

A AVALIAÇÃO CLÍNICA DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS

Thomas Lempp, Daleen de Lange, Daniel Radeloff & Christian Bachmann

Versão em Português

Tradutoras: Rita Gonçalves e Sara Pedroso

Editor: Ricardo Krause



Estátua de Sherlock Holmes em Meiringen, Suíça (Wikipedia commons)

Thomas Lempp MD

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Universidade Goethe de Frankfurt, Alemanha

Conflitos de interesse: nada a declarar

Daleen de Lange MD

Centro Psicoterapêutico Okonguarri, Namíbia

Conflitos de interesse: nada a declarar

Daniel Radeloff MD

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Universidade Goethe de Frankfurt, Alemanha

Conflitos de interesse: nada a declarar

Christian Bachmann MD

Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Alemanha

Esta publicação é destinada a profissionais em formação ou que trabalham na área de saúde mental, e não ao público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não representam necessariamente as opiniões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever os melhores tratamentos e práticas com base nas evidências científicas disponíveis no momento em que foi escrita conforme avaliado pelos autores e podem sofrer alterações como resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar esse conhecimento aos pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas do medicamento, pois nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e sites são citados ou vinculados para ilustrar questões ou como fonte de informações adicionais. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossem seu conteúdo ou recomendações, que devem ser avaliados criticamente pelo leitor. Os sites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2020. Esta é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso não seja comercial. Envie seus comentários sobre este livro ou capítulo para jmrey@bigpond.net.

Citação sugerida: Lempp T, de Lange D, Radeloff D, Bachmann C. The clinical examination of children, adolescents and their families. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

FORMAS DE LER ESTE CAPÍTULO

- Se você é um *principiante no campo* da saúde mental pediátrica:
Bem-vindo a esta especialidade emocionante! Convidamo-lo/a sentar-se comodamente e ler todo o capítulo.
- Se você já *tem experiência e quer melhorar* as suas competências de avaliação clínica:
Sugerimos-lhe que leia as pérolas clínicas na coluna da direita e que tente pô-las em prática. Se desejar, pode compilar mais algumas sugestões e partilhá-las com profissionais de todo o mundo enviando-as aos autores para que sejam incorporadas na próxima versão deste capítulo.
- Se está a *experimentar dificuldades* na avaliação diagnóstica de um paciente específico:
Sugerimos que leia o quadro de resolução de problemas no final deste capítulo (páginas 25-26). Se isso não for suficiente para ajudar, verifique as nossas recomendações bibliográficas na secção de referências (página 27).

Por que eu deveria ler este capítulo?

Em muitos aspetos, vale a pena prestar alguma atenção ao processo de avaliação clínica na Psiquiatria da Infância e Adolescência (exceto quando especificado o contrário, a expressão “criança” refere-se a “criança” e “adolescente”):

- É obviamente necessário realizar uma *avaliação diagnóstica* completa e abrangente *antes de se poder considerar qualquer tratamento*. Se o diagnóstico for incorreto, incompleto ou não for compreendido ou aceito por todas as partes envolvidas, a probabilidade de o tratamento falhar é bastante elevada. O planeamento e o início de uma intervenção terapêutica na Psiquiatria da Infância e Adolescência frequentemente requer muito tempo e tem custos elevados. Nesse sentido, o tempo gasto no processo de diagnóstico com o objetivo de criar uma base válida e sólida para um planeamento eficaz do tratamento é um investimento sensato.
- Existem *aspetos específicos do desenvolvimento* na avaliação de saúde mental de crianças e adolescentes que merecem especial atenção. Crianças e adolescentes não são pequenos adultos. Eles não podem ser avaliados de forma isolada, falam uma “língua diferente” do clínico e raramente procuram ajuda por si próprios.
- Especialmente para os principiantes nesta área, pode ser fácil confundir-se devido à enorme quantidade de informação e inconsistência dos relatos. Para minimizar esta situação, é útil ser *claro sobre os objetivos* do processo de avaliação. A arte da prática diária consiste em encontrar o equilíbrio entre a padronização e a individualização quando se utilizam diferentes métodos para alcançar estes objetivos.

Aspetos diferenciadores da avaliação da saúde mental em crianças e adolescentes

- As crianças raramente solicitam uma avaliação psiquiátrica e o

Conflitos de interesse: Nada a declarar.

Agradecimentos: a nossa gratidão a Friderike Fornoff (Universidade de Frankfurt) e Joseph Rey (Universidade de Sydney) pela sua ajuda na preparação deste capítulo.

Gostaria de partilhar as suas “pérolas clínicas”?

Se tem qualquer comentário sobre este capítulo, especialmente pérolas da sua prática clínica, você está cordialmente convidado a enviar as suas sugestões para lempp@em.unifrankfurt.de

As ilustrações de Sherlock Holmes são da autoria de Sidney Paget (1860-1908), ilustrador das histórias de Conan Doyle na revista The Strand.

“Gosto de pensar em mim mesmo como Sherlock Holmes durante este período. Utilizo as pistas mais óbvias (geralmente o motivo da consulta) para iniciar a investigação, assim como para “cavar mais profundamente”, de modo a compreender a natureza dos sintomas e do comportamento, os fatores biológicos, psicológicos e sociais que precipitam e mantêm os sintomas.” (Stubbe, 2007).

“Independentemente da idade da criança e do problema clínico, é importante que a entrevista combine um nível adequado de estrutura e estandardização (que são essenciais para estabelecer comparações entre crianças), assim como também sensibilidade para o inesperado e para o problema individual.” (Rutter & Taylor, 2008)

Seja claro sobre os objetivos e flexível com os métodos.

encaminhamento é normalmente realizada por outra pessoa que não o paciente (por ex.: pais, educadores, pediatras, sistema judicial). Este facto pode revestir-se de grande importância na interpretação do caso. Talvez as expectativas do adulto sobre a criança excedam as competências desta, ou a forma como os pais criam a criança resulta num ajustamento difícil entre os pais e este filho em particular, procurando os primeiros mudar a criança de forma a atenuar esta situação. Noutros casos, os pais ou educadores sofrem com os seus próprios problemas de saúde mental, que alteram de maneira negativa a sua percepção da criança. Em suma:

- É necessário considerar tanto a contribuição da criança como a dos adultos para o comportamento problemático que motivou a avaliação
 - Devemos prestar explicitamente atenção à percepção que a criança tem dos seus problemas e àquilo que ela deseja mudar.
- As crianças devem ser *avaliadas no contexto* da família, da escola, da comunidade e da cultura, o que significa que nenhuma criança pode ser avaliada de forma isolada. Para além disso, a maioria das crianças comportam-se de maneira diferente nos diversos ambientes que frequentam e torna-se útil perceber quais contextos melhoram ou pioram o comportamento problemático – também para identificar áreas fortes da criança. Neste sentido, a avaliação simultânea do funcionamento parental e familiar torna-se crucial, assim como é necessário dispor de múltiplas fontes de informação. É essencial construir uma boa articulação com todas as partes relevantes para o caso que possam ter informação ou promover o progresso da criança. Também se deve obter a autorização dos pais. Por exemplo:
 - Pais que vivem separados da criança (com frequência, é útil envolver ambos os pais na maior medida e o mais precocemente possível)
 - Professores (por telefone ou e-mail, análise de registos escolares e obtenção de escalas de avaliação preenchidas por professores). Um professor já terá observado centenas de crianças da mesma idade ou nível escolar, o que lhe fornece uma base comparativa, o que contrasta com a visão de um pai ou mãe de um filho único.
 - Médicos de clínica geral e pediatras
 - Qualquer profissional de saúde mental que tenha atendido a criança
 - Quando apropriado: irmãos, avós, cuidadores da criança, madrastas ou padrastos
 - Em crianças hospitalizadas: equipa de enfermagem, assistentes sociais, professores, terapeutas físicos e ocupacionais.
 - Os problemas devem ser considerados no *contexto do desenvolvimento*. Os fatores do desenvolvimento influenciam frequentemente a apresentação dos sintomas psiquiátricos (por ex.: a depressão apresenta-se de forma diferente conforme a idade). Embora algumas perturbações sejam bastante semelhantes em crianças e adultos (por ex.: perturbação obsessivo-compulsiva), outras são claramente diferentes em crianças menores quando comparadas com adolescentes ou adultos (por ex.:

Nenhuma criança deve ser avaliada isoladamente!



“Não deve existir nenhuma combinação de acontecimentos que a inteligência do ser humano não seja capaz de explicar.” (Sherlock Holmes, “O Vale do Terror” (Brasil)/ “O Vale do medo (Portugal)”).

PSPT). Nas crianças, os problemas de comportamento podem ser consequência de um atraso no desenvolvimento de uma competência (por ex.: enurese ou molhar a cama), da perda de uma competência previamente adquirida (por ex.: consequência de uma perturbação, perda ou trauma graves) ou da incapacidade de selecionar uma competência apropriada do repertório de competências já adquiridas (por ex.: perturbação da conduta). Resumindo, é necessário ter um bom conhecimento do desenvolvimento infantil normal e anormal, incluindo a gama de comportamentos que podem ser observados em diferentes idades, contextos e diversos tipos de alterações que podem surgir em cada estágio do desenvolvimento (ver Capítulo A.2)

- Capacidade da criança de refletir e discutir os seus sentimentos ou experiências é influenciada pela sua maturidade. Isto significa que *a criança e o clínico estão em níveis diferentes de desenvolvimento e falam “línguas diferentes”*. Adicionalmente, características específicas do estágio do desenvolvimento podem impedir a comunicação. Por exemplo, crianças menores podem não confiar em adultos desconhecidos, e os adolescentes muitas vezes veem os profissionais de saúde mental simplesmente como outros adultos que também lhes impõem expectativas ou os julgam. Por este motivo, a coleta de informações da criança frequentemente requer formas de comunicação diferentes do discurso verbal ou de perguntas e respostas. Dependendo da idade, as crianças necessitam de métodos diferentes de coleta de informações e entrevista (por ex.: observar os bebés, brincar com as crianças em idade pré-escolar, falar diretamente sobre os sintomas com as crianças em idade escolar ou os adolescentes, desenhar com as crianças ansiosas ou que não se comunicam).
- A avaliação clínica das crianças normalmente *requer mais tempo que a dos adultos* (cerca de 2 a 5 horas), pelo que a utilização eficiente do tempo é um fator importante. As escalas e questionários de avaliação são uma forma de incrementar a eficiência (ver abaixo), mas nunca podem substituir a avaliação clínica cara-a-cara.

OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

Antes de começar a avaliação, é indispensável definir claramente os seus objetivos. Apesar dos métodos para alcançar esta meta poderem ser diferentes em pacientes e famílias particulares, os objetivos são bastante consistentes, a saber:

- Criar uma *boa relação terapêutica*. É fundamental construir uma boa relação com as múltiplas partes envolvidas, especialmente entre o clínico e a criança, entre o clínico e os pais, e com outros membros da família que podem ajudar, assim como com instituições externas. Uma rutura nestas relações pode interferir de forma dramática com o sucesso do tratamento.
- Compreender o motivo exato do encaminhamento (“De quem é o problema?” “Por que agora?”)
- Identificar as *expectativas e preocupações* implícitas e explícitas da criança e dos pais acerca da avaliação
- Identificar a *principal queixa* da criança e da família
- *Avaliar a criança no contexto do seu funcionamento atual* na família,



“É um erro enorme teorizar antes de possuir dados. Insensivelmente, uma pessoa começa a deformar os factos para fazê-los encaixar nas suas teorias ao invés de deformar as teorias fazê-las encaixar nos factos” (Sherlock Holmes, “Um Escândalo na Boémia”)

Em suma, os objetivos da avaliação são integrar as informações complexas (e às vezes díspares) recolhida durante o processo de avaliação, enquadrá-la num certo contexto para compreender o comportamento da criança e esclarecer o foco do tratamento e as intervenções adequadas para esse caso particular.

na escola e com os seus pares, considerando as influências culturais ou comunitárias e em que medida o funcionamento tem sido influenciado pelo(s) problema(s) presente(s)

- Obter uma imagem precisa do *funcionamento do desenvolvimento da criança* desde o nascimento até o presente e obter uma *imagem do funcionamento dos pais e da família*, assim como os antecedentes familiares de doenças médicas e psiquiátricas.
- Identificar os fatores individuais, familiares ou ambientais que podem estar a causar, acelerar ou diminuir as dificuldades atuais
- Condensar toda a informação obtida numa *formulação clínica*. Isto é, a recolha dos dados realizada pelo clínico deve estar organizada coerentemente, de forma a permitir compreender os múltiplos fatores que contribuem para a presença do problema. Esta compreensão guiará o diagnóstico, o prognóstico e recomendações de tratamento
- *Comunicar esta formulação clínica* e estas recomendações aos pais e à criança, de maneira compreensível e construtiva
- Estabelecer os sintomas alvo prioritários e *esclarecer o foco do tratamento*
- Discutir com o paciente e a sua família as *vantagens e riscos relativos dos tratamentos propostos* e identificar e discutir todos os fatores ambientais relevantes que possam influenciar a adesão ao tratamento
- Conseguir tudo isto de forma *eficiente em relação ao tempo* disponível

Os primeiros passos diagnósticos são a observação e a recolha de factos. É um erro prosseguir rapidamente com base apenas em um sintoma isolado.

JUNTANDO OS BLOCOS DE CONSTRUÇÃO

Não existem (ainda) marcadores biológicos ou radiológicos específicos para o diagnóstico de perturbações psiquiátricas. Na sua ausência, o *processo diagnóstico multimodal* é o modelo de referência para a avaliação dos problemas de saúde mental. Isto significa que não podemos confiar num método específico único para realizar um diagnóstico válido (por ex.: dar à família um diagnóstico definitivo após uma única entrevista ou depois de completar alguns questionários). Em vez disso, é necessário recolher diferentes *blocos de construção* diagnósticos (por ex.: entrevistas separadas com os pais e a criança, escalas de avaliação preenchidas pelo professor, avaliação psicométrica). Se estes blocos coincidirem entre si (isto é, apontarem na mesma direção), podemos construir uma *muralha diagnóstica* a partir deles (isto é, o diagnóstico). Se subirmos nesta muralha mais ou menos sólida, podemos ver o problema como um todo. Apenas neste momento, os clínicos estão numa posição que lhes permite fazer sugestões adequadas. O diagnóstico final, as sugestões de tratamento e o prognóstico só devem ser realizados à luz de todas estas circunstâncias.

Antes de começar a construir a muralha diagnóstica (ver abaixo: Preparações), sugerimos-lhe que colete pelo menos quatro blocos básicos:

1. A entrevista com os pais e a criança
2. A avaliação do estado mental
3. Os antecedentes médicos e o exame físico
4. Escalas de avaliação e avaliação psicométrica



“Nós avaliamos as possibilidades e escolhemos a mais provável. É o uso científico da imaginação.”
(Sherlock Holmes, “O Cão dos Baskervilles”)

Combinar estes blocos geralmente ajuda a encontrar o diagnóstico mais adequado de acordo com um dos dois principais sistemas de classificação: o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV; American Psychiatry Association, 2000) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10; Organização Mundial da Saúde, 1996).

Problemas comórbidos

Geralmente, os pais e professores descrevem os sintomas mais proeminentes nas crianças ou aqueles que lhes causam maior preocupação, o que leva a que alguns problemas passem despercebidos. Os sintomas *internalizantes*, como a ansiedade ou a depressão, podem ser difíceis de descrever para as crianças e tendem a ser menos problemáticos ou aparentes para os adultos que os sintomas *disruptivos* ou *externalizantes* (por ex.: os sintomas presentes na PHDA ou na Perturbação da Conduta). A comorbidade (isto é, a presença de mais que uma perturbação em simultâneo) é extremamente frequente nos problemas de saúde mental infantil; a presença de várias perturbações ao mesmo tempo tem implicações no tratamento e no prognóstico.

Diagnóstico diferencial

Differential diagnosis is the method used to systematically identify the presence of a disorder when several alternatives are possible. Psychological symptoms are often equivocal diagnostically in that they often occur in various disorders (e.g., irritability can be found in depression, bipolar disorder, ADHD, anxiety etc.) thus, disorders that share similar symptoms should be considered and some excluded.

Seja tão transparente quanto possível com o paciente e a sua família, especialmente no início da avaliação.

Preparações

O objetivo desta parte da avaliação é construir uma boa relação terapêutica com a criança e os pais – desde o início – e esclarecer todos os *aspectos administrativos relevantes*, o *motivo da consulta* e as *expectativas* de todas as partes envolvidas.

O lugar correto

Para reduzir os possíveis temores dos pacientes, pode ser bastante útil realizar a avaliação numa sala com espaço suficiente, iluminação agradável, imagens coloridas nas paredes e ter à mão brinquedos, lápis e papel.

Uma boa relação terapêutica desde o início

Construir uma boa relação terapêutica é uma consideração chave desde o início da avaliação. A maioria das famílias e crianças sentem-se intimidadas perante a possibilidade de recorrer a um profissional num contexto de saúde mental. Aumentar o grau de transparência geralmente ajuda a diminuir esta dificuldade inicial. Habitualmente, é eficaz explicar antecipadamente cada passo do processo, especialmente no início – o que vai ser feito, por que e quanto tempo durará.

As crianças pequenas podem precisar ser tranquilizadas em relação a onde estão indo e ao tipo de médico que vão conhecer (por ex.: “um médico dos sentimentos”, “um médico que fala”, “um hospital para problemas emocionais”) e deve ser-lhes assegurado que não haverá agulhas ou procedimentos físicos dolorosos. Crianças geralmente não sabem ou têm uma ideia errada do que ocorre numa avaliação de saúde mental, podendo temer ser hospitalizadas, separadas permanentemente das suas famílias ou castigadas de outra forma, especialmente se as suas dificuldades tiverem sido uma fonte de recriminação por parte da família.

Exemplos de como explicar a sua profissão:

“Eu sou um psiquiatra da infância e adolescência – um médico que se especializa em compreender e tratar os problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes. O meu trabalho mais importante é tentar entender os problemas que tu tens...”

Muitas vezes, os pais e familiares estão mal informados e podem partilhar algumas destas crenças; é útil explicar também a eles que tipo de profissional têm em frente.

Aspetos administrativos

Clarifique o que significa a avaliação psiquiátrica, quanto tempo durará e o que é que a família pode esperar quando termina (por ex.: uma sugestão verbal, um relatório escrito). Os custos (em caso de existirem) devem ser estabelecidos no princípio. É importante determinar se existem limitações económicas ou de cobertura do seguro médico, as quais podem influenciar o processo diagnóstico ou as opções de tratamento. Também é importante falar sobre o horário, a confidencialidade e pedir autorização para contactar outras pessoas para obter informação. Deve-se também pedir aos pais para trazerem cópias do máximo de relatórios escolares possível.

Esclarecendo o motivo da consulta

Antes de começar, tenha em consideração o objetivo da avaliação, de forma a poder estruturá-la para dar resposta às razões que levaram à indicação para a consulta. Por exemplo, a avaliação será diferente se o objetivo for preparar um relatório judicial para um processo de regulação das responsabilidades parentais, ou se a avaliação tiver sido solicitada pelos serviços sociais ou ainda se quem recorre à consulta são os pais porque estão preocupados com o facto do seu filho ter ideias suicidas. Isto minimiza a possibilidade de frustrar e dececionar o utente, a sua família ou outras pessoas.

Crianças muitas vezes não entendem por que estão a recorrer a um profissional de saúde mental se não se sentem doentes – podem estar indo apenas porque lhes prometeram um gelado ou outras guloseimas depois da consulta. Os professores podem querer que a criança mostre maior autocontrolo e pressionam os pais a lidar com a criança de outra forma ou a considerar um tratamento farmacológico. A mãe pode querer realizar a avaliação para validar os seus esforços parentais; o pai pode querer obter um diagnóstico que lhe permita aceder a recursos escolares adicionais para melhorar o desempenho escolar da criança, enquanto a avó pode desejar uma abordagem parental completamente diferente (“à moda antiga”).

Algumas perguntas importantes nesta parte da avaliação são:

- Quem iniciou o encaminhamento à consulta e por quê? (por ex.: pais, pediatra, escola, tribunal, o paciente, o departamento de emergência médica)
- Quem mais está também preocupado com a criança e por qual razão?
- Por que agora?
- Quais são as preocupações ou perguntas principais?

