANA, G. G. K. **Postagens sobre autolesão não suicida na internet.** 2019. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=766. Acesso em: 15 jul. 2019.

CUNHA, Jeysson Ricardo Fernandes da; LIMA, Rosana Cristina Alves de. Adolescência e Automutilação. **Folha Acadêmica do CESG**. Centro de Ensino Superior de São Gotardo. N. XVII jan-mar 2018. Disponível em: http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/folhaacademica. Acesso em: 29 out.2019.

DUARTE, E. **Dialectos da dor:** representações sociais sobre as funções dos comportamentos auto-lesivos em adolescentes. 2018. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6692/1/TES%20DUAR1.pdf. Acesso em: 18 jul. 2019.

FIGUEIREDO, P. P. V. *et al.* **Justificativas para automutilação.** 2019. Disponível em: http://www.humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/671/224. Acesso em: 17 jul. 2019.

FORTES, I.; MACEDO, K. M. M. **Automutilação na adolescência – rasuras na experiência de alteridade.** 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137--psico-20-38-00353.pdf. Acesso em: 09 jul. 2019.

FREITAS, Elidiane Queiroz das Mercês; SOUZA, Robson. Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em psicologia escolar. **Revista Ciência (In) Cena**, v. 1, n. 5, Salvador, Bahia. 2017. Disponível em: http://revistapuca.estacio.br/index.php/cienciaincenabahia/article/viewFile/4356/pdf4356. Acesso em: 05 ago. 2019.

FREUD, Sigmund. O ego e o id (1923). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GUERREIRO, F. D.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 31, n. 2. Lisboa, dez. 2013. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000308. Acesso em: 15 jul. 2019.

HAMMOUND, Maitê. **Por que as pessoas que se mutilam tem motivos e eu não?** 2017. Disponível em: https://br.mundopsicologos.com/perguntas/por-que-as-pessoas-que-se-mutilam--tem-motivos-e-eu-nao. Acesso em: 05 ago. 2019.

OTTO, C. S.; SANTOS, A. K. **O tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas:** o caráter epidêmico da autolesão. 2016. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24537. Acesso em: 14 jul. 2019.

SIMIONI, André Rafael. **Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna.** Dissertação de Mestrado. 2017. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158643/001022117.pdf?sequence=1. Acesso em: 07 ago. 2019.

8

Transtorno Bipolar na infância e adolescência: principais manifestações, diagnóstico e prognóstico

Bárbara Macedo Barbosa
Brendha Ferrari Bremenkamp
Mariana Fernandes Ramos dos Santos

"O dever: gostar daquilo que prescrevemos a nós próprios".
(Johann Goethe)

Considerações Iniciais

O presente estudo versou sobre o Transtorno Bipolar (TB) no contexto infantojuvenil, que é marcado por alterações significativas de humor, cujo sintomas consistem em formas típicas (euforia - mania e depressão), sendo elas bem caracterizadas e reconhecíveis. Sendo assim, o transtorno bipolar infantojuvenil é tópico de muitas pesquisas e discussões. Na realidade clínica, observa-se que a forma como os sintomas se manifestam oscila em função da idade ou da etapa

cognitiva e emocional da criança. Com o passar dos anos, pesquisadores chegaram a um consenso sobre a possibilidade de ocorrência do transtorno bipolar (TB) mesmo em crianças muito novas, da mesma forma como o significativo prejuízo no desenvolvimento e no funcionamento global.

Elucida-se que a etiologia seja desconhecida, tornando o prognóstico reservado, uma vez que inúmeros elementos são recorrentes para ocasionar a instalação do quadro. Dessa forma, tendo em vista que fatores genéticos e ambientais são responsáveis pelo transtorno, estabilizadores do humor são utilizados para amenizar os sintomas. No entanto, fatores como desequilíbrio hormonal, neuronal e hereditariedade estão diretamente relacionados ao TB, proporcionando, assim, um comprometimento na relação social entre crianças, adolescentes e adultos. Assim, torna-se necessária uma avaliação realizada pelo profissional da saúde mental para diagnosticar a doença e, dessa maneira, contribuir para a maximização das habilidades sociais dessa pessoa.

A apresentação clínica do THB (transtorno de humor bipolar) infantojuvenil se difere do quadro instalado na vida adulta. Há controvérsias quanto aos sintomas característicos do quadro naquela população, o que contribui para a divergência da existência do mesmo, podendo se apresentar da seguinte forma: humor irritável com tempestades afetivas, curso crônico, sintomas mistos de depressão e mania, ciclagem rápida, baixa recuperação interepisódica, labilidade emocional e irritabilidade durante todos os episódios (BRAGA; KUNZLER; HUA, 2008). Sendo descrito desde meados do século XIX, na última década recebeu maior atenção da comunidade científica, sendo reconhecido como patologia presente na juventude, chamando a atenção por sua prevalência nos dias atuais.

Neste capítulo, objetiva-se revisar aspectos oriundos do diagnóstico, prognóstico e principais manifestações do transtorno bipolar (TB) na infância e adolescência, dados para fomentar possibilidades de intervenções precoces, com o intuito de maximizar a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, a partir de livros, textos, periódicos, artigos científicos, bem como em bancos de dados como Scielo, Pubmed e Lilacs, analisando os sintomas, as possibilidades diagnósticas e prognósticas, com a pretensão de maximizar a compreensão sobre o tema em questão.

Aspectos visíveis no transtorno bipolar

O transtorno bipolar, caracterizado por ser uma doença psiquiátrica crônica, possui diversos aspectos que o norteiam. Dessa forma, diversos estudos são introduzidos a fim de que resultados sejam alcançados, como a descoberta por meio de avaliações clínicas. Tal distúrbio é representado por oscilações de humor, depressão, manias e hipomanias, em que a criança mostra-se totalmente temperamental e com o humor irritável. A avaliação dos pré-púberes deve ser realizada com cautela e observação, uma vez que diversos indivíduos possam apresentar alterações em sua passagem para a adolescência. Em virtude dos fatos mencionados, observa-se que as manifestações clínicas são de extrema importância para o diagnóstico da patologia. Assim sendo, o adolescente apresenta o humor muito positivo ou hiperirritável, alternando-os, além da dificuldade para aliar o sono, a fala excessiva e rápida e o bloqueio para concentração escolar, aspectos presentes no distúrbio. Adolescentes e crianças em idade escolar apresentam humor irritável, labilidade afetiva, estados mistos, ciclagem rápida, delírios de grandeza e explosões de raiva. Os episódios depressivos e maníacos são mal delimitados e o prognóstico é ruim. Os sintomas psicóticos estão mais presentes em adolescentes (GELLER; DELBELLO, 2003).

O transtorno ocorre raramente em crianças, sendo mais frequente em adolescentes e adultos. Nas crianças, apresenta-se com irritabilidade demasiada ao transcorrer do dia, sendo necessária investigação do TB, possibilitando, por meio de pesquisas qualitativas, investigar antecedentes e fatores predisponentes que acarretaram o distúrbio entre os jovens. Dessa forma, a avaliação escolar, cotidiana e clínica são essenciais para que tratamentos sejam realizados, seja com estabilizadores do humor, antidepressivos e psicoterapia. O objetivo é o desenvolvimento cognitivo e propiciar um entorno social mais afetivo.

Em relação à incidência do TB, de acordo com o DSM-V (APA, 2013), mais de 1% da população é afetada, independentemente da nacionalidade, origem étnica ou condições socioeconômicas. Segundo Grande *et al.* (2015), estima-se que em todo o mundo a prevalência é de 0,6% para TB do tipo I, 0,4% para TB tipo II e 2,4% para TB não especificado. Dados empíricos demonstram que a idade média para a manifestação do primeiro episódio maníaco ou depressivo é 20 anos, ou seja, inicia-se predominantemente na idade adulta (MORKEN; VAALER; FOLDEN, 2009). Porém, é crescente o número

de pesquisas que têm constatado a presença de sintomas e a manifestação do TB em idades inferiores aos 20 anos (BROTMAN *et al*., 2006; DUSETZINA *et al*., 2012; GOLDSTEIN, 2012; LEIBENLUFT, 2011; PAVULURI; BIRMAHER; NAYLOR, 2005; VAN METER *et al*., 2016). Costello *et al.* (1996) relatam uma taxa de 0,1% de crianças com THB entre 9 e 13 anos de idade. Já Verhulst *et al*. (1997) reportam uma prevalência de 1,9% de mania e 3,6% de depressão maior, em um estudo com jovens de 13 a 18 anos.

No Brasil, Tramontina *et al.* (2003), encontram uma prevalência de 7,2% de THB em jovens menores de 15 anos. A irritabilidade foi detectada em 91,7% dos pacientes. Deve-se pensar na hipótese de THB quando há depressão de início súbito, com características psicóticas, retardo psicomotor, história de transtorno de humor na família, especialmente transtorno do humor bipolar, e história de mania após uso de medicação antidepressiva (PAPOLOS; PAPOLOS, 2002).

Principais manifestações e suas correlações com o público infantojuvenil

O TB é marcado por inúmeros sintomas, caracterizados como eufóricos ou deprimidos. Desse modo, caracteriza-se por dois tipos de condições: a) mania (relação com comportamento desinibido e hiperativo) e b) depressão (mudanças extremas no estado de ânimo e nos comportamentos) (PERRY *et al.*, 2009; RAMIREZ-BASCO; THASE, 2003).

