



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LARISSA BACCOLI DE SOUZA

ABORDAGEM DAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS DA INFÂNCIA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA

SÃO PAULO  
2020

LARISSA BACCOLI DE SOUZA

ABORDAGEM DAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS DA INFÂNCIA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: SIMONE DE CARVALHO SANTOS

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

O aumento da prevalência de transtornos psiquiátricos na infância pode ser explicado, em parte, pela condição psicossocial (pais com baixa escolaridade, precárias condições socioeconômicas e um ambiente de abuso psicológico e físico), em parte pelo abuso de substâncias potencialmente deletérias no período gestacional acarretando déficits no desenvolvimento fetal. Em grande parte dos casos, existe história familiar de distúrbios psiquiátricos e/ou história de abuso sexual ou violência. A maior parte das redes de saúde não está organizada de maneira coesa para garantir a coordenação do cuidado em saúde mental infantil. Tal fato apresenta consequências desastrosas para a família: os pais enfrentam prejuízos econômicos; as crianças enfrentam problemas de socialização nas escolas, gerando atraso no desenvolvimento das capacidades cognitivas, isolamento social e piora do quadro clínico. É necessário a identificação precoce de distúrbios psiquiátricos na infância por meio de instrumentos padronizados. A abordagem dessa patologia deve ser realizada por toda a equipe de saúde da família, de forma integrada: equipe de enfermagem e auxiliares técnicos, odontologia, agentes comunitários, médicos, Psicologia, Psiquiatria, Assistência Social e Conselho Tutelar/Vara da Infância. O tratamento que deve ser instituído depende do diagnóstico e da gravidade dos sintomas, podendo ser necessário o uso de psicofármacos associados ao suporte familiar e atividades em grupo na comunidade para as famílias e as crianças/adolescentes. O plano de cuidados deve estar articulado com outros pontos da rede de saúde Municipal, garantindo a longitudinalidade.

## **Palavra-chave**

Unidade Básica de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Transtornos Mentais.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Devido à alta prevalência de doenças mentais, uso de substâncias psicoativas e abuso de drogas ilícitas na população adscrita na minha unidade - Estratégia de Saúde da Família CDHU localizada no município de Bragança Paulista -, percebi que um grande número de crianças tem desenvolvido transtornos psiquiátricos. Tal fato pode ser explicado, em parte, pela condição psicossocial que estão inseridas (pais com baixa escolaridade, precárias condições socioeconômicas e um ambiente de abuso psicológico e físico), em parte pelo uso nocivo de substâncias potencialmente deletérias no período gestacional acarretando déficits no desenvolvimento fetal. A rede de saúde local apresenta algumas falhas no que diz respeito à coordenação do cuidado quando se trata de transtornos psiquiátricos na infância. Atualmente não dispomos de neurologia infantil e a maioria dos psiquiatras atendem somente pacientes adultos. Existe apenas um profissional vinculado ao hospital universitário da Universidade São Francisco que atende crianças com transtorno de espectro autista, porém a demanda é maior do que a capacidade de abordagem da equipe, deixando alguns pacientes sem assistência médica especializada. Tal fato apresenta consequências desastrosas para a família desse paciente: os pais enfrentam prejuízos econômicos devido a necessidade de se ausentarem no trabalho devido às crises psicóticas de seus filhos, o que acaba acarretando demissão. As crianças enfrentam problemas de socialização nas escolas, que não estão estruturadas para fazer a sua inclusão, não disponibilizam professores de apoio, gerando atraso no desenvolvimento das capacidades cognitivas dessa criança, isolamento social e piora do quadro clínico. Em relação a prevalência do agravo na infância, pude perceber que é maior no sexo masculino e que, na maioria dos casos, existe história de distúrbios psiquiátricos em um dos progenitores. Já em adolescentes e adultos jovens, esse agravo é mais frequente no sexo feminino e está diretamente relacionado a história de abuso sexual ou violência sofridas na infância.