Se as razões que motivaram a consulta forem conflitantes e isto lhe deixar confuso, lembre a si próprio que, em caso de dúvida, você é o terapeuta da criança. Tente manter a sua avaliação centrada no que você acredita que conduzirá aos melhores resultados possíveis para a criança.

Gerindo as expectativas

As expectativas incorretas ou excessivas são uma fonte frequente de frustração. Por este motivo, é útil descobrir no início da entrevista quais são as expectativas da família. Isto ajudará a criar um melhor vínculo e entendimento.

Os relatórios escolares devem ser consultados rotineiramente em busca de:

- Uma queda abrupta ou gradual no rendimento ou desempenho académico
- Grandes diferenças nos resultados escolares em diferentes disciplinas
- Comentários sobre problemas sociais e emocionais.

“Quem teve a ideia de que o seu filho podia necessitar desta avaliação?”

Duas perguntas cruciais que devem ser feitas logo no início da avaliação:

- De quem é o problema?
- Por que agora?

“O que é que espera obter desta avaliação?”

Preparar as famílias para o que devem esperar reduz a ansiedade dos pais e da criança. Para gerir as expectativas pode também ser importante esclarecer que questões o processo de avaliação pode ou não esclarecer.

ENTREVISTA COM OS PAIS E A CRIANÇA

Com quem devo falar e em que sequência?

É informativo e razoável observar a criança em conjunto com os pais no início do processo de avaliação. Mais tarde, é útil entrevistar o paciente e os pais separadamente. Apesar de não existir uma regra única que determine como fazer isto, é indispensável entrevistar individualmente o paciente em algum momento do processo, particularmente para esclarecer temas sobre os quais os pacientes não se sintam confortáveis para falar em frente aos pais, como pensamentos suicidas, abuso ou assuntos relacionados à sexualidade.

Na maioria dos casos, os pais têm um conhecimento limitado sobre os sentimentos internos, as experiências fora de casa e o funcionamento na escola da criança. São frequentes as discordâncias entre os pais, a criança e os professores. Estudos demonstram que a concordância entre os pais e a criança é baixa ou moderada (p.ex., Achenbach et al, 1987; Salbach-Andrae et al, 2009). Crianças em idade escolar e adolescentes são os melhores informadores acerca dos seus próprios sentimentos depressivos ou ansiosos, da sua ideação suicida e dos comportamentos sobre os quais os pais poderão não ter conhecimento – como a atividade sexual, temas de identidade sexual, abuso sexual, uso de drogas, pensamentos obsessivos e alucinações. Por outro lado, os pais são uma boa fonte de informação sobre comportamentos como mentiras, hiperatividade, desatenção, impulsividade, desobediência e agressividade.

Como devo formular as minhas questões?

Na maioria dos casos, é adequado começar com uma a três *perguntas de resposta aberta*. Isto ajuda a estabelecer um bom vínculo e evita estreitar prematuramente o foco da atenção. Para além disto, é útil permitir aos pais contar a sua própria versão do problema por pelo menos por alguns minutos. Isto ajuda a esclarecer o que é que os preocupa verdadeiramente e permite-lhes sentir-se ouvidos e compreendidos pelo clínico. Pode ser útil e melhorar a comunicação, a utilização posterior de algumas das palavras ditas pelos pais (por ex.: “Vocês falaram sobre as *horas especiais* do seu *leãozinho* à noite. Quando foi a primeira vez que elas aconteceram?”).

À medida que decorre a entrevista, você pode ir fazendo cada vez mais *perguntas complementares* para esclarecer os detalhes e *perguntas de triagem* para checar áreas que não tenham sido mencionadas. Se estas não revelarem informação significativa, passe para outro tópico.

Em quem confiar?

Como mencionado anteriormente, são frequentes as discordâncias entre as descrições dos diversos observadores do comportamento da criança, podendo dever-se a várias razões:

- Discordâncias podem refletir diferenças no comportamento da criança em diferentes contextos ou com diferentes observadores

Geralmente, a criança é a melhor fonte de informação sobre os sintomas internalizantes, enquanto os pais podem proporcionar informação fiável sobre os externalizantes.

Utilizar as mesmas palavras que os pais usaram na entrevista pode ajudar a que eles se sintam escutados.

- Utilização de diferentes critérios para julgar o comportamento da criança
- Desconhecimento acerca da forma como se comportam outras crianças da mesma idade
- Vieses do observador.

Para lidar com descrições discrepantes, é útil coletar informações de tantas fontes quanto possível, colocando ênfase naquelas que pareçam mais fiáveis de acordo com o juízo crítico do profissional. Na maioria dos casos, os desacordos são o resultado de visões da criança sob diferentes perspectivas ou em diferentes contextos. Quanto mais perspectivas das quais obter informação, mais completa será a compreensão do caso e mais precisa será a avaliação.

Tópicos importantes a explorar:

Existem cinco áreas-chave de interesse durante a avaliação clínica; podemos usar o acrónimo SIFPE para as recordar:

- **S**intomas
- **I**mpacto
- **F**atores de risco
- **P**ontos-fortes
- **E**xplicações

Sintomas

O foco inicial deve ser colocado nos sintomas que levaram ao encaminhamento e que geram maior sofrimento ao paciente e à sua família (principal queixa). Algumas características importantes do comportamento problemático que devem ser elucidadas são:

- Frequência (mudanças ao longo do tempo?)
- Intensidade (mudanças ao longo do tempo?)
- Duração
- Contexto no qual emergiu o comportamento
- Evolução do problema.

O passo seguinte será obter uma *história detalhada do(os) problema(s)*. Conseguir uma boa compreensão da sua evolução é necessário para estabelecer o diagnóstico correto. Neste sentido, é importante esclarecer se o problema:

- Aparece ter estado presente desde a primeira infância (por ex.: sintomas do espectro do autismo)
- É intermitente ou recorrente (por ex.: sintomas depressivos ou maníacos, tiques), ou
- Representa uma deterioração em relação a um nível de funcionamento prévio mais alto (por ex.: esquizofrenia).

Nesta parte da avaliação, também se obtém informação sobre todos os tratamentos que se realizaram previamente, incluindo terapia farmacológica, psicoterapia, hospitalização, ou o uso de medicina tradicional, complementar e alternativa (ver Capítulo J.2).

Muitos pais podem sentir-se angustiados quando têm que descrever a deterioração do estado dos seus filhos. Dar-lhes a oportunidade de narrar a sua história nas suas próprias palavras, mesmo que no início isto possa parecer um pouco confuso, pode ajudar.

Verifique o impacto dos sintomas no paciente, na sua família, escola e pares.

Impacto

O passo seguinte é explorar o impacto desses sintomas no dia-a-dia da criança e dos restantes membros da família: o efeito na qualidade de vida do paciente, nos irmãos, na relação entre os pais, na família estendida, na turma da escola, no rendimento académico, no contacto com pares e no desenvolvimento. Isto inclui também estabelecer em que contexto(s) se observam os problemas e em que contexto(s) estes não se apresentam ou o fazem em menor medida (por exemplo, nas fobias específicas podem existir sintomas marcados mas sem um impacto negativo no funcionamento). Devemos recordar que o comportamento problemático pode refletir:

- Uma perturbação subjacente na criança
- Uma incompatibilidade entre a criança e o ambiente
- Um problema no ambiente em que a criança vive ou
- Geralmente, todas as hipóteses anteriores.

Fatores de risco

O passo seguinte é a triagem para todos os fatores de risco relevantes: atuais, prévios e na família estendida (antecedentes familiares). Os fatores de risco mais importantes são os genéticos, os relacionados com o desenvolvimento, os familiares e os sociais. A maioria das potenciais *causas* das perturbações de saúde mental em crianças são mais bem compreendidas em termos de *fatores de risco*. Existem três tipos de fatores de risco, sendo útil dividi-los nos “3 Ps”:

- Fatores *Predisponentes*, que tornam a criança vulnerável a uma perturbação (por ex.: genes, peso no nascimento, género)
- Fatores *Precipitantes*, que estão associados ao aparecimento ou agravamento dos sintomas (por ex.: início da puberdade na anorexia nervosa)
- Fatores de *Perpetuação*, que contribuem para manter os sintomas (por ex.: estilo de criação dos pais inadequado, falta de intervenção profissional, ausência de acesso a serviços de saúde).

Uma boa analogia que se poderá aplicar à situação é a do vento que sopra através de um buraco numa janela. Antes de se formar o buraco, o vidro poderia ter tido uma fragilidade num lugar específico (*predisponente*). Mais tarde, uma pedra bateu no vidro (*precipitante*) e não havia ninguém disponível para reparar o buraco (*perpetuação*). Como resultado, o vento continua a passar através da janela (*sintoma da perturbação*) (Goodman & Scott, 2005).

Histórico do desenvolvimento. É uma descrição detalhada do desenvolvimento da criança, desde o início da gravidez até o parto e o desenvolvimento inicial. Para isto, é útil e eficiente utilizar uma abordagem estruturada, com perguntas de triagem sobre os marcos importantes do desenvolvimento (ver Tabela A.5.3) e, se for necessário, perguntas complementares. Com frequência, existem discrepâncias entre os pais nas suas recordações e nas datas dos marcos do desenvolvimento. Veja se existiram problemas em:

- Funções básicas (sono, alimentação, controlo de esfíncteres)
- Marcos do desenvolvimento psicomotor: andar, sentar, motricidade

Fator de risco

Um fator de risco é algo que aumenta a probabilidade de desenvolver um problema. Isto pode consistir em algo que se faz (por ex.: o uso de cannabis aumenta o risco de sintomas psicóticos). Outras vezes, não se pode fazer nada para modificar o risco. Ele simplesmente existe. Por exemplo, as adolescentes do sexo feminino têm maior probabilidade de sofrer de depressão que os rapazes. Nesta situação, o género constitui um fator de risco para a depressão.

Antes de começar a fazer perguntas sobre a história do desenvolvimento, é útil explicar aos pais porque isso é necessário. De outra forma, eles podem sentir-se confusos com essas questões.