Assim como em adultos, o TB em crianças e adolescentes é considerado grave e está associado a mudanças do humor, incluindo dificuldade em seguir regras (que resulta em problemas emocionais, bem como no relacionamento social e no funcionamento acadêmico), desesperança e poucas habilidades de *coping*. West e Pavuluri (2009) salientam ainda que uma contingência presente na vida desses indivíduos é a ocorrência de eventos negativos e estresse crônico.

O TB na infância e adolescência resulta em agravos na evolução cognitiva e funcional da criança e, desse modo, pode ocasionar danos sociais, devido às contínuas alterações de humor. No meio acadêmico, também pode haver obstáculos, uma vez que, durante a sintomatologia, há uma distração dos jovens durante o exercício intelectivo e uma incapacidade destes no processo de aprendizagem.

Tabela 1 – Sintomas e THB Infantojuvenil

Infância	Adolescência
• Agressividade • Depressão • Temperamento mais eufórico • Humor deprimido ou irritável em parte considerável do dia; • Grande diminuição do interesse ou prazer em todas ou em quase todas as atividades; • Perda ou ganho de peso de maneira significativa; • Fadiga ou perda de energia; • Agressões a terceiros ou a si mesmo. Em casos extremos, a criança pode tentar o suicídio; • Recusa a ir à escola.	• Elevada ansiedade ou preocupação excessiva. • Dificuldade para levantar-se pela manhã. • Hiperatividade e excitabilidade à tarde. • Sono agitado ou dificuldade para conciliar o sono. • Terror noturno ou despertar recorrente no meio da noite. • Dificuldade de concentração na escola. • Dificuldade em organizar tarefas. • Reclamações frequentes sobre sentir-se aborrecido. • Facilidade de distração com estímulos externos. • Períodos de fala excessiva e muito rápida. • Mudanças de humor bruscas e rápidas. • Estados de humor irritável, alegre ou tolo. • Acessos de raiva ou fúria explosivos e prolongados. • Exacerbação da libido.

Fonte: Neuro Saber, 2018.

Diante dos sintomas e sinais demonstrados na tabela acima, observa-se que todos estes contribuem para uma debilidade na manutenção das relações sociais, em que crianças e adolescentes apresentam transformações em suas personalidades com o passar do tempo. Dessa forma, alterações no seu cotidiano, na vida acadêmica e nas relações familiares ocorrem.

Tabela 2 – Semelhanças e diferenças diagnósticas entre TDAH, TOD e Transtorno Bipolar

Transtorno	Diagnóstico
TDAH	É predominantemente clínico o histórico de saúde do paciente e da família, já que o TDAH tem origem genética.
TOD	Os sintomas geralmente começam antes de a criança completar oito anos, incluindo humor irritável, comportamento argumentativo e desafiador, agressividade e índole vingativa, com duração de mais de seis meses e causando problemas significativos em casa ou na escola.
TRANSTORNO BIPOLAR	Os episódios maníacos incluem sintomas como euforia, dificuldade para dormir e perda de contato com a realidade. Já os episódios depressivos são caracterizados por falta de energia e motivação, além de perda de interesse nas atividades cotidianas. Os episódios de alteração de humor podem durar dias ou meses e também podem estar associados a pensamentos suicidas.

Fonte: Mattos et al. (2006).

É importante salientar que inúmeras comorbidades acontecem e, desse modo, a dificuldade para a descoberta do transtorno pelos profissionais de saúde é visível. Altas taxas de comorbidade com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) (mais de 75%) são encontradas em amostras clínicas de crianças e adolescentes com THB e altas taxas (10% a 15%) de THB também são achadas em muitas amostras clínicas de crianças com TDAH (PAVULURI *et al.*, 2002). Em virtude da existência dessas altas taxas de comorbidade entre TDAH e THB, alguns investigadores sugerem que a presença de sintomas do TDAH em crianças que mais tarde apresentarão diagnóstico de THB pode definir um subtipo específico de THB no qual o TDAH aparece como um pródromo do transtorno de humor (STROBER *et al.*, 1998). Altas taxas de comorbidade com outros transtornos, como os do comportamento disruptivo e ansiedade, também são evidenciadas em jovens pacientes bipolares (TRAMONTINA *et al.*, 2003). Entretanto, uma análise comportamental é feita e a identificação dos transtornos é efetuada. Para que esses sinais e sintomas sejam atenuados, um tratamento adequado deve ser realizado, além de, a partir disso, uma tentativa de se chegar a um prognóstico apropriado.

Diagnóstico, prognóstico e a intervenção precoce

O diagnóstico do TB ainda é um fator significativo na sociedade, uma vez que para a realização deste deve haver uma identificação dos sinais e sintomas tanto pelos familiares quanto pelos profissionais da área de saúde. Isto posto, os fatores ocasionantes são avaliados por médicos, porém a etiologia para tal ainda é uma incógnita a ser descoberta.

Na tentativa de resolver algumas discordâncias entre os pesquisadores sobre a natureza, definição do TB em crianças e adolescentes e critérios para diagnosticá-lo, o DSM-V (APA, 2013) pontua que crianças com instabilidade de humor podem ser incluídas em uma das seguintes categorias: TB do tipo I (episódios de mania e depressão, que são diagnosticados com base nos episódios maníacos), TB tipo II (ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco), transtorno ciclotímico (períodos de hipomania e depressão que não atendem aos critérios para episódios de mania, hipomania ou depressão maior, por pelo menos um ano) e o TB não especificado (instabilidade de humor, mas que não satisfaz os critérios do manual. Apesar de existirem controvérsias quanto à forma de diagnosticar o TB em crianças e adolescentes, estratégias de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento dessa população têm sido alvo de investigações por meio de pesquisas empíricas (ANGST, 2013; AXELSON *et al.*, 2015; PHILLIPS; KUPFER, 2013; SEVERUS; BAUER, 2013). Um dilema no diagnóstico do transtorno bipolar em crianças é a ciclagem rápida, visto que a criança pode apresentar, diariamente, diversas mudanças de humor. Pode haver ciclagem ultradiana, com mais de 365 ciclos por ano (GELLER *et al.*, 1995).

Diante disso, o estudo da psicopatologia é essencial para que a análise comportamental seja corretamente executada. No entanto, a observação dos sinais e sintomas é de extrema importância para que uma terapêutica adequada seja efetuada. Todavia, é visível que há uma precariedade no reconhecimento do TB, pois não há marcadores biológicos para essa doença.

O histórico familiar e o ambiente são fatores que necessitam de uma investigação para concluir o diagnóstico. Dessa forma, o médico irá diagnosticar os jovens e recomendar um tratamento que contribua para a melhora tanto social quanto cognitiva. Por conseguinte, são introduzidos na vida das crianças e adolescentes psicoterapias, orientação familiar, utilização de medicamentos como

antidepressivos e antipsicóticos. Estudos retrospectivos por meio de exame de prontuários foram conduzidos, sugerindo a eficácia do lítio, da risperidona e do divalproato de sódio no controle de sintomas maníacos em crianças e adolescentes com THB (DAVANZO *et al.*, 2003; HENRY *et al.*, 2003; FRAZIER *et al.*, 1999).

Muitos medicamentos indicados para pacientes adultos com TB são prescritos para crianças e podem trazer melhoras clínicas, reduzir os fatores desestabilizadores do humor e aumentar estratégias estabilizadoras. O frequente abandono do tratamento pode ser por desconhecimento do problema ou a preferência pelo humor eufórico (BELZEAUX *et al.*, 2015). Embora o tratamento farmacológico esteja associado a prevenções de recaídas e ao menor risco de recidivas, 60% dos pacientes que o fazem têm recaídas nos dois anos após um episódio agudo, e pelo menos 50% experimentam sintomas relacionados com a oscilação do humor entre episódios (MIKLOWITZ *et al.*, 2003). Além disso, após o controle dos sintomas, os pacientes podem apresentar prejuízos em relação ao desempenho acadêmico e relacionamentos. Tal condição indica limitações da farmacoterapia e, assim, a recomendação para intervenções psicossociais (PRIEN; RUSH, 1996).

Considerações finais

O TB é uma enfermidade grave que parte da interação de fatores genéticos e ambientais e que pode provocar forte impacto social, familiar e educacional infantojuvenil. Devido ao fato de esse transtorno ter evolução crônica, o seu diagnóstico diferencial se torna um pouco mais árduo e ao mesmo tempo essencial. Quando em comorbidades, o TB pode comprometer o prognóstico, afetando o tratamento das crianças com TDAH, pois seu quadro clínico e os medicamentos usados para seu tratamento podem acarretar uma piora da atenção, da inquietação e da impulsividade do paciente.

Diante disso, torna-se notório que todos os jovens manifestam alterações de humor durante a sua evolução, tornando as transformações evidentes quando há um comprometimento funcional e cognitivo entre os pré-puberes e adolescentes, considerando que o referido transtorno implica na qualidade de vida das crianças, dos pais e das pessoas ao redor, comprometendo a autoestima e as relações que o paciente estabelece.

O resultado demonstrou que o TB é um fator crescente entre os indivíduos, tendo como características persistentes hipomanias e depressão. Pessoas com TB demonstram cada vez mais dificuldades para se relacionarem socialmente, apresentando oscilações de humor, como uma intensa euforia ou uma intensa depressão; irritabilidade, dificuldade para dormir e agressividade. Diante disso, concluiu-se que, ao compreender de que maneira e quais fatores geram o transtorno bipolar, é possível acelerar a realização do diagnóstico e conduzir o tratamento dos pacientes, tornando-o mais eficaz e melhorando a qualidade de vida deles, bem como seu entorno social, o que fomenta a reflexão para que possamos intervir de maneira eficaz no início da instalação do quadro.