Consigo destacar dois casos especiais: o primeiro aconteceu logo que iniciei minhas atividades na unidade, em dezembro de 2018. Uma paciente do sexo feminino, 14 anos de idade compareceu à unidade acompanhada da tia com queixa de corrimento vaginal após relação sexual desprotegida. Durante a abordagem, além do tratamento da condição atual foram pesquisadas outras infecções sexualmente transmissíveis, tendo resultado positivo para sífilis, sendo instituído o tratamento com Penicilina Benzatina além de contracepção injetável e orientada a convocar o parceiro. A paciente referia que tinha vários parceiros e que tinha medo de revelar o diagnóstico para eles. Fui buscar mais informações sobre o ambiente que essa criança estava inserida e a agente comunitária de saúde de sua área me revelou que ela estava se prostituindo em troca de substâncias ilícitas (maconha, cocaína e crack) e tinha se afastado das atividades escolares. Algumas semanas depois, nos foi reportado que a paciente tinha desaparecido por alguns dias, com um homem de 35 anos, casado, que a manteve em cárcere privado e praticou abuso sexual. Nesse momento, percebemos que a situação estava tomando um rumo irreversível. Após reunião de equipe, acionamos a equipe de Assistência Social integrante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) e Conselho Tutelar do município. Durante a consulta médica em conjunto com Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Assistência Social e Conselho Tutelar, acompanhada da mãe, nos fora revelado que o pai da paciente não é presente em sua vida, já havia se separado da mãe alguns anos atrás e toda vez que relatava algum problema para ele, reagia com violência física contra a criança, além de ser usuário de drogas. Orientamos ambas em relação a importância do absentismo do uso de substâncias ilícitas, retorno às atividades escolares e maior vigilância, por parte da mãe, sobre a rotina e amizades da

criança. Alguns meses depois veio a notícia que a paciente tinha sofrido um acidente: foi vítima de atropelamento devido a acerto de contas por dívidas de drogas. A paciente teve traumatismo cranioencefálico (TCE) grave com perda de massa encefálica e necessidade de intervenção neurocirúrgica. Durante visita domiciliar para avaliação pós-operatória, a mãe revelou que a paciente vinha apresentando episódios de agitação psicomotora e dificuldade para dormir - inclusive durante internação hospitalar sendo necessária contenção física no leito. Tais sintomas eram compatíveis com síndrome de abstinência e foram tratados com medicações psicoativas após discussão do caso com a Psiquiatria. Alguns dias depois, a mãe nos procurou na unidade, referindo que o tio da paciente, que morava na mesma casa, era usuário de drogas e oferecia tais substâncias a paciente, que persistia com alterações de comportamento. Foi realizada nova reunião multidisciplinar e optamos por encaminhar a paciente para Associação Beneficente São Lucas, que disponibilizava serviços de assistência social, psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, fisioterapia, além de atividades integrativas com aula de música, artesanato, entre outras. Foram realizadas diversas consultas na unidade, sempre de maneira integrada com a equipe e outras especialidades. A paciente apresentou melhora significativa da cognição, da fala e da marcha (sequelas do TCE), porém ainda persistia com o uso de substâncias ilícitas, com menor frequência, assim como melhora dos surtos psicóticos. Mãe e filha se mudaram para outra região da cidade, a fim de afastar a criança do acesso facilitado a drogas e conflitos familiares. Devido ao forte vínculo construído entre a equipe e a paciente e sua mãe, elas continuam fazendo acompanhamento na unidade em que atuou. Não conseguimos um sucesso integral no caso, mas o prognóstico se torna cada dia mais favorável.

Outro caso muito marcante foi de uma paciente que atendi após tentativa de autoextermínio em consulta de matriciamento de Psiquiatria. A paciente já apresentava distúrbios psiquiátricos de longa data, inclusive fez uso de substâncias psicoativas durante a gestação por apresentar surto psicótico após suspensão das medicações. Algum tempo depois trouxe o filho de 7 anos para consulta médica com diversas cartas de reclamação da escola. A criança apresentava dificuldade no relacionamento com colegas e professores, déficit intelectual, auto e heteroagressividade, fala infantilizada e comportamento estereotipado. Durante a primeira avaliação se mostrou uma criança inquieta, não respondia ao que era perguntado, não explorava o ambiente e era incapaz de manter contato visual com a equipe, apenas brincava com uma luva que ganhou na sala de triagem da enfermagem. A mãe revelou que a criança estava em surto, não dormia há 3 dias, estava agressiva, tentou agredir a mãe e estava se mutilando. Fiquei impressionada com a situação e, diante da gravidade do caso, mantive mãe e criança na unidade enquanto entrei em contato com a Secretaria de Saúde para verificar a possibilidade de encaminhamento imediato dessa criança. Porém, as dificuldades começaram: o Hospital Dia da Universidade São Francisco atendia apenas pacientes adultos; a neurologista pediátrica tinha se desligado recentemente da rede de saúde do município; o psiquiatra que fazia o matriciamento na minha unidade também tinha se desligado da rede e o outro profissional estava de férias. Enfim, me vi enfrentando uma situação de alta complexidade que deveria ser conduzida em serviço especializado com abordagem psicoterapêutica e farmacológica, porém que não estava disponível. Entrei em contato com a Assistência Social que prontamente se apresentou na unidade e conversou comigo e com a enfermeira em relação às possíveis soluções dos problemas. Porém, nenhuma das soluções propostas tiveram êxito: encaminhamento para Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário não foi possível devido à grande demanda de atendimentos, a vaga solicitada na APAE do município não foi

