

FORMULAÇÃO DE CASOS E INTEGRAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Schuyler W Henderson & Andrés Martin

Edição em Português

Editores: Felipe Matos Melo Campos, Carolina Costa

Tradutores: Thatiana Ferreira Maia e João Victor Martins Pereira



Sessão no Departamento de Desenvolvimento Infantil, Duhok, Iraque. Foto: Dr Abdulbaghi Ahmad.

Schuyler W Handerson MD, MPH
Diretor Associado,
Universidade de Nova York
Departamento de Psiquiatria da
Criança e do Adolescente;
Assistente de Chefe de
Unidade 21S, Hospital de
Bellevue, Nova Iorque NY,
EUA

Conflito de interesse: nenhum
declarado

Andrés Martin MD, MPH
Professor Riva Ariella Ritvo,
Centro de Estudos da Criança
de Yale, New Haven, CT, EUA

Conflito de interesse: nenhum
declarado

Parte deste material foi adaptado do
capítulo que escrevemos neste tópico:
Henderson SW, Martin A. Formulation
and Integration. Em: Lewis's Child and
Adolescent Psychiatry: A
Comprehensive Textbook, 4ª edição.
A Martin, editores FR Volkmar.
Filadélfia, PA: Lippincott, Williams and
Wilkins.

Esta publicação é direcionada para profissionais em treinamento ou em atividade no campo da Saúde Mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente representam o ponto de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e condutas baseados nas evidências científicas disponíveis e avaliadas pelos autores no momento da escrita da mesma e esses podem mudar de acordo com o resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar tal conhecimento em pacientes em concordância com as diretrizes e leis do respectivo país de atuação. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas dos fármacos, pois nem todas as dosagens e efeitos adversos são mencionados. Organizações, publicações e *websites* são citados e *linkados* para ilustrar problemas ou como fonte de mais informações. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossam seus conteúdos ou recomendações, os quais devem ser criticamente avaliados pelo leitor. *Websites* também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2017. Essa é uma publicação de livre acesso sob a [Licença Creative Commons Attribution Non-commercial](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso seja não comercial. Envie comentários sobre esse livro ou capítulo para jmrey@bigpond.net.au

Sugestão de citação: Henderson SW, Andrés Martin. *Case formulation and integration of information in child and adolescent mental health*. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2014.

Ser capaz de formular uma hipótese é uma das habilidades fundamentais para os médicos que trabalham em saúde mental da infância e da adolescência, mas não é uma competência fácil de ser dominada. O levantamento de hipóteses envolve a transformação da narrativa do paciente e de toda a informação derivada de exames, entrevistas com os pais e professores e relatórios médicos e escolares em uma história coerente, e não necessariamente longa, que irá ajudar a desenvolver um plano de tratamento (ver Capítulo A.11). A formulação envolve a transformação das nuances problemáticas da criança e da família em um resumo significativo e mais manejável (Winters *et al*, 2007). Contudo, uma boa formulação é mais do que apenas um resumo: ela fornece informações que podem não ser evidentes nos componentes isolados que conduzem a ela.

- Você tem alguma dúvida?
- Algum comentário?

Clique aqui para acessar a página do Tratado no Facebook com outros leitores, pergunte aos autores ou editores e faça comentários.

O PERFIL DE UMA FORMULAÇÃO

A formulação tem que transmitir sinais e sintomas relevantes, bem como aqueles sintomas-chave ausentes que sejam pertinentes; fornecer contextos significativos e explicativos para estes sinais e sintomas, incluindo os contextos familiar, social, educacional e cultural; justificar um diagnóstico (ou a ausência de um diagnóstico, caso isso se justifique); e descrever as opções de tratamento com base nas considerações do diagnóstico.

Os principais componentes da formulação de diagnóstico tendem a seguir uma trajetória padrão com tópicos padronizados para orientar o leitor: fonte de referência, informações de identificação, história da doença atual, história psiquiátrica e médica significativas pregressas, contextos psicossociais, exame do estado mental, as considerações de diagnóstico e planejamento do tratamento (Tabela A.10.1). A consistência na arquitetura de uma formulação permite que os clínicos sigam uma rota familiar, entrem em sintonia com importantes detalhes e nuances.