Para que o efeito social seja minimizado, é de suma importância que a família seja inserida no processo psicoterápico e que participe no diagnóstico. O tratamento e o prognóstico são essenciais para alcançar uma melhoria na qualidade de vida. Portanto, o diagnóstico precoce e adequado do TB é essencial para a construção de um plano terapêutico correto e efetivo, com consequente melhoria do prognóstico, por meio de prevenção da doença e assistência aos que já estão acometidos. Assim, a compreensão, bem como a psicoeducação do transtorno e o reconhecimento deste são de suma importância no acesso e, sobretudo, na continuidade do tratamento.

Referências

ANGST, J. Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives. **International Journal of Bipolar Disorders**, 1(1), 1-3, 2013.

AXELSON, D. *et al.* Diagnostic precursors to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder: a longitudinal study. **American Journal of Psychiatry**, 172(7), 638-646, 2015.

BELZEAUX, R. *et al.* Adherence to medication is associated with non-planning impulsivity in euthymic bipolar disorder patients. **Journal of Affective Disorders**, 184, 60-66, 2015.

BIPOLARIDADE Infantil: conheça os sinais e tratamentos. **Neuro Saber**, Londrina, PR, 2018. Disponível em: https://neurosaber.com.br/bipolaridade-infantil-conheca-os-sinais-e-tratamentos/. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRAGA, Audrey Regina Magalhães; KUNZLER, Lia Silvia; HUA, Feng Yu. Transtorno de humor bipolar: diversas apresentações de uma mesma doença. Rev. psiquiatr. Rio **Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 77-80, abr. 2008.

BROTMAN, M. *et al.* Prevalence, clinical correlates and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. **Biological Psychiatry**, 60(9), 991-997, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 24 jul. 2019.

COSTELLO, E. J. *et al.* The Great Smoky Mountains Study of Youth: functional impairment and severe emotional disturbance. **Arch. Gen. Psychiatry**, 53:1137-43, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500005. Acesso em: 24 jul. 2019.

DAVANZO, P. *et al.* Mood Stabilizers in Hospitalized Children with Bipolar Disorder: a Retrospective Review. **Psychiatry Clin. Neurosci.** 57: 504- 510, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24421.pdf?fbclid=IwAR1one24fA_7xW4g18WuV2rPdyKY6ZzhkaXsgiwyQEJHWFnwzqgyLXGnp7A. Acesso em: 26 jul. 2019.

DUSETZINA, S. B.; WEINBERGER, M.; GAYNES, B. N.; FARLEY, J. F.; SLEATH, B.; HANSEN, R. A. Prevalence of bipolar disorder diagnoses and psychotropic drug therapy among privately insured children and adolescents. Pharmacotherapy: **The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy,** 32(12), 1085-1094, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 26 jul. 2019.

FRAZIER, J. A. *et al*. Risperidone Treatment for Juvenile Bipolar Disorder: a Retrospective Chart Review. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry,** 38: 960-965, 1999.

GELLER, B.; DELBELLO, M. P. **Bipolar disorder in childhood and early adolescence.** New York. The Guilford Press, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500005&fbclid=IwAR1GRiMfYSMMiaqGP0MIR1TDVj_FsLbT30-7rTEnhp4x1IgCPJ3YQSs3xSs. Acesso em: 24 jul. 2019.

GELLER B. *et al.* Complex and rapid cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary stud. **J. Affective Disorders**, 18:259-68, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500005&fbclid=IwAR1GRiMfYSMMiaqGP0MIR1TDVj_FsLbT30-7rTEnhp4x1IgCPJ3YQSs3xSs. Acesso em: 24 jul. 2019.

GOLDSTEIN, B. I. Recent progress in understanding pediatric bipolar disorder. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, 166(4), 362-37, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 26 jul. 2019.

GRANDE, I.; BERK, M.; BIRMAHER, B.; VIETA, E. **Bipolar disorder**. The Lancet (in press). 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 24 jul. 2019.

HENRY, C. A. *et al*. Long-term Outcome with Divalproex in Children and Adolescents with Bipolar Disorder. **J Child Adolesc Psychopharmacol** 13:523-529, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24421.pdf?fbclid=IwAR1one24fA_7xW4g18WuV2rPdyKY6ZzhkaXsgiwyQEJHWFnwzqgyLXGnp7A. Acesso em: 27 jul. 2019.

LEIBENLUFT, E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. **American Journal of Psychiatry**, 168(2), 129-142, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 26 jul. 2019.

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

MIKLOWITZ, D. J. *et al.* A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. **Archives of General Psychiatry**, 60(9), 904-912, 2003.

MORAES, César de; SILVA, Fábio Mello Barbirato Nascimento; ANDRADE, Ênio Roberto de. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 19-24, 2007.

MORAES, Renata Garcia de Almeida; GON, Márcia Cristina Caserta; ZAZULA, Robson. Transtorno bipolar em crianças e adolescentes: critérios para diagnóstico e revisão de intervenções psicossociais. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 77-87, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103--53712016000100009&lng=pt&nrm=iso.

MORKEN, G.; VAALER, A. E.; FOLDEN, E. G. Age at onset of first episode and time to treatment in in-patients with bipolar disorder. **British Journal of Psychiatry**, 194, 559-560, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 24 jul. 2019.

PAPOLOS, J.; PAPOLOS, D. F. The bipolar child. **The definitive and reassuring Guide to childhoods most misunderstood disorder**. New York, Brodway Books; 2002.

PAVULURI, M. N.; BIRMAHER, B.; NAYLOR, M. W. Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,** 44(9), 846-871, 2005.

PAVULURI, M. N. *et al.* Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. **Contemporary Psychiatry** 1: 1-10, 2002.

PERRY, A.; TARRIER, N.; MORRISS, R.; MCCARTHY, E.; LIMB, K. Randomised controlled. Trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. **British Medical Journal**, 318(7177), 149-153, 2009.

PHILLIPIS, M. L.; KUPFER, D. J. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. **The Lancet**, 381(9878), 1663-1671, 2013.

PRIEN, R. F.; RUSH, A. J. National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder. **Biological Psychiatry**, 40, 215-220, 1996.

RAMIREZ-BASCO, M.; THASE, M. E. Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Bipolares. *In:* CABALLO, V. E. (Org.) **Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos**. Santos, SP: Siglo Veintiuno Editores, 2003. Disponível em: http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2014/03/Transtorno-bipolar-infantil--eou-adolescente-revis%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-de-estudos-emp%C3%ADricos-de--interven%C3%A7%C3%B5es-psicossociais.pdf. Acesso em: 26 jul. 2019.

SEVERUS, E.; BAUER, M. The impact of treatment decisions on the diagnosis of bipolar disorders. **International Journal of Bipolar Disorders**, 2, 3-3, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 24 jul. 2019.

STROBER, M. *et al.* Early Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder Predicts Poorer Response to Acute Lithium Therapy in Adolescent Mania. **J Affect Disord** 51: 145-151, 1998.

TRAMONTINA, S. *et al.* Juvenile bipolar disorder in Brazil: clinical and treatment findings. **Biol. Psychiatry**, 53(11):1043-1049, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500005. Acesso em: 24 jul. 2019.

VAN METER, A. R.; BURKE, C.; KOWATCH, R. A.; FINDLING, R. L.; YOUNGSTROM, E. A. Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania. **Bipolar disorders (in press).** 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 26 jul. 2019.

VERHULST, F; VANDERENDE, J; FERDINAND, R; KASIUS, M. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. **Arch Gen Psychiatry**, 54:329-36, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500005. Acesso em: 24 jul. 2019.

WEST, A. E.; PAVULURI, M. N. Psychosocial treatment for childhood and adolescent bipolar disorder. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 18, 471-482, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100009. Acesso em: 26 jul. 2019.

9

O estresse pós-traumático na infância: a relação entre a violência e o distúrbio cognitivo-comportamental

Egidio de Carli Neto
Luiz Victor de Assis Soares
Vinicius Evangelista Dias

"Quando percebem que foram profundamente ouvidas, as pessoas quase sempre ficam com os olhos marejados. Acho que na verdade trata-se de chorar de alegria. É como se estivessem dizendo: "Graças a Deus, alguém me ouviu. Há alguém que sabe o que significa estar na minha própria pele".

(Carl Rogers)

Considerações iniciais

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma psicopatologia muito frequente em crianças e adolescentes devido à exposição a eventos traumáticos (BORGES *et al.*, 2010). De acordo com a *American Psychiatric Association* (1994),

o TEPT será desenvolvido no indivíduo que for exposto, testemunhar ou tiver conhecimento sobre um evento que envolva morte, ameaça à integridade física ou sérios ferimentos, estando o indivíduo sujeito a experienciar medo ou horror. Nota-se sintomas de revivescência, hiperestimulação autonômica e evitação/entorpecimento emocional.

Os eventos traumáticos enunciados no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico) incluem vivência de guerra, ameaça ou ocorrência real de agressão física, ameaça ou ocorrência real de violência sexual (penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual com abuso, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais e acidentes automobilísticos graves. Para crianças, eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos do estágio de desenvolvimento, sem violência física ou lesão (SOUZA, 2017).