disponibilizada, o encaminhamento para Neurologia Infantil em outro município levaria meses e a professora de apoio solicitada à escola que a criança frequentava não foi disponibilizada. Após uma pequena revisão da literatura, conversa com tutor e colegas do Programa Mais Médicos, decidi instituir o tratamento farmacológico com ajustes graduais de doses e reavaliações frequentes, além da consulta com a psicóloga do NASF até que novas intervenções pudessem ser realizadas. Para minha surpresa, a criança apresentou boa resposta ao tratamento e remissão do quadro psicótico. Porém, ainda aguarda a consulta com os especialistas referidos.

## ESTUDO DA LITERATURA

As consequências do alcoolismo parental podem se manifestar como a Síndrome Alcoólica Fetal, além da transmissão familiar do comportamento aditivo. Estudos verificaram uma maior prevalência de distúrbios psiquiátricos como transtorno de conduta além de deficiências cognitivas e de aprendizado associados ao alcoolismo familiar. Não somente fatores genéticos, mas também fatores ambientais, como indicadores sociais desfavoráveis estão frequentemente associados com o surgimento de problemas psiquiátricos, devendo ser considerada a multicausalidade do quadro. Alguns desses problemas, como condições financeiras precárias influenciam indiretamente no desenvolvimento infantil, enquanto outros exercem uma influência direta, como baixo nível educacional dos pais. Estes fatores, já presentes ao nascimento da criança, nos permitem a suposição de que características desviantes em traços da personalidade paterna, que se refletem em prejuízos no funcionamento social, tenham uma participação importante no aspecto genético da gênese dos distúrbios psiquiátricos (FURTADO, 2002).

Outro fator que tem grande influência nesse aspecto diz respeito aos maus-tratos cometidos contra crianças, os quais incluem o abuso físico, sexual e psicológico, e a negligência/abandono. Também deve ser considerada a possibilidade de o comportamento das crianças com transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) incitar uma atitude violenta por parte dos pais e, por outro lado, a possibilidade de o ambiente violento expor as crianças à doença mental, além da tendência a repetir o comportamento violento a elas infligido. Os meninos têm mais chances de terem um diagnóstico do grupo dos Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo (TDACD) que incluem: transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta (TC) e transtorno desafiador e de oposição (TOD). Tal dado pode ser explicado pelo fato de eles estarem mais expostos a abusos em geral e, principalmente, ao abuso físico (ABRAMOVITCH, 2008).

É necessário a identificação de distúrbios psiquiátricos na infância por meio de instrumentos padronizados. A Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV), que é um guia de entrevista para a realização do diagnóstico dos transtornos psiquiátricos mais comumente encontrados no contexto clínico - depressão, transtorno bipolar, transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade (transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de adaptação. De acordo com Abramovitch (2008), os sintomas psiquiátricos devem ser agrupados em:

- ♦ **Transtornos expansivos:** hiperatividade (F90) e transtorno de conduta (F91 e F92), cujas sintomas mais comuns são: impulsividade, hiperatividade, desatenção, comportamento oposicional, crises de raiva, agressividade, destrutividade e desinibição social. A partir da idade escolar acrescentaram-se: mentira, roubo, falta à escola, fugas de casa, auto-agressão, comportamento suicida, uso de substâncias psicoativas e problemas disciplinares na escola.
- ♦ **Transtornos introversivos:** transtornos emocionais da infância (F93 e F94) e outros transtornos emocionais e do comportamento (F54, F98), cujos sintomas mais comuns são:

- \* fobias, ansiedade social, ansiedade generalizada, depressão e sintomas relacionados ao sono e ao comportamento alimentar.