Possível pergunta aos pais para a triagem de trauma: “O seu filho foi alguma vez testemunha de algo verdadeiramente mau ou aterrador?”
Possível pergunta à criança para a triagem de trauma: “Alguma vez alguém tentou fazer-te mal?”

fina e grosseira, escrita

- Desenvolvimento cognitivo e funcionamento escolar: histórico do desenvolvimento da linguagem, leitura, escrita e aritmética. O desempenho acadêmico requer capacidades cognitivas inatas, mas também reflete a motivação, capacidade de concentração, atitude em relação à autoridade, capacidade de estabelecer relações com pares, tolerância à frustração e capacidade de adiar a recompensa, assim como o grau de apoio parental à aprendizagem
- Desenvolvimento interpessoal: reação à separação nas fases precoces da vida, capacidade de brincar com outras crianças, estabilidade das relações, quantidade de amigos, tipos de atividades partilhadas
- Desenvolvimento emocional e temperamento
- Antecedentes de trauma: físico, sexual, emocional, negligência, agudo ou crônico, intra ou extrafamiliar, violência, desastre natural
- Comportamentos de autolesão: bater com a cabeça ou outros comportamentos autolesivos, pensamentos ou comentários sobre a morte, automutilação, cortes e atos nocivos a outras pessoas ou animais.

Antecedentes familiares. Estes incluem perguntas (de triagem) sobre o funcionamento familiar prévio e atual e sobre a presença de perturbações neuropsiquiátricas noutros membros da família (por ex.: dependência de álcool, abuso de substâncias, suicídio e comportamento anormal ou bizarro em familiares). Conhecer as condições de saúde mental na família pode ajudar a fazer o diagnóstico correto (por ex.: uma mãe com dependência de álcool poderia fazer-nos suspeitar de síndrome alcoólica fetal).

Deve ser avaliada a possível contribuição genética dos pais para a perturbação do filho (por ex.: a presença de uma Perturbação Bipolar no pai poderia ajudar a compreender os sintomas depressivos do filho), mas são poucas as perturbações psiquiátricas que ocorrem apenas como consequência de uma transmissão genética, apesar de esta poder aumentar a vulnerabilidade a várias perturbações (Luthar & Prince, 2008). Mesmo quando não mencionado durante a avaliação psiquiátrica, muitos pais temem que, quando um dos filhos tem uma perturbação, seus outros filhos estejam destinados a ser também afetados por ela, pelo que é útil esclarecer o papel da contribuição genética na expressão das perturbações, de modo a reduzir a culpa, o medo e o desconforto em pais e irmãos.

Pontos fortes

Seria um grande erro centrarmo-nos apenas nas dificuldades do paciente e da sua família e negligenciar os pontos-fortes, que quase sempre existem e que podem dar pistas-chave para o tratamento. Esta abordagem fortalece a autoestima tanto da criança como dos pais e proporciona informações sobre os fatores que podem ajudar a atenuar ou compensar as áreas de vulnerabilidade.

Explicações

Explorar as ideias dos pais sobre a natureza e as causas do comportamento do seu filho pode proporcionar muita informação útil na hora de selecionar as intervenções psicoeducativas que poderão ser necessárias. Compreender

Deve prestar-se particular atenção às mudanças ou descontinuidades na trajetória de desenvolvimento.

As perguntas acerca da existência de perturbações neuropsiquiátricas em ambos lados da família devem ser realizadas por rotina.

Durante toda a entrevista, o clínico deve estar atento à psicopatologia dos pais (por ex.: uma mãe deprimida frequentemente descreverá o comportamento da criança de forma mais negativa em comparação com o que faria um pai que não está deprimido).

“É importante transmitir a impressão de que a criança não é olhada apenas como paciente ou como um grupo de sintomas” (King, 1997)

como pais e criança entendem a evolução dos seus sintomas também fornece importantes referências do contexto cultural desta família em particular (Sholevar, 2007).

Finalizando a entrevista

Conseguir que a entrevista termine de forma colaborativa aumenta a probabilidade de que a criança e a sua família tenham uma atitude positiva nos futuros encontros clínicos. Nesta etapa, algumas perguntas úteis podem ser:

- *“Há mais alguma coisa importante de que não tenhamos falado?”*
- *“Fiz-lhe muitas perguntas. Tem alguma pergunta para mim?”*

ENTREVISTA COM OS PAIS

Objetivos da entrevista com os pais

A entrevista com os pais procura esclarecer:

- Quais os aspetos do comportamento de seu filho que lhes gera maior preocupação
- O que já foi tentado para solucionar o problema
- Qual o impacto do problema da criança no resto da família
- Se o comportamento problemático ocorre especificamente numa situação ou é generalizado (por ex.: irrequietude e falta de atenção na escola, mas não em outras situações, poderá pôr em dúvida o presumível diagnóstico de PHDA)
- Se existem perturbações neuropsiquiátricas noutros membros da família

Entrevistas padronizadas

As entrevistas padronizadas (ferramentas diagnósticas com perguntas específicas organizadas numa determinada sequência) são utilizadas habitualmente em investigações, mas também podem ser de grande ajuda na prática clínica diária. Por um lado, especialmente para principiantes, as entrevistas padronizadas podem ajudar a abordar domínios-chave da psicopatologia (especialmente os antecedentes familiares e o desenvolvimento). Elas garantem que os clínicos perguntem sistematicamente sobre uma ampla gama de sintomas, particularmente aqueles que possam ser clinicamente significativos, mas que não sejam o motivo da consulta atual. O uso destes instrumentos diminui a probabilidade de deixar passar outras condições comórbidas. Por outro lado, estas ferramentas nunca podem substituir a entrevista psiquiátrica individual e não podem ser utilizadas como base única para estabelecer o diagnóstico ou planejar o tratamento. Para além disto, muitas delas apenas constituem inventários de sintomas e não examinam informações importantes relativa a estes, como o contexto situacional, a forma como o paciente lida com os sintomas, os sentimentos, etc. (Le Couteur & Gardner, 2008).

ENTREVISTA COM A CRIANÇA

Os objetivos da entrevista com a criança são:

- Ganhar a sua confiança. Em geral, quanto menor for a criança, mais tempo é necessário para conseguir isto

“Quando conheço os pais de uma criança afetada por uma perturbação mental, a primeira coisa que lhes peço é que me digam o aspeto que consideram mais especial no seu filho/a, que capacidades, recursos, sentimentos e talentos reconhecem nele/nela.” (Giovanni Bollea, pedopsiquiatra italiano)

Às vezes, os pais temem ser os únicos que têm um problema com o filho. Pode ser um alívio para eles que o profissional lhes diga que esse problema não é raro e que já ajudou muitas famílias com problemas similares.



“Na arte da deteção, é da maior importância saber reconhecer entre um certo número de factos aqueles que são incidentais e aqueles que são vitais. Caso contrário, a sua energia e atenção vão dissipar-se em vez de concentrar-se.” (Sherlock Holmes, “O Enigma de Reigate”)

- Saber qual a percepção da criança do problema
- Compreender a etapa atual do desenvolvimento da criança
- Obter informação sobre sintomas emocionais, eventos traumáticos, atos de delinquência, consumo de drogas, problemas sexuais
- Recolher informação para o exame do estado mental (ver abaixo).

Muitas vezes as próprias crianças manifestam qual o ponto aceitável a partir do qual os pais podem abandonar a consulta, geralmente depois de alguns minutos e objetos de transicionais (mantas, ursinhos de pelúcia) podem facilitar esta transição, embora isto possa ser impossível nos casos de ansiedade de separação. Quanto mais velha for a criança, mais rápido se poderá terminar a sessão conjunta. Muitas vezes as crianças acham embaraçoso ouvir os seus problemas sendo discutidos na sua presença.

Como começar?

Uma vez que os pais saíram da sala, é uma boa ideia começar a entrevista abordando temas neutros que possam ser de interesse para a criança, como por exemplo, falar dos seus passatempos, animais, férias, prendas de Natal ou aniversário. O passo seguinte é perguntar à criança sobre o que lhe explicaram ou o que ela compreendeu acerca do propósito da consulta, o que frequentemente proporciona informação acerca da relação e da transparência da comunicação entre os pais e a criança, assim como do desenvolvimento cognitivo da criança. Algumas crianças precisam de ser encorajadas a expressar as *suas próprias* preocupações, em vez de repetir simplesmente as preocupações dos pais ou professores. Esteja atento à maneira como fórmula as questões: as crianças menores são especialmente propensas a serem sugestionadas.

Técnicas de entrevista adequadas ao nível de desenvolvimento

Não se deve esperar que crianças em idade pré-escolar se sentem quietas durante toda a entrevista, pelo que o entrevistador necessita decidir que materiais deve ter para ocupar a criança. As técnicas incluem o desenho, o jogo e as perguntas diretas. O método apropriado para cada caso vai depender da idade da criança (a idade de desenvolvimento mais que a idade cronológica) e o motivo da consulta (por ex.: mutismo seletivo). Na maioria das vezes, convidar a criança a desenhar pode ser um bom começo. As perguntas diretas devem ser curtas, com um vocabulário simples e preciso e sobre um tema concreto de cada vez (Jones, 2003). Por exemplo, não diga “Tens tido problemas na escola, dás-te bem com os colegas e gostas de desporto?”, mas sim “Tens tido problemas na escola?”

Participar na brincadeira da criança pode ajudar a:

- Aumentar a empatia
- Avaliar o seu estado afetivo
- Determinar as suas habilidades motoras e de coordenação
- Avaliar a fala e o desenvolvimento da linguagem
- Testar o tempo de atenção
- Compreender a sua capacidade de ter pensamentos complexos
- Examinar a sua capacidade para jogos interativos e jogos simbólicos (especialmente importante quando existe suspeita de uma perturbação)

“O clínico deve ser consciente do impacto no processo de entrevista, das semelhanças ou diferenças entre ele e a criança (ou os pais) em termos de género, idade e contexto étnico ou social.” (King, 1997)

Sem confiança e vínculo, é menos provável obter informações válidas.

A descrição da criança dos seus sentimentos, humor, nível de mal-estar e eventos significativos contribui para uma melhor compreensão da sua perspetiva.

É preferível ter brinquedos genéricos, já que estes podem mais facilmente evocar as preocupações específicas da criança do que brinquedos com histórias pré-fabricadas associados ou baseados em programas de TV ou filmes (Bostic & King, 2007).

pervasiva do desenvolvimento)

- Recolher informação para o exame do estado mental (ver abaixo).