Na CID-10 (OMS, 1993), inclui-se o TEPT aos sintomas de estresse e transtorno de ajustamento (F43), sendo os principais sintomas: sensação de entorpecimento, evitação, anedonia e revivência. O período até o surgimento dos sintomas é variável, podendo surgir entre um até seis meses após o evento traumático, raramente excedendo esse tempo, podendo uma minoria apresentar um caso crônico.

Muitos autores afirmam que a sintomatologia do estresse pós-traumático infantil se difere da apresentada por adultos, mesmo que o método diagnóstico seja semelhante e baseado no DSM-IV (DYREGROV; YULE, 2006; HAWKINS; RADCLIFFE, 2006). Entretanto, sabe-se que crianças menores respondem, emocional e comportamentalmente, de forma diferente ao trauma sofrido devido ao fato de suas características desenvolvimentais serem diferentes das dos adultos. Nota-se, portanto, que há limitações entre os critérios avaliados pelo DSM-IV para o TEPT (XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009).

A avaliação clínica inicial do TEPT em crianças e adolescentes apresenta maiores dificuldades, principalmente quando se trata de crianças pequenas, devido à falta de cognição e linguagem, tendo em vista que alguns critérios de avaliação incluem a compreensão de pensamentos e lembranças.

No que tange à metodologia, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na pesquisa bibliográfica, no enfoque da revisão de literatura narrativa.

A violência como fator etiológico do TEPT

Durante a infância, os efeitos da violência em suas diversas ocasiões podem levar o indivíduo a desenvolver TEPT. Não raro, pode-se incluir a violência familiar, em que o evento de maior trauma é a violência severa da mãe, seguida da agressão verbal da mãe com o filho e, além disso, a agressão do pai sobre a mãe. Para mais, o abuso sexual também apresenta-se como predispositor do TEPT (SOUZA *et al.*, 2018).

Predominantemente, a violência sexual vem acompanhada de outros tipos de violência, como a violência física, verbal e psicológica. Vários fatores podem influenciar na conclusão sobre as consequências de tal brutalidade, entre eles, a idade da criança, se há existência de vínculo da criança com o abusador, a diferença de idade e o grau de violência contra a vítima (FLORENTINO, 2015).

As manifestações clínicas do TEPT podem ser variadas, estando intimamente relacionadas ao processo de desenvolvimento de cada indivíduo. Citam-se os processos biológicos como o desenvolvimento neurológico, o cognitivo, o de aprendizagem, o funcionamento psíquico e também os contextuais (ambiente familiar, escolar, entre outros). Tem-se, como resultado, manifestações singulares a cada caso, podendo variar desde sequelas emocionais agudas, crônicas ou até mesmo a resiliência (DUTRA, 2013).

Diagnóstico

O TEPT surge quando a pessoa é afetada por algum evento grave, não sendo capaz de superá-lo. Então, segundo o DSM-V, para o diagnóstico, o indivíduo deve ter sofrido ou vivenciado algum episódio de morte, violência, lesão grave ou ameaça, de forma direta ou indireta. Os sintomas são característicos e incluem a revivência constante do evento traumático, esquivamento de pessoas, lugares e pensamentos que estão ligados ou remetem o indivíduo ao trauma, hiperexcitabilidade e alterações constantes de humor (MONSON *et al.*, 2016).

O diagnóstico do TEPT sofreu algumas mudanças em seus critérios do DSM-IV para o DSM-V, e a principal delas diz respeito à inclusão da

compreensão de que as crenças negativas, distorções do sentimento de culpa e emoções relacionadas ao trauma também fazem parte do quadro (CASTRO *et al.*, 2016).

A análise de saúde mental se torna mais difícil em pacientes jovens, de forma que, quanto menor a idade, mais complicada é a investigação. A criança pode subestimar alguns sintomas e variar as respostas, então, deve-se considerar todas as fontes de informações, tais como professores, pais, familiares e pessoas próximas. Além disso, para uma coleta eficiente, o profissional deve ter um bom vínculo com o paciente, pois torna-se possível a abordagem multifuncional, que deve ser feita quanto à sintomatologia e ao funcionamento emocional, bem como à história de desenvolvimento (SCHAEFER *et al.*, 2016).

Além disso, estudos recentes revelaram que esses indicativos podem estar presentes em pacientes que apresentam traços patológicos em suas personalidades, como no transtorno de personalidade esquizotípico, *borderline* e em pessoas com comportamento narcisista (SCHAEFER *et al.*, 2016).

Assim, para o diagnóstico de TEPT, de acordo com o DSM-V, são analisados oito critérios:

1. Se houve exposição do indivíduo a algum evento traumático, lesão grave, ameaça de morte ou violência sexual, em que a pessoa pode ter vivenciado, de fato, o ocorrido; testemunhado o acontecido; ter conhecimento de algum evento traumático que aconteceu com alguém próximo ou ter sido exposta várias vezes ou de forma grave a detalhes do evento traumático;
2. Presença de um ou mais sintomas relacionados ao evento traumático, como lembranças intensas e involuntárias, sonhos contínuos, reações adversas em que o indivíduo sente como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente;
3. Esquivamento sobre qualquer coisa que o relembre o evento, como desvio de pensamentos ou sentimentos;
4. Oscilação de humor, de forma negativa, evidenciada pela incapacidade de recordação sobre algo importante a respeito do evento traumático, visão pessimista sobre o mundo e sobre si mesmo, pensamentos que fazem o indivíduo se culpar pelo fato ocorrido e estado emocional sempre negativo;

5. Alterações na excitação. O paciente se torna irritadiço e tem surtos de raiva, pode apresentar comportamento imprudente/autodestrutivo, ficar hipervigilante e apresentar alterações no sono;
6. Perturbação, em que os critérios 2, 3, 4 e 5 duram por mais de 1 mês;
7. A perturbação acaba causando prejuízos sociais e profissionais;
8. Deve-se analisar se a origem da perturbação não é por efeito de alguma substância ou qualquer outra condição médica.

Os critérios descritos acima não se aplicam a crianças de 6 anos ou idade inferior. Para estas, existem indicadores mais específicos, como:

1. Deve-se descobrir se o evento ocorreu com o pai, a mãe ou algum cuidador;
2. As lembranças/revivências do trauma podem ser expressas em brincadeiras, com a diminuição do interesse em atividades;
3. A perturbação acaba prejudicando a convivência da criança com os pais, irmãos, familiares e pessoas próximas.

Toda essa evolução diagnóstica serve para direcionar o olhar do profissional em relação à especificidade que o TEPT apresenta (SOUZA, 2017).

Tratamento

Foa e Rothbaum (2018) salientam a possibilidade de o indivíduo desenvolver um sentimento de responsabilidade pelo ocorrido, além de perder também a sensação de segurança. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) presume que nossos sentimentos e comportamentos podem ser influenciados de acordo com a nossa interpretação da situação (BECK, 1997).

Com isso, ao presenciar elementos que o façam recordar a situação, o indivíduo passa a produzir reações ansiogênicas, o que o leva a evitar aquilo que o traz lembranças do ocorrido. Já a TCC atuará como uma ferramenta que auxilia o indivíduo a identificar e avaliar a realidade, para que futuramente

possa enfrentá-la. Submete-se, portanto, o paciente aos estímulos causadores da ansiedade, até que o mesmo consiga modificar seu pensamento sobre o trauma e até que não tenha mais o sintoma (GONÇALVES *et al.*, 2010).

Estudos apontam também grande eficácia no tratamento psicológico focado no trauma para crianças e adolescentes, sendo essa chamada de Terapia Cognitivo-Comportamental focada no trauma (TCC-FT) (CARY; MCMILLEN, 2012; SCHNEIDER *et al.*, 2013).

Devem ser considerados 4 pontos principais ao abordar o tratamento nesses pacientes:

(1) considerar a severidade e o grau de prejuízo referente aos sintomas pós-traumáticos;

(2) integrar intervenções para comorbidades no tratamento psicoterápico, quando necessário;

(3) incluir pais ou cuidadores no tratamento; e

(4) considerar prejuízo funcional como marcador de resultados terapêuticos, assim como a redução dos sintomas (COHEN; MANNARINO, 2010; SCHNEIDER *et al.*, 2013; FORBES *et al.*, 2010).

A principal característica da TCC-FT é a participação dos pais/responsáveis durante o tratamento. Geralmente, nas primeiras sessões eles participam separadamente, e, ao decorrer do tratamento, todos participam juntos para fortalecer o vínculo, a confiança, a segurança e para que compartilhem o que aprenderam separadamente. A TCC-FT é direcionada para crianças e adolescentes com idades entre 3 e 17 anos que apresentem sintomas relacionados ao trauma, como sintomas de TEPT, depressão e problemas comportamentais (COHEN *et al.*, 2006; LOBO *et al.*, 2014).

Alguns estudos realizados recentemente apresentam bons resultados em pacientes que passaram por eventos traumáticos e realizaram a TCC e a TCC-FT, apresentando redução significativa dos sintomas apresentados pelo TEPT (CARY; MCMILLEN, 2012; KOWALIK *et al.*, 2011; SILVERMAN *et al.*, 2008).

Na prática clínica, o julgamento do caso é de extrema importância para estimar o tempo de duração, a ordem e a ênfase de cada componente da terapia, progredindo com os conceitos já aprendidos pelo paciente (COHEN *et al.*, 2006; LOBO *et al.*, 2014).