O transtorno global de desenvolvimento inclui síndromes que abrangem várias áreas de desenvolvimento: interação social, comunicação, interesse e comportamento, sendo caracterizadas pela inabilidade de relacionamento com o outro, déficit de linguagem, alterações de comportamento, estereotípias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, podendo ocorrer perdas de funções previamente adquiridas. De acordo com Chiaverini (2011), podemos citar como exemplos de transtorno global de desenvolvimento:

- \* o autismo e a psicose infantil, em que há uma ruptura de noções eu/mundo;
- \* a síndrome de Rett, que se caracteriza por retardo mental profundo, crises convulsivas e movimentos repetidos de lavar as mãos;
- \* a síndrome de Asperger, em que ocorrem dificuldades na interação social e na comunicação, dificuldades motoras, além de comportamento e/ou pensamento compulsivo.

No retardo mental, o desenvolvimento intelectual está abaixo da média, podendo ser leve, moderado ou profundo, o que é verificado avaliando-se o grau de adaptação com o meio, a capacidade de compreender e resolver problemas. Vários fatores biológicos interferem na etiologia: infecções durante o período pré-natal, intoxicação, traumas, distúrbios metabólicos, cromossomopatias, entre outros. Os casos graves apresentam forte atraso no desenvolvimento psicomotor e cognitivo e os casos leves podem ter somente transtornos de aprendizagem e linguagem. É importante fazer o diagnóstico diferencial com déficit sensorial e psicoses, lembrando que essas patologias podem provocar um retardo mental secundário (CHIAVERINI, 2011).

O tratamento que deve ser instituído depende do diagnóstico e da gravidade dos sintomas, podendo ser necessário o uso de psicofármacos (neurolépticos, antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e outros). Nesse caso, o tratamento instituído para crianças/adolescentes se assemelha ao que é proposto para adultos com quadros semelhantes. Lembrando que é sempre necessário utilizar a dose máxima tolerada pelo paciente, sendo iniciado o tratamento com a menor dose preconizada, acompanhamento regular e aumento progressivo das doses. Além do tratamento farmacológico, na atenção primária, é possível proporcionar atividades de suporte familiar e atividades em grupo na comunidade para as famílias e as crianças/adolescentes (CHIAVERINI, 2011).

A Conferência Internacional em Alma-Ata realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), declarou que a Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental à assistência à saúde principalmente pelo fato de ser o primeiro ponto de acesso aos serviços de saúde (princípio do primeiro contato), sendo responsável pela prestação de atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção de saúde. A fim de promover o cuidado integral do indivíduo, a APS deve estar interligada com outros níveis de atenção (secundária e terciária).

Levando em conta o direito das crianças e dos adolescentes ao atendimento integral em saúde mental, é necessário que o município organize a rede de cuidados seguindo o fundamento intersetorial da política, sendo que, no caso específico do setor de Saúde Mental, os dispositivos ambulatoriais, os CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) e os



CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas), assim como as equipes da Atenção Básica - Programa Saúde da Família (PSF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e demais, deverão ser as principais referências para acolhimento, atendimento e articulação necessária na rede de atenção (BRASIL, 2014).

As instâncias gestoras de saúde mental e os CAPSi deverão programar ações de integração para a rede escolar, a rede de assistência social, os conselhos tutelares e de direitos para a efetivação de uma rede ampliada em seu âmbito de gestão que opere sob os princípios da atual Política Pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2014).

Deve haver um plano de cuidado elaborado por diversos profissionais da rede de saúde em geral, particularmente pediatras, neurologistas, equipes de enfermagem e clínicos gerais, bem como psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Na necessidade do encaminhamento para serviço especializado, deve haver uma facilitação do acesso desses pacientes, além da garantia de contra-referência para melhor coordenação do cuidado (BRASIL, 2014).

## **AÇÕES**

O ponto primordial para que as ações desenvolvidas sejam efetivas é a sensibilização de todos os profissionais envolvidos. Durante as reuniões de equipe, é fundamental elucidar sobre a temática em questão. Sempre respeitando o sigilo médico-paciente, de maneira ética, devem ser expostas as questões-problema relacionadas ao assunto, buscando uma melhor compreensão da equipe. Dessa maneira, agentes de saúde, técnicos de enfermagem, enfermagem e outros profissionais se tornarão aptos a reconhecerem situações que possam predispor ao adoecimento mental.