Perguntas para explorar os sentimentos internos da criança incluem:

- “Qual o animal que gostarias mais/menos de ser?”
- “Quem levarias contigo se fosses para uma ilha deserta?”
- “Que pedirias se pudesses escolher três desejos mágicos?”

Entrevista com pacientes adolescentes

A sequência geral é semelhante àquela que se utiliza quando se entrevista crianças. No entanto, deve-se dedicar consideravelmente mais tempo à entrevista individual com o adolescente. É crucial evitar a percepção de que os pais e o profissional estão aliados contra o jovem. Uma forma de começar a entrevista é rever e esclarecer as crenças do adolescente e o que lhe foi dito sobre o objetivo da entrevista. Os adolescentes preocupam-se mais com a possibilidade de serem vistos como fracos, estranhos ou diferentes, de serem incluídos ou excluídos ou sobre igualdade e justiça. Neste sentido, algumas perguntas úteis são:

- “O que achas que é justo e injusto na tua vida?”
- “O que mais gostarias de mudar na tua escola/família/no mundo?”
- “Quais são os teus planos para os próximos 10 anos?”

Confidencialidade: “Vais contar aos meus pais?”

Uma das principais preocupações dos adolescentes em relação à procura de ajuda profissional é a confidencialidade. Os adolescentes devem ser informados logo de início sobre a natureza confidencial da relação entre o profissional e o paciente e as suas limitações: as únicas situações em que a confidencialidade pode ser quebrada sem o consentimento do paciente são aquelas em que está em risco a segurança do próprio paciente ou de outros. Muitos países impõem obrigações legais aos profissionais de saúde mental em relação à denúncia de casos de abuso. As leis variam a este respeito, e é necessário estar a par dos requisitos locais. A melhor forma de explicar a confidencialidade é fazê-lo no início da entrevista, quando os pais e o adolescente estão presentes, informando os pais de que o que o seu filho revelar será confidencial.

Áreas especiais de interesse na entrevista com adolescentes

- Comportamento antissocial ou delinquente (por ex.: “*Alguma vez fizeste algo que agora, ao olhar para trás, percebes que foi bastante perigoso?*”)
- Identidade e atividade sexual (por ex.: “*Alguma vez tiveste sentimentos românticos em relação a alguém?*” Tente evitar perguntar a um rapaz/uma rapariga adolescente perguntas como “*Gostas de alguma rapariga/rapaz?*”, que podem ser interpretadas como presumindo a sua heterossexualidade quando podem estar a lidar com sentimentos homossexuais)
- Consumo de álcool e substâncias psicoactivas (começar com o consumo mais recente, contexto de uso – pais, amigos, efeitos de substâncias – se acreditam que as substâncias aliviam os seus sintomas, por ex.: automedicação)
- Ideação ou comportamentos suicidas, incluindo autolesões não suicidas

O objetivo, a duração, a confidencialidade e o papel do clínico devem ser discutidos no início da entrevista com a criança utilizando-se termos apropriados ao seu nível de desenvolvimento. Por exemplo:

- “O que é que os teus pais te explicaram que vinhas fazer aqui hoje?”
- “Como te sentes sobre estar aqui?”

Ao contrário do que habitualmente se crê, fazer perguntas sobre suicídio não o induz. Um clínico preocupado pode ser o único adulto capaz de falar sobre estes pensamentos com o adolescente.



“Nunca confies nas impressões gerais. Concentra-te nos detalhes.” (Sherlock Holmes, “Um Caso de Identidade”)

(por ex.: “*Sentes às vezes necessidade de fazer mal a ti próprio?*”, “*Alguma vez pensaste que a tua vida não valia a pena?*”)

EXAME DO ESTADO MENTAL

O objetivo do exame do estado mental (EEM) é descrever de forma objetiva, sem interpretações, a aparência, sintomas, comportamento e funcionamento da criança na forma como estes se manifestaram *durante a avaliação*. Um EEM bem escrito permite que outro profissional ou o próprio possa ter uma imagem clara do estado mental do paciente no momento da avaliação semanas, meses ou anos mais tarde. O EEM é uma parte essencial de qualquer exame psiquiátrico (ver Tabela A.5.1). Falando de forma estrita, o EEM é puramente descritivo, não inclui julgamentos sobre se a aparência e o comportamento são normais ou anormais, clinicamente significativos ou não significativos.

A maioria das perturbações não apresentam sentimentos ou comportamentos anormais que não podem ser observados em crianças ou adolescentes normais em determinadas circunstâncias. São a severidade (quantidade), a generalização e a natureza (qualidade) dos sintomas que determinam a sua importância clínica.

Apesar de ser apresentado como um componente separado e diferenciado da colheita de antecedentes médicos, na realidade, grande parte do EEM é realizada de forma implícita à medida que o profissional se relaciona e observa a criança durante as entrevistas individuais e familiares. Embora alguns componentes do exame possam requerer perguntas ou exames específicos (por ex.: orientação, memória, sintomas específicos, tais como alucinações ou obsessões), a maioria deles é observada no decorrer da entrevista.

Os clínicos devem aproveitar cada oportunidade que seja apresentada para observar o paciente e a sua interação com outros, particularmente com a família. Por exemplo, o seu comportamento:

- Na sala de espera (por ex.: Como escolhem os lugares para se sentar? Estão a falar uns com os outros? A discutir?)
- Durante o cumprimento inicial e a introdução
- Na consulta
- Na separação (por ex.: quando os pais saem do gabinete)
- Durante a avaliação psicológica
- Durante o exame físico

ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME FÍSICO

O objetivo da recolha dos antecedentes médicos e da realização do exame físico é identificar as patologias médicas que possam causar, estar associadas ou exacerbar os problemas que apresenta a criança, podendo estes mascarar uma doença somática tratável. As patologias médicas podem:

- Aumentar o risco da criança de apresentar psicopatologia
- Ser relevantes para o tratamento
- Explicar a psicopatologia atual.

Apesar de doenças físicas que mimetizam uma perturbação psiquiátrica serem relativamente raras na prática clínica, é importante conhecer estas possíveis

“Chegará o dia em que estarão disponíveis fármacos específicos para diagnósticos específicos, mas falta ainda muito tempo para que isto seja possível. Tanto os tratamentos psicológicos como farmacológicos devem centrar-se mais nos padrões particulares de sintomatologia que no diagnóstico como tal” (Rutter & Taylor, 2008)

Descreva antes de interpretar

Uma vez que qualquer sintoma pode ter significados, funções e implicações clínicas diversas em crianças diferentes, é importante não saltar imediatamente dos sintomas para o diagnóstico.

Tabela A.5.1 Exame do Estado Mental (EEM)

Componente do EEM	Tomar conhecimento de:	Exemplo
Aparência física	<ul style="list-style-type: none"> Idade (real e aparente) Roupa adequada para a idade Cuidado e higiene pessoal Características dismórficas, hematomas, cicatrizes. 	“Stephanie é uma menina limpa, bem cuidada e vestida apropriadamente para os seus 9 anos que parece mais velha do que a idade que tem (aparenta cerca de 12 anos)”
Forma como se relaciona com o avaliador e os pais, incluindo a facilidade para se separar destes	<ul style="list-style-type: none"> Contacto visual Capacidade de colaborar e participar no exame Relacionamento com pais e irmãos 	“Evita o contacto visual, mas colabora no processo de avaliação.”
Humor e afeto	<ul style="list-style-type: none"> Tipo, variedade e adequação do afeto (por ex.: depressivo, eufórico, irritável) 	“Stephanie parece deprimida (chora muitas vezes, não sente prazer em nada, sente-se desesperançada), mostra pouca variação no seu afeto (isto é, em um intervalo restrito) e descreve um humor depressivo”
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> Medos Fobias Obsessões Compulsões ou rituais Dificuldades de separação 	“Não demonstra evidência de medos injustificados ou sintomas de ansiedade”
Comportamento psicomotor (incluindo nível de atividade e padrões motores não usuais)	<ul style="list-style-type: none"> Tiques, maneirismos Nível de atividade Coordenação 	“O nível de atividade parece reduzido”.
Forma e conteúdo do pensamento	<ul style="list-style-type: none"> Alucinações Delírios Perturbação do pensamento 	“O pensamento é lento, mas coerente. Não há evidência de alucinações ou delírios”
Discurso e linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Fluidez Volume Ritmo Competências verbais 	“O seu discurso é adequado para a idade. Não se verifica pressão de discurso.”
Funcionamento cognitivo geral	<ul style="list-style-type: none"> Vocabulário adequado para a idade Conhecimentos gerais Desenhos apropriados 	“A sua capacidade cognitiva parece afetada, e o seu vocabulário é inferior ao esperado para a sua idade.”
Atenção e concentração	<ul style="list-style-type: none"> Atenção Concentração 	“Cansa-se facilmente e tem dificuldade em acompanhar conversas por muito tempo.”
Memória	<ul style="list-style-type: none"> Curto prazo Longo prazo 	“Não mostra dificuldades para recordar acontecimentos.”
Orientação	<ul style="list-style-type: none"> Orientação no tempo, espaço e de si próprio. 	“Orientada no tempo e no espaço”.
Juízo crítico e introspecção	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento dos problemas Capacidade para julgar situações hipotéticas Atitude em relação à ajuda Adesão ao tratamento 	“A paciente é consciente de que tem um problema, quer receber ajuda e colaborar com o tratamento”
Exame de risco	<ul style="list-style-type: none"> Pensamentos ou atos suicidas Comportamentos autolesivos Pensamentos ou planos de fazer mal a outros Comportamento de tomada de risco 	“Não existe evidência que sugira ideação suicida ou ameaças a outros.”