Para cada caso traumático, admite-se um determinado tipo de tratamento, que será mais apropriado para cada paciente e sua sintomatologia. Para crianças que passaram belo abuso sexual, é importante incluir o aprendizado sobre a sexualidade saudável (COHEN, 2006). Para aquelas que sofrem do luto traumático, tem-se como objetivo a redefinição da relação do paciente com o falecido e do comportamento em suas relações atuais (COHEN *et al.*, 2006).

Observa-se, então, a flexibilidade do tratamento, podendo o clínico adaptar sua intervenção de acordo com o trauma e os sintomas apresentados (COHEN, 2006).

Considerações finais

A predisposição do TEPT inclui diversos fatores. Em crianças, a violência pode contribuir totalmente ou parcialmente para o desenvolvimento de tal transtorno, atrapalhando significativamente seu estilo de vida e convivência social, além de influenciar no emocional, na cognição, no comportamento e no desenvolvimento da criança como um todo.

O diagnóstico, em crianças, é muito mais difícil, sendo necessária uma abordagem planejada, com muita cautela e atenção, para identificar corretamente todo o acontecimento traumático e, assim, realizar um tratamento efetivo e proveitoso. Também é válido mencionar a importância, nessa etapa, dos pais e de pessoas próximas, já que o apoio social e o familiar são de extrema importância para uma melhor diminuição dos sintomas nos indivíduos.

Ter conhecimento das causas que tornam uma criança suscetível a desenvolver um quadro de TEPT pode auxiliar no diagnóstico precoce de vítimas que estão em risco e, então, cultivar estratégias de prevenção. Para tanto, estudos devem ser realizados nessa área, principalmente para o público infantojuvenil.

Referências

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

BECK, A. T. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes médicas. 1997.

BORGES, J. L.; ZOLTOWSKI, A. P. C.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL'AGLIO, D. D. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. **Avaliação Psicológica**, 9(1), 87-98. 2010. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027281010.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

CARY, C. E.; MCMILLEN, J. C. The data behind the dissemination: a systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. **Child. Youth Serv. Rev.** 34(4):748-57. 2012. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740912000138?via%3Dihub. Acesso em: 07 ago. 2019.

CASTRO, E. K.; ARMILIATO, M. J.; ZANCAN, R. K.; GREGIANIN, L. Avaliação do transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes de câncer infantil. **Quaderns de Psicologia,** 18(2), 7-14. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1326. Acesso em: 06 ago. 2019.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P.; DEBLINGER, E. **Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents**. New York: Guilford Press. 2006.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P. Psychotherapeutic options for traumatized children. **Current opinion in pediatrics**; 22(5):605. 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013499. Acesso em: 05 ago. 2019.

DUTRA, Juliana do Nascimento; KLUWE-SCHIAVON, Bruno; GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo. Conceito e diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático em crianças. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.** Belo Horizonte, v. 6, n.1, p. 102-113, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2019.

DYREGROV, A.; YULE, W. A Review of PTSD in Children. **Child and Adolescent Mental Health,** 11(4), 176-184. 2006. Disponível em: https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x. Acesso em: 02 ago. 2019.

FOA, E. B.; ROTHBAUM, B. O. **Treating the trauma of rape:** cognitive behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford. 2018.

FORBES, D. *et al*. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. **J. Trauma. Stress.** 23(5):537-52. 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20839310. Acesso em: 05 ago. 2019.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bergamo. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. Fractal, **Rev. Psicol.,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 139-144, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984--02922015000200139&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019.

GONÇALVES, Raquel Menezes *et al*. Impacto da co-terapia no tratamento do TEPT com terapia cognitivo-comportamental. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 32-41, jun. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808--56872010000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2019.

HAWKINS, S. S.; RADCLIFFE, J. Current Measures of PTSD for Children and Adolescentes. **Journal of Pediatric Psychology**, 34(4), 420-430. 2006. Disponível em: https://academic.oup.com/jpepsy/article/31/4/420/925265. Acesso em: 06 ago. 2019.

KOWALIK, J.; WELLER, J.; VENTER, J.; DRACHMAN, D. Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. **J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry;** 42(3):405-413. 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21458405. Acesso em: 08 ago. 2019.

LOBO, Beatriz Oliveira Meneguelo; BRUNNET, Alice Einloft; SCHAEFER, Luiziana Souto; ARTECHE, Adriane Xavier; KRISTENSEN, Christian Haag. **Rev. Bras. Psicoter.;** 16(1):8. 2014. Disponível em: http://hdl.handle.net/10923/9018. Acesso em: 06 ago. 2019.

MONSON, Candice M.; RESICK, Patricia A.; RIZVI, Shireen L. Transtorno de estresse pós-traumático. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos:** Tratamento Passo a Passo, p. 62, 2016.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed. 1993.

SCHAEFER, L. S.; LOBO, B. O. M.; BRUNNET, A. E.; KRISTENSEN, C. H. Reações pós-traumáticas em crianças: Como, por que e quais aspectos avaliar? **Interação em Psicologia**, 20(1), 112-123, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i1.30294. Acesso em: 08 ago. 2019.

SCHNEIDER, S. J.; GRILLI, S. F.; SCHNEIDER, J. R. Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. **Curr. Psychiatry Rep.** 15(1):332. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23250813. Acesso em: 02 ago. 2019.

SILVERMAN, W. K. *et al*. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events**. J. Clin. Child Adolesc. Psychol.** 37(1):156-83, 2008. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444057. Acesso em: 03 ago. 2019.

SOUZA, Celia Mendes de. **A violência contra mulher como fator de risco para o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático**. [123 f.]. Dissertação (Psicologia da Saude) - Universidade Metodista de São Paulo, [São Bernardo do Campo]. 2017. Disponível em: http://tede.metodista.br/jspui/retrieve/3763/Celia%20Mendes%20de%20Sousa.pdf.jpg. Acesso em: 02 ago. 2019.

_____; VIZZOTTO, Marília Martins; GOMES, Miria Benincasa. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. **Psic., Saúde & Doenças,** Lisboa, v. 19, n. 2, p. 222-233, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000200005. Acesso em: 02 ago. 2019.

XIMENES, Liana Furtado; OLIVEIRA, Raquel de Vasconcelos Carvalhães de; ASSIS, Simone Gonçalves de. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 417-433, abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 ago. 2019.

10

Psiquiatria nutricional: a influência da alimentação na saúde mental

Anna Karoline Brum Jorge
Aryane Ferraz Cardoso Pacheco
Raquel Veggi Moreira

"Um novo estado de qualidade de vida reflete diretamente há um novo estado de consciência, e um novo estado de consciência em uma nova maneira de ser".

Ale Villela

Considerações iniciais

Tem se tornado frequente encontrar pessoas que buscam uma melhoria na qualidade da alimentação com objetivo de perder peso, controlar o **índice glicêmico** e diminuir o nível de colesterol considerado ruim. No entanto, ainda é incomum as pessoas mudarem os hábitos alimentares preocupadas com a saúde do órgão mais

complexo e o maior consumidor de energia do corpo: o cérebro humano, o primeiro centro de controle do organismo e um dos responsáveis pela saúde mental.

Atualmente, o número de pessoas no mundo afetadas por doenças mentais é alarmante, visto que, em geral, os transtornos são caracterizados por variações de humor, distúrbios de apetite e de sono, baixa autoestima, pensamento acelerado, entre outros.

A globalização e os efeitos da transição nutricional podem estar ligados ao aumento da incidência de pessoas que sofrem de transtornos como depressão e ansiedade. A qualidade nutricional influencia na qualidade de vida, na medida em que proporciona a quantidade de nutrientes necessários para um bom funcionamento do organismo.

Alguns estudos relatam que um microbioma intestinal saudável é uma estratégia no tratamento e na prevenção de transtornos como ansiedade e depressão, pois o intestino é considerado o segundo centro de controle do corpo humano, participando no processamento de neurotransmissores como a serotonina, que regulam o humor e o bem-estar. Cabe ressaltar que a dieta mediterrânea rica em legumes, frutos do mar, grãos integrais, assim como vegetais folhosos ricos em fibras e nutrientes é considerada, atualmente, a mais benéfica para o organismo, pois proporciona a quantidade de nutrientes adequada para o funcionamento do organismo e uma população diversificada de bactérias benéficas ao intestino.

Diante do aumento do índice de pessoas com quadros relacionados à saúde mental e uma relação existente com os hábitos alimentares, a medicina tem adotado medidas para incluir a psiquiatria nutricional no cotidiano de pacientes como prevenção e estratégia para o tratamento de transtornos psiquiátricos, pois há uma necessidade de empregar planos terapêuticos complementares, como uma dieta adequada, para melhora na saúde mental. Assim, a modulação da microbiota intestinal pode ser uma tática para o desenvolvimento de novas opções de terapia para o tratamento de doenças mentais.

Este capítulo possui como objetivo analisar a influência e a importância da alimentação na gênese da saúde mental. No tocante à metodologia, trata-se de uma pesquisa qualitativa embasada em uma revisão bibliográfica, em que foram utilizados periódicos e artigos científicos rastreados em plataformas e bases de dados, tais como SciELO, PubMed e Medscape.

Transtornos mentais: o mal do século

Os transtornos mentais são considerados disfunções neurológicas que podem afetar qualquer pessoa, independentemente da idade, condição financeira e raça. Existem diferentes hipóteses neuroquímicas para explicar esses transtornos, caracterizados por alterações de humor, estresse, desânimo, sendo que, até então, a mais consistente é a de uma desregulação dos neurotransmissores no Sistema Nervoso Central (SNC), como a serotonina, noradrenalina, adrenalina, dopamina e acetilcolina.