Inicialmente devem ser feitas reuniões de equipe mensalmente para discussão dos casos específicos de saúde mental de crianças e adolescentes. Nessas reuniões devem estar presentes: equipe de enfermagem e auxiliares técnicos, odontologia, agentes comunitários e médicos. Posteriormente, o médico da unidade deve agendar uma abordagem desse paciente e de todo o seu núcleo familiar. Inicialmente de forma individual e, quando julgar necessário, o atendimento em conjunto de um ou mais membros da família. A periodicidade das consultas deve ser estabelecida em cada caso de forma particular, variando entre consultas diárias, semanais ou mensais.

Posteriormente, em sistema de matriciamento, deve ser realizada uma consulta interdisciplinar contando com médico e enfermeiro da unidade associado ao serviço de Psicologia, Psiquiatria e Assistência Social. Julgada a gravidade do caso e elaborado um Projeto Terapêutico Singular, essa criança poderá ser encaminhada aos seguintes pontos de apoio disponíveis na rede do Município de Bragança Paulista: espaço da criança e adolescente; Associação Beneficente São Lucas, Hospital Dia (vinculado ao Hospital Universitário da Universidade São Francisco). Nessas instituições, será feito o acompanhamento mais frequente e multidisciplinar de crianças e adolescentes com distúrbios psiquiátricos, sendo iniciado tratamento psicoterápico e, quando necessário, medicamentoso, com reavaliações frequentes para verificação da resposta terapêutica e ajustes necessários de doses. Mensalmente, esses pacientes devem retornar à unidade de atenção primária a fim de garantir o bom resultado do plano de tratamento. Aliado a isso, o Conselho Tutelar/ Vara da Infância devem unir esforços para manter essas crianças e adolescentes na escola, fornecendo os subsídios necessários, como professor auxiliar em casos selecionados, para que haja reintegração dessas crianças no ambiente escolar, possibilitando melhor bem-estar físico, mental e social.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Durante a consulta de puericultura ou consulta médica de rotina do adolescente o aspecto da saúde mental deve ser abordado ativamente. O médico da atenção primária deve avaliar cuidadosamente todos os aspectos relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor, estando atento a possíveis atrasos, além da perda de capacidades adquiridas previamente. Com o diagnóstico precoce e instituição de tratamento adequado e intervenção multidisciplinar será possível melhorar a qualidade de vida dos pacientes com distúrbios psiquiátricos, inseri-los numa cadeia bem coordenada de tratamento, minimizando suas limitações e sequelas futuras.

O trabalho com a educação em saúde deve ser contínuo e esses pacientes devem ser rigorosamente acompanhados numa periodicidade que vai se alterando à medida que as intervenções forem gerando resultados positivos.

Com isso, será possível melhorar a capacidade laborativa, intelectual e psíquica desses futuros adultos, que sendo tratados de maneira adequada, poderão usufruir de um desenvolvimento pleno. Além disso, tentar influenciar positivamente a articulação familiar, ressaltando que o ambiente em que o paciente está inserido influencia na sua saúde, de uma forma integral e também ajuda a determinar o futuro dessa criança ou desse adolescente.

Uma maior coesão entre os serviços da atenção primária e de serviços especializados, com um contato mais direto e discussões intersetoriais, quando necessário, a fim de facilitar o encaminhamento, garantir o acesso aos serviços de saúde e outros serviços complementares, promover o acompanhamento e contra referenciar quando o quadro estiver estabilizado e com condições de ser manejado na atenção primária.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVITCH, S.; MAIA, M. C.; CHENIZUX, E. Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. **Rev. psiquiatr. clín.** 2008; 35(4): 159-164.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHIAVERINI, D. H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 219-235. 2011

FURTADO, E.F.; LAUCHT, M.; SCHIMIDT, M. Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. **Rev. Psiq. Clín.** 29 (2):71-80, 2002.

SHEEHAN, D.V.; SHEEHAN, K.H.; SHYTLE. R.D.; JANAUS, J.; BANNON, Y.; ROGERS, J.E.; MILO, K.M.; STOCK, S.L.; WILKINSON, B. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). **J Clin Psychiatry.** 2010 Mar;71(3):313-26.