Fonte: Adaptado de King (2007)

Tabela A.5.2 Sintomas psiquiátricos e exemplos dos seus diagnósticos diferenciais correspondentes

Sintoma	Diagnóstico Diferencial
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações neurológicas (por ex.: tumores, epilepsia, trauma, atrofia cerebral) • Perturbações endócrinas (hipo/hipertireoidismo, doença de Addison, doença de Cushing) • Doenças renais (por ex.: nefrite crónica) • Doenças metabólicas (por ex.: hipoglicemia) • Doenças infecciosas (por ex.: AIDS, doença de Lyme) • Intoxicação (por ex.: alcoolismo) • Doenças malignas (por ex.: leucemia crónica) • Fármacos: anti-hipertensores (por ex.: beta-bloqueadores), fármacos antiepiléticos, fármacos psicotrópicos (por ex.: neurolépticos, barbitúricos), esteroides (por ex.: glicocorticoides), analgésicos • Outros: tuberculostáticos, antibióticos, citostáticos, antimicóticos
Psicose	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações neurológicas (por ex.: tumor cerebral, epilepsia, encefalite, infeções, esclerose múltipla) • Drogas ilícitas (por ex.: cannabis, cocaína, LSD) • Intoxicação (por ex.: álcool) • Fármacos: psicotrópicos, anticonvulsivantes, anticolinérgicos, esteroides, antibióticos
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações por consumo de substâncias: drogas, anfetamina, cocaína, alucinógenos, álcool, nicotina, cafeína, ecstasy, opioides • Perturbações neurológicas: convulsões orgânicas, enxaqueca, esclerose múltipla, aumento da pressão intracraniana, perfusão cerebral reduzida • Outras: hipoglicemia, hipóxia, hipertireoidismo, carcinoma, disritmia, feocromocitoma
Anorexia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer • Perturbações endócrinas (por ex.: hipertireoidismo, diabetes mellitus) • Perturbações gastrointestinais (Doença de Crohn, colite ulcerosa, gastrite, úlcera gástrica) • Má absorção (por ex.: doença celíaca)
Enurese	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações urológicas e genitais (por ex.: válvula uretral, fusão labial) • Infeção do trato urinário • Perturbações neurológicas (mielomeningocele, espinha bífida, síndrome da medula presa) • Outras patologias médicas (por ex.: diabetes mellitus)

Fonte: Herpertz-Dahlmann & Bachmann (2007), modificado.

“armadilhas diagnósticas” (Tabela A.5.2.). Se nos antecedentes médicos existe alguma informação que sugira que doenças ou tratamentos físicos podem desempenhar um papel relevante no quadro deste paciente, deve ser realizada uma investigação mais aprofundada.

Sugerimos uma *abordagem passo-a-passo* nesta parte da avaliação (eficaz em termos de tempo e custo)

- Passo 1: breve colheita dos antecedentes médicos
- Passo 2: exame físico básico.

Se os passos 1 e 2 não forem relevantes, é razoável evitar exames e investigações adicionais. No entanto, se for necessário realizar uma avaliação mais profunda:

- Passo 3 (se indicado pelos passos 1 e 2): realizar investigações e encaminhar a um especialista.

Antecedentes médicos prévios

Deve ser utilizada uma abordagem sistemática na recolha de antecedentes

Não se esqueça da parte somática do processo diagnóstico, mas os profissionais de saúde mental devem também saber quando aceitar que uma criança foi adequadamente examinada e estudada.

como um guia para a possibilidade de que problemas somáticos possam ser relevantes para os sintomas atuais. Isto inclui um histórico clínico doenças médicas do paciente e da sua família. Vários estudos mostraram que a informação obtida nos antecedentes médicos influencia frequentemente a condução do caso, enquanto o exame físico raramente o faz (Dooley et al, 2003).

Os *sinais de alerta* que sugerem a necessidade de um exame físico mais detalhado (passo 3) incluem:

- Apresentação atípica de sintomas ou idade de início atípica (por ex.: alucinações numa criança de 7 anos de idade)
- Antecedentes de convulsões
- Antecedentes de traumatismo cranioencefálico ou infeção do sistema nervoso central
- Atraso no desenvolvimento
- Estar acima do percentil 97 ou abaixo do percentil 3 em qualquer das curvas de crescimento
- Suspeita de abuso na infância ou perturbação factícia (por ex.: Münchausen por procuração)
- Início abrupto de um comportamento novo ou estranho (por ex.: abanar de mãos na Síndrome de Rett)
- Nível de consciência alterado, fadiga grave, alterações cognitivas e sintomas físicos, como dor de garganta, febre, cefaleia, náusea e alterações de peso
- Início agudo de obsessões e compulsões ou tiques motores ou vocais, particularmente depois de uma faringite (PANDAS, ver Capítulos F.4 e H.5).

A lista seguinte enumera todas as partes relevantes de um histórico clínico na saúde mental infantil:

Desenvolvimento pré-natal e perinatal

- Consanguinidade dos pais?
- Uso de técnicas de reprodução assistida?
- Gravidez (exposição a substâncias teratogénicas: álcool, tabaco, drogas ilícitas, remédios; antecedentes de erupções cutâneas e febre durante a gravidez – podem indicar exposição a uma infeção viral congénita)
- Mortes neonatais anteriores ou episódios agudos que tenham colocado em perigo a vida dos irmãos (podem ser um indicador de anomalias congénitas do metabolismo)
- Abortos espontâneos prévios (dois ou mais) – 1 de cada 20 destes pais serão portadores de uma translocação ou inversão cromossómica (Gardner & Sutherland 1996)
- Histórico do parto e período neonatal: idade gestacional ao nascer; peso; índice APGAR, se disponível (um parto complicado é um importante

Ocasionalmente, os pais descrevem uma perda de competências previamente adquiridas; isto deve ser sempre considerado de forma séria e deve levar à suspeita de uma perturbação neurodegenerativa e consequente encaminhamento a um especialista.



“As pequenas coisas são infinitamente as mais importantes.” (Sherlock Holmes, “Um caso de Identidade”)

Tabela A.5.3 Vista geral dos marcos do desenvolvimento

Idade	Competências motoras	Linguagem
3 meses	Mantém a cabeça fixa	Imita sons
6 meses	Consegue rolar o corpo	
9 meses	Senta-se sem apoio	Combina sílabas em sons que se assemelham a palavras
12 meses	Mantem-se de pé sem apoio	Usa 20 palavras únicas
15 meses	Caminha sem apoio Brinca com uma bola	
18 meses	Leva objetos enquanto caminha	Constrói frases de 2 palavras
2 anos	Consegue correr Consegue chutar uma bola	Usa o seu próprio nome Pergunta "Por quê?" Nomeia ao menos 6 partes do corpo
3 anos	Salta, consegue manter o equilíbrio só com um pé	Constrói frases de 4 ou 5 palavras Usa singular e plural
4 anos	Saltita	Usa tempos verbais no passado, é capaz de contar experiências
5 anos		
6 anos	Salta com apenas um pé	Linguagem desenvolvida por completo

*Usar apenas como referência geral

Acidentes ou doenças que têm potenciais efeitos no sistema nervoso central e requerem uma avaliação específica.

- Exposição ao chumbo
- Convulsões
- Traumatismo cranioencefálico
- Perda de consciência

fator de risco para problemas de desenvolvimento).

Desenvolvimento pós-natal

Histórico do desenvolvimento na primeira infância (até os 5 anos). Solicite aos pais, se for possível, que tragam o boletim de vacinas e outras informações pertinentes para a primeira sessão de avaliação. Um resumo dos marcos do desenvolvimento é apresentado na Tabela A.5.3.

Histórico de doenças prévias

As doenças mais frequentes na infância (por ex.: asma) devem levar-nos a perguntar sobre as medicações das quais a criança faz uso, tanto as que foram prescritas como as autoadministradas. Deve ser perguntado sobre internamentos hospitalares longos após o nascimento; procedimentos cirúrgicos; vacinas; estados de perda de consciência e convulsões; dificuldades visuais ou auditivas; alergias (particularmente a medicamentos); e resposta ou efeitos colaterais de medicamentos utilizados previamente.

O clínico deve estar especialmente atento à menção de doenças que possam afetar o sistema nervoso central, como HIV/AIDS, tuberculose, lúpus eritematoso, epilepsia, enxaqueca, lesões cerebrais traumáticas, transtornos da tireoide e diabetes.

Exame físico básico

Quem deve realizar o exame médico?

Para os médicos que mantêm as suas competências para realizar um exame

Tabela A.5.4 Exame de pele em Pedopsiquiatria

Sintomas dermatológicos	Sugere possível:
<ul style="list-style-type: none"> • Marcas de agulhas, abscessos ou hiperpigmentação dos braços 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação por consumo de substâncias
<ul style="list-style-type: none"> • Contusões, hematomas em diferentes graus de evolução 	<ul style="list-style-type: none"> • Negligência • Abuso físico
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de autolesões não suicidas (cicatrizes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação da Personalidade Borderline^a
<ul style="list-style-type: none"> • Manchas “café com leite” após o primeiro ano de vida, >1.5cm • Sardas nas axilas após os 3 anos de idade 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurofibromatose tipo 1^b (rara)
<ul style="list-style-type: none"> • Máculas hipopigmentadas em forma de trevos • Adenoma sebáceo • Fibromas periungueais 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclerose Tuberosa^{c,d} (rara)
<ul style="list-style-type: none"> • Manchas cor de vinho do Porto, em geral na região trigeminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Sturge Weber^b (rara)

^aO lugar mais frequente das autolesões não suicidas é a parte interna do antebraço esquerdo.

^bA neurofibromatose Tipo 1, a esclerose tuberosa e a Síndrome de Sturge Weber são síndromes neurocutâneas (facomatoses). Estas perturbações afetam o sistema nervoso central, a pele e os olhos. Todos estes tecidos têm a mesma origem ectodérmica.

^cDe 0,4% a 3% das crianças com autismo possuem esclerose tuberosa (Smalley et al, 1991).

^dO melhor exame diagnóstico é a ressonância magnética cerebral (MRI).

físico (para as quais trabalharam arduamente durante a Faculdade de Medicina), o exame físico oferece uma oportunidade adicional para saber mais sobre as preocupações com a criança (especialmente sobre problemas relacionados com o corpo) e sobre o seu estado mental. Para os psicólogos e outros profissionais de saúde sem formação médica, é bastante útil tentar saber se a criança fez recentemente um exame físico ou encaminhar o paciente a um médico (preferencialmente a um pediatra).

Um exame de triagem do neurodesenvolvimento é suficiente e não requer que a criança se dispa completamente.