Em um estudo, Opie *et al.* (2018) relataram que, em muitos países ocidentais, como a Austrália, um em cada cinco indivíduos, entre 16 e 85 anos, possui algum tipo de transtorno mental, como ansiedade, alteração de humor, depressão, entre outros, e quase a metade da população (45% ou 7,3 milhões de pessoas) sofreu um transtorno mental em alguma fase de suas vidas. Dentre os principais transtornos mentais que acometem a população, está a depressão, pois, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 300 milhões de pessoas no mundo sofrem com a doença, sendo que, com relação aos brasileiros, 5,8% sofrem desse tipo de enfermidade.

Na medicina, a depressão é tratada como uma desregulação do funcionamento cerebral. Na psiquiatria, especificamente, é comum os pacientes utilizarem medicamentos como método de tratamento, enquanto que, na psicanálise, o paciente é tratado como um todo, com base em sua individualidade, procurando minimizar seus sintomas por meio da comunicação. De acordo com Martins e Lima (2018), a depressão é diagnosticada quando possui uma série de fatores característicos como tristeza profunda, isolamento, baixa autoestima, distúrbios de sono e, em casos mais graves, comportamento suicida, que podem ocorrer com uma determinada frequência e intensidade, durar anos ou acontecer em intervalos de tempo.

A depressão pode ter relação com o luto, finanças, relacionamentos, acometimento de doenças, e, ainda, como será evidenciado mais a frente neste capítulo, ela também pode ter uma relação com os hábitos dietéticos do indivíduo. Neste caso, a melhoria da qualidade alimentar em indivíduos que sofrem de depressão é uma abordagem terapêutica potencialmente importante que pode trazer uma série de benefícios para a saúde mental do paciente, explicam Opie *et al.* (2018).

Outro transtorno mental que acomete grande parte da população são os transtornos de ansiedade, com uma prevalência mundial de 12,6% em um ano. Estudos realizados com a população brasileira reforçam a ideia de que os transtornos de ansiedade são um dos mais frequentes (17,6%) e mais incapacitantes, do ponto de vista da saúde pública (FURTADO; SILVA; WALFALL, 2018).

A palavra ansiedade é originada do latim *anxius*, que significa agitação e angústia, conhecida por um pensamento acelerado e uma antecipação de ameaças potenciais. Pacientes que apresentam quadros de transtornos de ansiedade, em geral, apresentam alterações de apetite, excesso ou inibição, todavia o padrão de consumo alimentar não corresponde a um sintoma central para o diagnóstico. Além disso, os estados de ansiedade estão associados a alterações fisiológicas ligadas à atividade de sistemas neurobiológicos de defesa e resposta ao estresse, podendo gerar consequências na imunidade e funções metabólicas no indivíduo (ANDRADE *et al.*, 2019).

Saúde mental e o eixo intestino-cérebro

A microbiota intestinal consiste no conjunto de microrganismos que residem no intestino humano, encontrando-se em comunicação com o Sistema Nervoso Central através do eixo intestino-cérebro. Essa comunicação é bidirecional, em que um pode influenciar na atividade do outro, por meio da interação entre sinapses do Sistema Nervoso Entérico com o Sistema Nervoso Central, através do nervo vago (LANDEIRO, 2016).

De acordo com Furtado, Silva e Walfall (2018), a sinalização bidirecional entre o trato gastrointestinal e o cérebro é regulada nos níveis neural, hormonal e imunológico, sendo essa construção conhecida como o Eixo cérebro-intestino. Inclusive, a conexão entre a saúde intestinal e a psicológica está relacionada com este Eixo, que é um sistema comunicativo e regulatório bidirecional envolvendo o cérebro, o Sistema Nervoso Central (SNC) e o ambiente entérico do intestino.

Como relatado por Martins e Lima (2018), a formação da nossa microbiota intestinal começa quando nascemos e, ao longo da vida, vai se alterando, dependendo do estilo de vida que se segue. A influência da microbiota no funcionamento do cérebro é direta e o estresse excessivo pode conduzir ao seu

mau funcionamento, consequentemente podendo levar a alterações de neurotransmissores sintetizados no intestino, causando distúrbios como alterações de humor, ansiedade, depressão, entre outros. Conhecido como segundo cérebro, o Sistema Nervoso Entérico é formado por neurônios e células gliais (não neurais), que se apresentam dispostos por todo o trato gastrointestinal, sendo responsável pelo controle neuronal.

É no intestino e na glândula pineal onde ocorre a maior produção de serotonina, tendo como precursor o aminoácido essencial triptofano, que **é** um neurotransmissor que atua no cérebro e em outros sistemas do corpo e proporciona a sensação de bem-estar, regulação do sono, apetite, entre outros benefícios para o organismo. A desregulação desse neurotransmissor pode gerar transtornos de humor, ansiedade e depressão (MARTINS; LIMA, 2018).

Consoante Patier *et al.* (2018), cerca de 95% da serotonina produzida no organismo humano é proveniente do trato gastrointestinal, na medida que as células enteroendócrinas realizam a síntese de serotonina mais que os neurônios serotoninérgicos centrais ou periféricos. Diante disso, nota-se a grande importância de uma boa saúde intestinal na regulação de humor.

Estudos realizados por Landeiro (2016) ainda demonstram que alterações na composição dessa microbiota, assim como a desregulação dos neurotransmissores no eixo intestino-cérebro, como o sistema serotoninérgico, encontram-se associadas a modificações no comportamento, surgindo distúrbios como a ansiedade, depressão ou outras doenças mentais. Portanto, verificamos que a alimentação pode influenciar negativamente a fisiologia do intestino, levando a uma transmissão de estímulos inapropriada ao longo do eixo intestino-cérebro e, consequentemente, surgindo alterações nas funções do SNC e o desenvolvimento de doenças mentais.

Diante disso, vêm crescendo cada vez mais evidências de que o microbioma intestinal pode influenciar e modular o comportamento emocional. Assim, uma microbiota intestinal saudável é essencial para a manutenção da fisiologia normal do intestino e contribui para a correta transmissão de sinais ao longo do eixo intestino-cérebro, o que permite a manutenção da saúde mental do indivíduo.

O impacto da alimentação na saúde mental

Pelo fato de o intestino poder ser considerado o grande mantedor da saúde do organismo, o seu funcionamento regular é essencial para que sua função fisiológica contribua para a passagem de sinais entre o eixo intestino-cérebro e gere um estado saudável do indivíduo.

Dessa forma, o estresse e os maus hábitos dietéticos têm efeitos significativos na microbiota, pois esta pode ser afetada por uma dieta pobre em qualidade alimentar, podendo afetar a fisiologia do intestino, levando a uma sinalização inadequada do eixo intestino-cérebro e, por conseguinte, a uma desregulação na transmissão dos sinais neurais.

A depressão é uma das principais causas de incapacidade, levando-se em consideração que muitos pacientes não apresentam resultados positivos aos tratamentos utilizados. Diante disso, novas intervenções terapêuticas estão surgindo, como a terapia nutricional, que vêm se mostrando como uma opção para melhorar os resultados no tratamento de depressão.

Nesse contexto, evidências preliminares sugerem que nutrientes, como vitamina D, vitaminas B12 e B9, vitamina C, zinco, selênio, ácido graxo ômega-3, podem auxiliar nos transtornos de humor regulando os neurotransmissores, devido a uma modulação na estrutura neuronal. Existem evidências iniciais promissoras, porém são necessários mais estudos para esclarecer sua eficácia (YEUM *et al.*, 2019).

Tendo como base a desregulação de neurotransmissores monoaminérgicos para explicação das alterações de humor e a alimentação como alternativa para regulação dos níveis de neurotransmissores pelo eixo intestino-cérebro, a qualidade alimentar e a maior ingestão de alimentos ricos em triptofano (precursor da serotonina) são fundamentais para manter uma regulação na transmissão de sinais, resultando em uma saúde mental de qualidade (PATIER *et al.*, 2018).

Um estudo realizado por Brandão e Soares (2018) relata que a má alimentação pode desequilibrar a microbiota intestinal, aumentando a população de bactérias, gerando grandes consequências. Para evitar essa desregulação, deve-se evitar o consumo excessivo de açúcares simples e industrializados, além de aumentar o consumo de cereais, frutas e vegetais. Uma forma de assegurar

uma vida saudável com uma saúde mental de qualidade é manter o bom funcionamento do intestino com hábitos alimentares saudáveis.

O hábito alimentar ocidental é caracterizado por um pobre consumo de frutas e vegetais, contribuindo para uma deficiência de vitaminas e minerais. Diante disso, observa-se uma relação importante dos costumes alimentares ocidentais e a prevalência de depressão e ansiedade nas últimas décadas, pois há evidências que sugerem que deficiências nutricionais, ainda que um desequilíbrio da microbiota intestinal, podem precipitar consequências negativas sobre a saúde do hospedeiro, levando a distúrbios neurológicos (FURTADO; SILVA; WALFALL, 2018).

Nessa linha de intelecção, Opie *et al.* (2018) realizaram um ensaio clínico controlado e projetado para avaliar uma intervenção dietética, conduzida por nutricionistas, com a finalidade de reduzir a sintomatologia depressiva em adultos com depressão clínica, sendo implementada uma dieta prescrita, com base na alimentação mediterrânea modificada para indivíduos com transtornos depressíveis. Após seguirem a dieta, o *feedback* dos participantes sobre como se sentiram foi extremamente positivo, demonstrando uma redução do risco de depressão para aqueles com maior adesão a uma dieta mediterrânica. Essa intervenção dietética para adultos com depressão pode ser efetivamente colocada em prática na clínica para lidar com tal condição altamente prevalente e debilitante. Sendo assim, a implementação e execução de uma intervenção dietética, como a dieta mediterrânea, deve ser considerada como uma abordagem terapêutica potencialmente importante para o tratamento da depressão.

Ainda nesse contexto, Parletta *et al.* (2019) investigaram se uma dieta de estilo mediterrânico (MedDiet) pode melhorar a saúde mental em adultos que sofrem de depressão. O objetivo do estudo foi investigar os impactos de uma intervenção de dieta ao estilo mediterrâneo, caracterizada pela alta ingestão de vegetais, frutas, legumes, cereais integrais, peixes, para a saúde mental em pessoas com depressão. A pesquisa relata um grupo de intervenção da dieta mediterrânea (MedDiet) *versus* um grupo social (comparação), o impacto na saúde mental e correlações entre melhores resultados nesse âmbito.

Em comparação com o grupo social, os resultados apresentados foram que o grupo MedDiet reportou uma melhora significativamente maior no seu índice de depressão. Ao longo de 3 meses, houve várias correlações estatisticamente

significativas entre a qualidade da dieta e a melhora da saúde mental, na medida em que escores de dieta mediterrânea mais alta foram significativamente associados com menores sintomas de depressão e ansiedade. Esse estudo foi um dos primeiros a mostrar os benefícios de uma dieta mais saudável para a saúde mental em grupo de pessoas com depressão.

Além de uma alimentação saudável ser uma grande estratégia para o tratamento e prevenção de transtornos depressíveis e de ansiedade, Landeiro (2016) cita os psicobióticos, que são organismos vivos que, quando ingeridos em quantidades adequadas, fornecem um benefício à saúde de pacientes que sofrem de transtornos mentais como uma opção, pois são capazes de produzir substâncias neuroativas, como GABA e serotonina, que atuam no eixo intestino-cérebro, tendo um efeito positivo no humor e ansiedade. Os psicobióticos, quando ingeridos, são benéficos para a saúde mental, visto que interagem com bactérias intestinais comensais, desempenhando efeitos ansiolíticos e antidepressivos.

Cada vez mais, têm sido comprovados os efeitos negativos de uma alimentação inadequada sobre a estrutura e função neural dos seres humanos. Diante disso, é necessário alertar a população para uma mudança no padrão alimentar, que deve ser introduzida gradualmente, privilegiando-se a ingestão de frutas, vegetais, alimentos ricos em fibras e proteínas, posto que dietas com a composição adequada de vitaminas, minerais e fibras são efetivas no tratamento a médio e longo prazo de transtornos mentais.

Considerações finais

Essa pesquisa evidenciou que o intestino possui um sistema de neurônios que é capaz de produzir uma quantidade significativa de serotonina, neurotransmissor que proporciona sensação de bem-estar, exercendo grande influência na qualidade de humor. Sendo assim, verificou-se que existe uma conexão bilateral entre o intestino e o Sistema Nervoso Central (SNC), conhecida como eixo intestino-cérebro, de modo que um influencia o outro. Dessa forma, o nosso comportamento, bem como alterações de humor, depressão e ansiedade, estão relacionados a esses dois sistemas integrados.

O desequilíbrio da microbiota intestinal, microorganismos que habitam o intestino, geralmente ocorre associado a hábitos alimentares inadequados, gerando uma condição inflamatória intestinal, o que pode influenciar nas

sinapses com o SNC, podendo levar a quadros de depressão, ansiedade e transtornos de humor. As sociedades ocidentalizadas desenvolveram uma cultura alarmante de aumento do consumo alimentar e de alimentos ultra-processados, que vêm tendo consequências graves para a saúde mental.

Assim sendo, recomenda-se uma reeducação dos hábitos alimentares para manter uma boa fisiologia dessa microbiota, dado que a população deve reduzir o consumo de industrializados e focar em uma dieta nutricionalmente equilibrada, baixa em gorduras saturadas, carboidratos refinados e rica em fibras, pois o seu consumo promove a fisiologia adequada do intestino, mantendo o equilíbrio entre a saúde e a doença.

Dessa forma, é notória a importância de uma microbiota saudável e preservada para a saúde mental e para o adequado funcionamento do Sistema Nervoso. A terapia nutricional é uma alternativa viável para uma saúde mental de qualidade e se faz relevante devido ao seu custo acessível e por não ser invasiva. Portanto, levando-se em consideração a importância de tal temática e a existência de pesquisas ainda muito recentes, é premente a necessidade de se prosseguir com estudos relacionados à alimentação e sua influência na saúde mental.

Referências

ANDRADE, João Vitor; PEREIRA, Luiza Possa; VIEIRA, Patricia Antonieta; SILVA, José Victor Soares da; SILVA, Amanda de Macedo; BONISSON, Marina Barbosa; CASTRO, Juliana Viana Rodrigues de. Ansiedade: um dos problemas do século XXI. **Revista de Saúde ReAGES**, *2*(4), 34-39, 2019.

BRANDÃO, Ingred Silva; SOARES, Denise Josino. **A obesidade, suas causas e consequências para a saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

FURTADO, Celine de Carvalho; SILVA, Alessandra Lima Bispo da; WALFALL, Alicia Matias. Psicobióticos: uma ferramenta para o tratamento no transtorno da ansiedade e depressão? **UNILUS Ensino e Pesquisa**, 15.40:137-151, 2018.

LANDEIRO, Joana Almeida Vilão Raposo. **Impacto da microbiota intestinal na saúde mental.** Dissertação de mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Muniz, 2016.

MARTINS, Ana Luiza Padilha; LIMA, Anabele Azevedo. **Perfil da microbiota residente intestinal e sua relação com a depressão**. 2018. Disponível em: https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/12641. Acesso em: 15 jul. 2019.

OPIE, Rachelle S.; O'NEIL A.; JACKA F. N.; PIZZINGA, J.; ITSIOPOULOS, C. *A* modified Mediterranean dietary intervention for adults with major depression: Dietary protocol and feasibility data from the SMILES trial. **Nutritional neuroscience**, 21.7: 487-501. PubMed, 2018.

PARLETTA, N. *et al*. A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED). **Nutritional neuroscience**, 2019, *22*(7), 474-487.

PATIER, Pedro Henrique Ximenes, VEIGA, Raíssa Torres Avelar Nasser da; SANTOS, Vitor Coletty dos; RIBEIRO, Marcela Moreira. Relação entre Depressão, Qualidade Alimentar Dietética e Eixo Intestino-Cérebro. Thieme - **International Journal of Nutrology**, 2018; 11(S 01): S24-S327.

YEUM, Tae-Sung; MAGGIOLO, Nicolette Star; GUPTA, Carina Taylor; DAVIS, Brett J.; NIERENBERG, Andrew A.; SYLVIA, Louisa G. Adjunctive Nutrition Therapy for Depression. **Psychiatric Annals,** 2019; 49(1):21-25.

Sobre os autores

Anna Karoline Brum Jorge

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu - Campus V, 4º período.

Aryane Ferraz Cardoso Pacheco

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 4º período. Monitora da disciplina de Fisiologia Médica 1.

Bárbara Macedo Barbosa

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 4º período. Extensionista em Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade e CARE.

Brendha Ferrari Bremenkamp

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campos V, 4º período. Extensionista em Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade.

Camila Souza Herdy

Estudante do curso de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), Campus V – Itaperuna - RJ, 4º período. Membro da extensão universitária Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade.

Carolina Mothé Venancio

Aluna do curso de graduação em Medicina pela Universidade Nova Iguaçu (UNIG), Campus V, 4º período.

Denise Tinoco Novaes Bedim

Mestre em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, CES/JF (2005). Especialista em Psicologia Escolar/Educacional pelo Conselho Regional de Psicologia, Registro nº 1460/01 em 24/04/02 (CRP/05). Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia, Registro nº 1461/01 em 24/04/02 (CRP/05). Especialista em Psicanálise Clínica pela Universidade Federal Fluminense, UFF/RJ (1999). Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação - IBMR/RJ (1992). Graduada em Psicologia Clínica, Licenciatura, Bacharelado em Psicologia pela Faculdade Maria Thereza - FAMATH/RJ (1990). Psicóloga em Consultório Particular em Itaperuna/RJ. Professora no Curso de Graduação de Psicologia do Centro Universitário São José de Itaperuna - UNIFSJ (2015-2018). Coordenadora do Grupo de Estudos Psicanalíticos: Transmissão em Psicanálise - UNIFSJ (2016). Coordenadora do Grupo Operativo da Terceira Idade - UNIFSJ (2016). Professora de Psicologia Prática no curso de graduação de Medicina na Universidade Iguaçu, Campus V, UNIG, desde 2016.

Dulce Helena Pontes-Ribeiro

Doutora em Letras (área de concentração: Língua Portuguesa) pela Uerj. Mestre em Educação pela UCP. Pós-graduada *lato sensu* em Língua Portuguesa pela Fafita. Graduada em Letras pela Fafita. Professora aposentada da Educação Básica (ensinos fundamental e médio). Atualmente, Professora em exercício no Ensino Superior (Curso de Letras) com as disciplinas Língua Portuguesa: origem e evolução e Língua Latina.