Devem ser avaliados os seguintes parâmetros:

- Estatura e peso (tabelas de percentil)
- Perímetro cefálico (tabelas de percentil; a causa mais frequente de um crânio grande ou pequeno é simplesmente a predisposição familiar, pelo que, antes de interpretar um valor de forma isolada, deve-se sempre compará-lo às médias (percentis) dos perímetros cefálicos dos pais)
- Pressão arterial (utilizar um instrumento adequado para o tamanho da criança – por ex.: um que cubra dois terços da distância entre o cotovelo e o ombro; deve ser interpretada em comparação com os valores adequados para a idade)

Devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Revisão da pele (ver Tabela A.5.4)
- Exame neurológico básico:



Clique na imagem para aceder a um curso intensivo de 8 minutos de duração sobre perturbações neurocutâneas.



Se suspeitar de uma doença metabólica ou genética rara e não tiver a oportunidade de encaminhar a um especialista, clique na imagem para aceder à “orpha.net” e selecione a opção “procurar por sinais”. Este portal (para doenças raras e medicamentos órfãos) está disponível em inglês, espanhol, alemão, italiano, francês e português.

- Postura e marcha
- Testes de função cerebelosa (por ex.: presença de disdiadococinesia)
- Tónus, força, reflexos
- Movimentos anormais (fasciculações, tiques, mioclonia, distonia, atetose, hemibalismo, tremor).

De todos os aspetos do exame neurológico, o mais valioso é observar a marcha da criança. Uma marcha normal depende da conservação e equilíbrio delicado dos sistemas motores, sensoriais e de coordenação. É pouco provável que uma criança que caminha normalmente tenha uma alteração neurológica grave (Wolf et al, 2008).

Investigações, exames e encaminhamento a especialistas

A disponibilidade de investigações, exames e encaminhamentos a especialistas pode variar consideravelmente entre países. O que está descrito aqui é a situação ideal, mas muitas destas investigações não produzirão resultados positivos na imensa maioria dos casos:

- Exames de sangue
- Exames de urina (análise toxicológica, teste de gravidez)
- Imagem cerebral (primeira escolha: RMN; segunda escolha: TAC)
- Investigações genéticas (indicadores-chave no exame físico: dismorfia notória de rosto, mãos e pés; estar acima do percentil 97 ou abaixo do percentil 3 em qualquer uma das curvas de crescimento).
- Investigações metabólicas (indicadores-chave nos antecedentes: consanguinidade, atraso no crescimento; descompensações episódicas, frequentemente durante doenças menores; hepatoesplenomegalia; características faciais grosseiras). É mais útil realizar uma triagem metabólica geral do que uma investigação genética, um EEG ou uma imagem cerebral, e pode, portanto, valer mais a pena.
- Eletroencefalograma (EEG)
- Eletrocardiograma (ECG)
- Exame auditivo
- Exame visual.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA

O objetivo desta secção é informar os leitores sobre as ferramentas que podem-nos ajudar a encontrar o diagnóstico correto e a individualizar o tratamento.

Escalas de avaliação

As escalas de avaliação são instrumentos (realizados com papel e lápis ou informatizados) utilizados para recolher informações sobre a presença (medida qualitativa) e a gravidade (medida quantitativa) de sintomas. As escalas de avaliação podem ser utilizadas como uma fonte adicional de informação diagnóstica, para

Aproveite qualquer oportunidade para observar crianças com condições raras. Ter conhecimento da existência dos fenótipos é uma condição necessária para reconhecê-los. O [Phenomizer](#) é um website com informações úteis que permite aos clínicos introduzir as características clínicas de um paciente e obter os diagnósticos diferenciais prováveis. Para ver um tutorial sobre como utilizar o Phenomizer, [clique aqui](#).

As escalas de avaliação são ferramentas para complementar a avaliação, não para substituí-la

monitorizar e medir a eficácia de um tratamento (resultados) e como ferramentas de pesquisa. Também podem ser utilizadas como ferramentas de triagem e para determinar se a criança deve ser avaliada de forma mais profunda para perturbações de saúde mental (Verhulst & Van der Ende, 2008).

Prós e Contras das escalas de avaliação

Prós:

- Ajudam a detectar problemas que são clinicamente significativos, mas que não são parte do problema que se está a avaliar
- Ajudam a conduzir um exame compreensivo
- Alguns pais e adolescentes podem revelar preocupações por escrito que não revelariam verbalmente
- As escalas de avaliação podem ser completadas pelos pais, professores e pacientes fora da entrevista, o que as torna mais eficazes e eficientes
- As escalas que avaliam a gravidade dos sintomas podem ser úteis para quantificar uma base inicial para depois avaliar a resposta ao tratamento (por ex.: uso de escala de sintomas de PHDA antes e depois do tratamento com metilfenidato).

Contras:

- Requerem tempo e conhecimento
- Podem desagradar aos pais e às crianças
- Requerem tempo para serem corrigidas e analisadas
- Os clínicos podem depender delas de forma excessiva.

Existem escalas de avaliação que são completadas por pacientes, clínicos, pais, professores e outros informadores (por ex.: pessoas que trabalham com jovens). Na prática clínica diária, é utilizada uma combinação destas ferramentas. Um exemplo de uma escala de avaliação utilizada em todo o mundo – disponível de forma gratuita em muitos idiomas para uso não comercial – é o Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades (SDQ pela sua sigla em inglês), apresentado na Tabela A.5.6. Este pode ser preenchido pelos pais, professores, crianças ou todos os anteriores, e os seus 25 elementos foram projetados de modo a incluir tanto pontos



"Não há nada mais enganador do que um facto óbvio." (Sherlock Holmes, "O mistério do vale Boscombe")

Tabela A.5.6 O Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades (SDQ)

Objetivo	Idiomas	Comentários
Triagem de perturbações de saúde mental em crianças e adolescentes (Goodman et al, 2000)	Disponível em 73 idiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuito para uso não comercial • Pontuações altas no SDQ – entre as 10% mais elevadas em amostras comunitárias – estão associadas a um maior risco de problemas psiquiátricos • Utilizado mundialmente • Muito breve • Alta especificidade, mas baixa sensibilidade (use apenas como instrumento de triagem) • Pode ser respondido online pelo paciente e receber feedback imediato.

Fonte: Carandang e Martin (2009).

fortes como dificuldades. O SDQ é uma escala geral para avaliar uma ampla gama de problemas. No entanto, em muitos casos, especialmente se há suspeita de uma perturbação específica (por ex.: depressão, PHDA), é útil utilizar uma escala mais específica e detalhada que uma geral (consultar a secção de diagnóstico do capítulo correspondente neste livro).

Avaliação psicométrica

A arte de uma avaliação psicométrica efetiva está na utilização precisa e na interpretação válida dos testes psicométricos. Os resultados dos testes podem ajudar a:

- Descobrir o diagnóstico ou comorbidades
- Identificar o perfil cognitivo de pontos fortes e dificuldades do indivíduo
- Planejar o tratamento (por ex.: avaliar o nível de comunicação numa futura psicoterapia).

Existem múltiplos testes de avaliação psicológica para crianças e adolescentes, e a escolha vai depender do paciente, da suspeita diagnóstica e do conhecimento e experiência do avaliador. A avaliação do funcionamento cognitivo muitas vezes é útil para o diagnóstico e o planejamento do tratamento (ver Capítulos C.1 e C.3).

Inteligência: “a soma de todos os processos mentais superiores

O conceito exato de inteligência não é consensual entre os especialistas, mas existe forte evidência empírica de que os testes de *inteligência* medem elementos importantes de desenvolvimento, competências cognitivas e comportamento adaptativo (Charman et al, 2008). O *quociente de inteligência* (QI) apresenta uma estabilidade moderada a alta ao longo do tempo e tem uma alta correlação com o funcionamento da pessoa em diversos eventos da vida real, como o sucesso académico, emprego e rendimentos.

Os testes de QI adequados seguem normas de acordo com a idade são padronizados (ver Capítulo C.1). É relevante saber *quando* é que um teste específico foi padronizado, pois já tem sido observado em alguns países um aumento considerável das pontuações ao longo do tempo, possivelmente devido a melhorias na dieta e na educação. Os testes inteligência padronizados fornecem pontuações com uma média de 100 e um desvio-padrão de 15. As pontuações padrões são utilizadas para definir se a capacidade cognitiva é média, inferior à média ou superior à média dependendo do número de desvios padrão acima ou abaixo da média da população geral se encontra a pontuação da criança. Um QI inferior a 70 é um forte indicador da presença de um *défice intelectual* (ver Capítulo C.1).

Observar a criança durante o a realização do teste constitui também uma parte importante do processo. Quando se interpretam os resultados da avaliação, devem ser registrados e considerados os seguintes aspetos:

- Grau de colaboração com o avaliador
- Nível de atividade e concentração
- Habilidades sociais e de comunicação
- Áreas específicas de dificuldades

Testando a teoria da mente: o teste de Sally/Anne

TO teste de Sally/Anne consiste em uma avaliação psicológica realizada com bonecas utilizada em saúde mental infantil para medir a capacidade cognitiva e social de uma pessoa de atribuir falsas crenças a outros (isto é.: a teoria da mente. Para mais detalhes, ver Capítulo C.2). O clínico utiliza duas bonecas, “Sally” e “Anne”. Sally tem uma cesta; Anne tem uma caixa. O clínico mostra à criança um desenho no qual Sally põe uma bola na sua cesta e abandona a cena. Quando Sally está fora e não pode ver o que acontece, Anne retira a bola da cesta de Sally e coloca-a dentro de sua caixa. Em seguida, Sally regressa à cena e é perguntado às crianças onde elas pensam que Sally irá procurar a sua bola. Considera-se que as crianças “passam” no teste se entenderem que Sally procura a bola na sua cesta antes de se aperceber que a bola não está lá. As crianças com menos de 4 anos e a maioria das crianças com uma perturbação do espectro do autismo (de idade superior) respondem “na caixa da Anne,” aparentemente não compreendendo que Sally não sabe que mexeram na sua bola.



Clique na imagem para aceder a um vídeo breve que explica o teste de Sally/Anne.



“Não há caso mais estimulante do que aquele em que tudo está contra ti.”
(Sherlock Holmes, “O Cão dos Baskervilles”)

Os resultados dos testes podem ser influenciados por:

- Problemas de linguagem
- Problemas de coordenação motora
- Medicações
- A psicopatologia atual (por ex.: depressão)
- Problemas visuais e auditivos.