Egidio de Carli Neto

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 5º período. Membro do Núcleo de Pesquisa de Medicina e Cientificidade.

Elidia Possidente Garcia Chaves

Estudante do curso de Medicina da UNIG - Universidade Iguaçu - Campus V, 4º período; Membro do grupo de Extensão COMVIDA, Membro da Liga Acadêmica de Psicologia Médica.

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Doutora e Mestra em Cognição e Linguagem pela Uenf. Doutoranda em Ciências Jurídicas pela UNLP. Membro efetivo da Associação de Bioética Jurídica da Universidade Nacional de La Plata. Professora dos Cursos de Direito e Medicina. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Bioética e Dignidade Humana. Coordena Projetos de Iniciação Científica. Pós-graduada em Direito Público, Direito Privado e Educação. Graduada em Direito e Licenciada em Pedagogia.

Ieda Boechat Tinoco Crespo

Estudante de Medicina da UNIG - Campus V, 6º período. Membro da Liga Acadêmica de Fisiologia Humana Aplicada. Membro do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade Humana.

Jade Santos Silva

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 5º período, Vice-Secretária da Liga Acadêmica LAPAC (Liga Acadêmica de Parasitologia Clínica), Membro da IFMSA (Federação Internacional dos Estudantes de Medicina – Comitê UNIG), participante da Extensão Universitária "Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade", participante da Extensão Universitária "Prevenção de Acidentes Domésticos em Pediatria".

Juçara Gonçalves Lima Bedim

Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Membro efetivo da Academia Itaperunense de Letras (ACIL). Membro do Corpo Editorial – como revisora de Língua Inglesa – da Revista Eletrônica "*Acta* Biomédica Brasiliência" (ISSN: 2236-0867 – *Creative Commons* Atribuição 4,0 Internacional). Membro do Grupo de Pesquisa "Bioética & Dignidade Humana". Professora aposentada de Ensino Médio do Estado do Rio de Janeiro. Professora-Pesquisadora e Extensionista da Universidade Iguaçu (UNIG), Campus V – Itaperuna-RJ, dos cursos de Medicina e Direito. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Medicina e Cientificidade "Dr. Renam Catharina Tinoco".

Júlia Pessanha Macêdo

Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Iguaçu, Campus V - Itaperuna/RJ.

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 5º período, Membro da Liga Acadêmica LAIESC (Liga Acadêmica de Integração Escola, Serviço e Comunidade), Membro da IFMSA (Federação Internacional dos Estudantes de Medicina – Comitê UNIG), Vice-presidente da Liga Acadêmica de Psicologia médica, Membro do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade humana. Bolsista no projeto de iniciação científica, Monitora da disciplina de Patologia

Geral, Psicóloga, Pedagoga, Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar; Especialista em Psicopedagogia Institucional, Especialista em Psicologia Cognitivo-Comportamental, Especialista em Terapia Familiar Sistêmica, possui Licenciatura Plena em Sociologia e é doutoranda em Psicologia Clínica pela UCES.

Karol Aparecida Amiti Fabri

Estudante do curso de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), Campus V – Itaperuna - RJ, 4º período. Participou da extensão universitária Neurociência Cognitiva e Desenvolvimento Humano. Membro da Extensão Universitária Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade. Graduada em Engenharia Mecânica.

Laura Lutterbach Dalbuone Pinheiro

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 5º período. Membro da Liga Acadêmica LAFA (Liga Acadêmica de Fisiologia Aplicada), Monitora da disciplina de Fisiologia Humana I, Estagiária no setor de Patologia no Hospital São José do Avaí, participante da Extensão Universitária Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade.

Laura Martins Rangel

Estudante do curso de graduação em Medicina pela Universidade Nova Iguaçu –Campus Itaperuna – 4º período.

Luiz Victor de Assis Soares

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 5º período. Membro do Núcleo de Pesquisa de Medicina e Cientificidade.

Lyssa Portal da Silva

Estudante do curso de Medicina da UNIG - Universidade Iguaçu - Campus V, 4º período; Membro da Liga Acadêmica LAPAM (Liga Acadêmica de Patologia Médica); Membro do grupo de extensão COMVIDA: humanização em oncologia; Membro do projeto de extensão CARE: saúde mental e dependência química; Graduada em Direito; Pós-graduada em Direito Público; membro da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil).

Margarete Zacarias Tostes de Almeida

Doutora em Ciências, Museologia e Patrimônio (2015) pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Mestre em Psicologia, com área de concentração em Psicanálise (2004) e Letras (2010) pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - CESJF. Professora de Psicologia Médica no Curso de Graduação em Medicina, Psicologia Jurídica no Curso de Graduação em Direito e Coordenadora Pedagógica da Universidade Iguaçu - Campus V - Itaperuna/RJ, Coordenadora da Liga Acadêmica de Psicologia e Pesquisadora na Universidade Iguaçu - Campus V.

Maria Fernanda Alves Madeira

Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Iguaçu, Campus V - Itaperuna/RJ.

Mariana Fernandes Ramos dos Santos

Psicóloga. Neuropsicóloga. Mestre em Psicologia. Terapeuta Cognitivo-Comportamental. Especialista em Reabilitação Neuropsicológica. Especialista em Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental. Especialista em Saúde Mental. Docente nas instituições: UNIFSJ, UNIG, Estácio, ISECENSA, Auxiliadora, UCP. Autora dos livros: Diálogo Mente e Cérebro: Reestruturação e Reabilitação Cognitivas numa interlocução entre Terapia Cognitivo Comportamental e Neuropsicologia e Resiliência para Crianças e Adolescentes e Membro do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade Humana.

Naiara Andrade Biscácio

Psicóloga. Especialista em Hipnose Clínica, Hospitalar e Organizacional. Mestranda no programa Interdisciplinar em Linguística Aplicada PILGLA-UFRJ, onde pesquisa Análise do Discurso com foco em pesquisa intitulada "Tensões entre médico/a e paciente diante da comunicação de notícias difíceis em interação face a face". Possui interesse por estudos na área de Psicologia Médica, Saúde Coletiva, Bioética, Psicologia e Hipnose Clínica e Hospitalar. Atualmente, é coordenadora da graduação em Psicologia no Centro Universitário São José de Itaperuna. Docente no Centro Universitário São José de Itaperuna nos cursos de Psicologia, Farmácia, Enfermagem e Biomedicina. Atua também como psicóloga hospitalar no Hospital São José do Avaí, em Itaperuna - RJ; na OPO4 (Organização de Procura de Órgãos) na Região Norte-Noroeste-Lagos do Programa Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos do Rio de Janeiro. Atende em consultório particular. Tem experiência em Psicologia Hospitalar, Psicologia Clínica, Hipnose Clínica e Atendimento Psicológico Domiciliar para Reabilitação em serviço de *Home Care* e docência do ensino superior.

Nathália Frade Soares

Estudante de Medicina pela Universidade Iguaçu (UNIG) - Itaperuna. Membro da Liga Acadêmica de Inovação e Pesquisa (LAIP) da Universidade Iguaçu.

Nayanna de Almeida Nassif Rodrigues

Estudante de Medicina pela Universidade Iguaçu (UNIG) - Itaperuna. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Possui resumo de artigo publicado no 25º Congresso Europeu de Psiquiatria, na Itália. Membro da Liga Acadêmica de Inovação e Pesquisa (LAIP) da Universidade Iguaçu.

Raquel Veggi Moreira

Doutoranda e Mestra em Cognição e Linguagem pela UENF (pesquisa interdisciplinar em Bioética e Direito). Membro da Associação de Bioética Jurídica da Universidade Nacional de La Plata - Argentina. Membro do grupo de pesquisa

Bioética e Dignidade Humana. Especialista em Direito Civil. Especialista em Direito de Família e Mediação de Conflitos. Especialista em Planejamento, Implementação e Gestão de Educação a Distância. Advogada.

Vinicius Evangelista Dias

Doutorando em Medicina (aluno especial) na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – MG. Mestre em Medicina (Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte). Residência em Cirurgia Geral (Hospital São José do Avaí – Itaperuna – RJ). Graduado em Medicina (Universidade Iguaçu – Campus V – Itaperuna). Médico Intensivista em Hospital São José do Avaí. Médico do trabalho na Secretaria de Saúde de Natividade – RJ).

Esta obra foi composta nas tipologias Minion Pro/Myriad Pro e foi impressa
em papel Pólen-soft® 80 grs./m², no verão de 2020.

Esta obra realiza um breve estudo dos principais transtornos mentais verificados na sociedade deste novo milênio de cotidiano globalizado.

Nela, o leitor encontra os principais transtornos analisados de modo a demonstrar a importância da intervenção nessas situações que se mostram presentes na vida contemporânea, não somente dos adultos, mas das crianças e dos adolescentes: transtornos do sono desencadeando depressão, transtorno bipolar, depressão e ansiedade, Transtorno de Personalidade Borderline, bulimia e anorexia, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, suicídio, síndrome do pânico, Bournout, TOC, TEA, depressão infantil, TDAH, Transtorno Opositivo Desafiador, e, ainda, a dependência digital – que decorre do uso excessivo das redes sociais digitais e demais possibilidades oferecidas pela internet.

Os organizadores

ISBN 978-85-5635-145-6
9 788556 351456

BRASIL MULTICULTURAL

www.editorabrasilmulticultural.com.br
www.facebook.com/ibramep
contato@brasilmulticultural.com.br