Se existirem discrepâncias significativas entre os resultados do teste e o rendimento da criança descrito por pais e educadores ou observado na avaliação clínica, será necessário realizar uma investigação mais profunda.

COMUNICANDO RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES

O objetivo desta última, mas essencial, etapa do processo de avaliação é resumir os achados em uma formulação e diagnóstico clínicos e comunicá-los de forma clara e útil a todas as partes pertinentes. Isto pode requerer uma ou mais sessões onde se analisam e decidem as recomendações e opções de tratamento.

Na maioria dos casos, é de grande utilidade disponibilizar o tempo necessário para analisar toda a informação recolhida, pontuar as escalas de avaliação e considerar os diagnósticos diferenciais e as recomendações. Os pais podem estar ansiosos para saber o que se passa com o seu filho (e a sua família). Por esse motivo, é necessária muita sensibilidade. Deceção, tristeza, pesar, negação e outras emoções são frequentes, especialmente quando o diagnóstico destrói as expectativas em relação ao futuro da criança.

Deve ser levado em conta que muito pouco da informação transmitida será retida pelos pais, especialmente se a sessão for muito emotiva. Por esse motivo, em alguns casos, pode ser entregue aos pais um relatório ou um breve resumo escrito. Se for possível e apropriado, ofereça sessões adicionais para discutir alguns temas quando a família tiver tido a oportunidade de processar a informação.

A avaliação não estará completa até o momento em que se comuniquem os resultados aos pais, à criança e ao profissional ou serviço de saúde que realizou o encaminhamento.

Princípios que devem guiar a comunicação de resultados aos pais:

- Linguagem simples, não técnica
- Sem emitir julgamentos
- Orientada para pontos-fortes
- Sensível
- Prática

Uma ênfase explícita nos pontos fortes e capacidades da criança e da sua família facilita o processo de comunicação de resultados e transmite uma imagem mais realista do paciente como pessoa, em vez de um mero diagnóstico da doença. Evite termos técnicos e jargões psiquiátricos (em vez de: “a teoria da mente da sua filha é insuficiente” seria melhor dizer: “a Sally tem alguns problemas para entender que os outros têm crenças, desejos e intenções diferentes dos dela”). Nunca é suficiente apenas nomear o diagnóstico. É necessário explicar as razões para esse diagnóstico e os fatores que o influenciam. A formulação é mais útil que um simples diagnóstico clínico para compreender e ajudar a criança e a sua família. Explique se ainda existem áreas de incerteza, incluindo se o diagnóstico pode mudar com o tempo e qual poderia ser o resultado provável com e sem tratamento. Se o diagnóstico for provisório, deixe claro que não tem ainda certezas em relação a ele.

Com ou sem a criança?

- Dependendo da natureza do problema e da etapa de desenvolvimento da criança, pode ser adequado que esta esteja presente. Em caso afirmativo, retire uns minutos e explique diretamente à criança as conclusões. Uma boa estratégia é começar por descrever as competências do paciente, depois falar sobre as suas dificuldades e as opções para minimizá-las e terminar falando novamente sobre as capacidades e semeando a esperança de que a situação atual melhorará.
- Ofereça um objetivo claro da intervenção terapêutica.

Os clínicos devem assegurar-se de que os resultados e as recomendações são:

- Escutados
- Compreendidos e
- Considerados úteis.

Para melhorar a adesão ao futuro tratamento, durante o processo de tomada de decisões, os clínicos devem converter-se em aliados do paciente e da sua família ao invés de especialistas. Na maioria dos casos, é possível ponderar vários tratamentos, com os seus riscos e efeitos secundários, e ajudar os pais a decidir com qual deles desejam seguir. Se os pais desejam experimentar tratamentos que não são saudáveis, não estão provados como eficazes ou são perigosos, o profissional deve alertar para os riscos de tal decisão.

Ao discutir o prognóstico, é necessário semear a esperança ao mesmo tempo em que se transmite uma imagem realista dos efeitos da perturbação a longo prazo. Em muitos casos, o objetivo terapêutico a longo prazo será encontrar formas de viver com a doença (incluindo o risco de regressos) mais do que conseguir uma cura.

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

As seguintes recomendações podem ser úteis para as situações em que se sinta perdido no processo de avaliação e não tenha certezas em relação ao diagnóstico de uma criança em particular. Esta sequência deve ser aplicada de maneira flexível:

- Ignore momentaneamente os construtos do DSM e da CID e volte novamente para a descrição dos problemas. Tente apenas descrever o melhor possível aquilo que lhe parece incomum neste paciente. Em

Nunca deixe a família partir apenas com a informação diagnóstica. Mostrelhes sempre opções de tratamento e esperança.

“Curar às vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre.” (Edward Livingston Trudeau, 1848-1915)



“Nada esclarece um caso tanto quanto expô-lo a outra pessoa.” (Sherlock Holmes, “Estrela de Prata”)

Existe uma correspondência imperfeita entre as descrições diagnósticas puras dadas pelos livros e as apresentações clínicas que se veem na prática. Os profissionais devem estar sempre alerta para os padrões incomuns que não se ajustam às convenções diagnósticas existentes. (Rutter & Taylor, 2008).

seguida, pense novamente no(s) diagnóstico(s) que coincide(m) com este padrão de sintomas

- Fale com um colega sobre este caso, especialmente com alguém com mais experiência
- Se possível, faça uma gravação em vídeo de uma avaliação (com a autorização do paciente e de seus pais), mostre-a aos seus colegas e peça a sua opinião
- Talvez esta criança não esteja mal. Por alguma razão, a criança é apresentada como precisando de ajuda quando outro membro da família é quem sofre de problemas de saúde mental.
- Muitas vezes não é possível conduzir todo o processo diagnóstico em uma única sessão
- Caso se sinta perdido no diagnóstico diferencial, recorde que as perturbações comuns são frequentes e as perturbações raras são raras
- Os sintomas podem apresentar-se de forma atípica em casos com múltiplas comorbidades (por ex.: depressão em uma criança com autismo)
- Se suspeita de um diagnóstico, mas ainda não tem certezas em relação a ele, reveja a secção de diagnóstico diferencial do respetivo capítulo neste ou em outro livro de boa qualidade (veja as Referências Bibliográficas)
- Não ignore os possíveis diagnósticos somáticos, os efeitos colaterais dos fármacos ou os efeitos de drogas ilícitas
- Considere a possibilidade de perturbações factícias ou partilhadas (por ex.: uma mãe com esquizofrenia que faz o seu filho acreditar que ambos estão a ser perseguidos pelo serviço secreto)
- Existirão sempre casos em que os sintomas não coincidem com nenhum diagnóstico específico, porque os sistemas de classificação não são perfeitos e provavelmente nunca serão. Como Leo Kanner, um dos pioneiros da pedopsiquiatria, referiu no título do seu artigo sobre o diagnóstico diferencial: “As crianças não leram estes livros”(Kanner, 1969).
- Existirão casos em que não se poderá realizar nenhum diagnóstico adequado, porque a doença não foi ainda descrita ou, o mais provável, porque o paciente não tem nenhuma doença médica ou psiquiátrica, mas sim um problema relacionado com a sua vida, e necessita mais de aconselhamento do que de uma terapia complexa.

“Quando escutares um galope atrás de ti, não esperes ver uma zebra”
(Theodore E Woodward MD)

REFERÊNCIAS

- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlation for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101:213-232.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- * Baird G, Gringras P (2008). *Physical Examination and Medical Investigation*. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th Edition. Oxford: Blackwell, pp317-335.
- Bostic JQ, King RA (2007). Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. In Martin A, Volkmar FR (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp323-344.
- Carandang CG, Martin A (2009). Clinical assessment of children and adolescents with depression. In Rey JM, Birmaher B (eds) *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp23-37.
- Charman T, Hood J, Howlin R (2008). Psychological examination in the clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th Edition. Oxford: Blackwell, pp299-316.
- Dooley JM, Gordon KE, Wood EP et al (2003). The utility of the physical examination and investigations in the pediatric neurology consultation. *Pediatric Neurology*, 28:96-99.
- Gardner RJM, Sutherland GR (1996). Pregnancy loss and infertility. In *Chromosome Abnormalities and Genetic Counseling*. Oxford Monographs on Medical Genetics, No. 29. New York: Oxford University Press, pp311-321.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177:534-539.
- * Goodman R, Scott S (2005). *Child Psychiatry*, 2nd edition. Oxford: Blackwell.
- Herpertz-Dahlmann B, Bachmann C (2007). [Körperliche Untersuchung]. In Remschmidt H, Matthejat F, Warnke A (eds), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart Thieme, pp17-20.
- Jones DPH (2003). *Communicating with Vulnerable Children: A Guide for Practitioners*. London: Gaskell.
- Kanner L (1969). The children haven't read those books, reflections on differential diagnosis. *Acta Paedopsychiatrica*, 36:2-11.
- Le Couteur A, Gardner F (2008). Use of structured interviews and observational methods in clinical settings. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th Edition. Oxford: Blackwell, pp271-288.
- Luthar SS, Prince RP (2007). Developmental psychopathology. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp291-301.
- * Rutter M, Taylor E (2008). Clinical assessment and diagnostic formulation. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th Edition. Oxford: Blackwell, pp42-57.
- Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K et al (2009). Agreement between youth- reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:136-143.
- Sholevar GP (2007). Cultural child & adolescent psychiatry. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp57-65.
- Smalley S, Smith M, Tanguay P (1991). Autism and psychiatric disorders in tuberous sclerosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 615:382-3.
- * Stubbe D (2007). *Practical Guides in Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Verhulst FC, Van der Ende J (2008). Using rating scales in a clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th Edition. Oxford: Blackwell, pp289-298.
- Wolf SM, McGoldrick PE, Cohen L (2008). Pediatric neurological examination for the psychiatrist. In Walker AM, Kaufman DM, Pfeffer CR et al (eds), *Child and Adolescent Neurology for Psychiatrists*, 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- * King RA (1997). Practice Parameters for the psychiatric examination of children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36:4S-20S.
- World Health Organisation (1996). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- *Recommended reading.