Seja em estudos de casos psicanalíticos ou em breves apresentações nas enfermarias, em todos os sistemas e países, a forma geral da formulação permanece a mesma. Dentro desta forma ampla, existem dois modelos comuns que podem ajudar a organizar a estrutura conceitual da formulação. Estes são a *Formulação Biopsicossocial* e os *Quatro Ps*.

O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Como as ciências biológicas se tornaram cada vez mais sofisticadas e dominantes no século XX, foram levantadas preocupações sobre o valor dos fatores não biológicos na etiologia, apresentação e tratamento de doenças e transtornos. Diante dessas mudanças, Meyer (1948) promoveu a abordagem *psicobiológica* e Engel, subsequentemente, desenvolveu, nomeou, e defendeu o modelo *biopsicossocial*, descrevendo-o como “um modo de pensar que permite ao médico agir racionalmente em áreas que agora são excluídas da abordagem racional” (Engel, 1980). Ao longo das últimas três décadas, o modelo biopsicossocial tornou-se o padrão mais comum para a formulação de um caso nos círculos de saúde mental e tem sido amplamente adotado em toda a medicina.

O objetivo fundamental do modelo é evitar o reducionismo, em particular o reducionismo biológico, assegurando que os fatores psicológicos e sociais não sejam excluídos (ver Tabela A.10.2). O modelo biopsicossocial pode parecer um mediador neutro entre os três domínios, mas, bem especificamente, ele não o é: o modelo tem a intenção de se opor ao reducionismo biomédico, psicológico e social. Independentemente das lesões anatômicas, etiologias sociais ou psicológicas óbvias, este modelo insiste que todos os três domínios sejam contabilizados. Ao fazer isso, ele tem sido um modelo poderoso e bem-sucedido para os profissionais em todos os campos da medicina.

Reduccionismo

“É a linha de pensamento que assegura que um sistema complexo é nada mais do que a soma de suas peças e que uma explicação para ele pode ser reduzida para explicações acerca de seus constituintes individuais.”
(<http://en.wikipedia.org/wiki/Reduccionismo>).

Na Psicologia, o reducionismo geralmente se refere a teorias ou explicações que simplificam os processos cognitivos e comportamentais, muitas vezes por excluir diferentes perspectivas, e ao fazer isso, descuida-se de interpretar a complexidade da mente. Um exemplo de reducionismo seria atribuir comportamentos exclusivamente para os processos biológicos, e ignorar as influências da família e da sociedade, ou vice-versa.

Tabela A.10.1. Componentes principais em uma formulação de diagnóstico

COMPONENTE	OS DETALHES PODEM INCLUIR:
<i>Fontes de informação</i>	Paciente, informações colaterais, entrevistas médicas.
<i>Queixa principal</i>	O que trouxe o paciente até a consulta.
<i>História da doença atual</i>	Sintomas, curso, severidade, fatores desencadeantes, fatores negativos.
<i>História psiquiátrica pregressa</i>	Avaliações prévias, terapias, internações, medicamentos e tratamentos; história de agressão ou prejuízo para si ou outros; história de abuso de substâncias.
<i>História médica pregressa</i>	Doenças, hospitalizações, cirurgias e medicações, incluindo remédios de medicina alternativa, etc.
<i>História familiar médica e psiquiátrica pregressa</i>	Fatores positivos e negativos na história médica e psiquiátrica familiar, especialmente o abuso de drogas, suicídio e história cardíaca (por exemplo, as mortes súbitas).
<i>História social</i>	Organização familiar, relações entre pares, interações com a lei e os serviços sociais, e a eventos-chave como a migração.
<i>História educacional</i>	Escolas, notas, boletins escolares, educação especial ou regular, mudanças nas escolas, suspensões.
<i>Crescimento e desenvolvimento</i>	Gestação maternal, marcos durante a infância, estágios do desenvolvimento motor, cognitivo, social e comportamental.
<i>Testes psicológicos</i>	QI, testes de adaptação funcional, avaliações de linguagem e discurso.
<i>Exame do status mental</i>	
<i>Avaliação</i>	Diagnóstico, hipótese e causalidade.
<i>Plano</i>	Objetivos e opções de tratamento, outras pessoas ou serviços para contato.

O domínio *biológico* envolve problemas neuropsiquiátricos, genéticos e fisiológicos, concentrando-se, mas não se limitando, nas operações funcionais do cérebro e o que poderia estar o afetando diretamente. A dimensão *psicológica* inclui uma avaliação da composição psicológica da criança, incluindo pontos fortes e vulnerabilidades e oferece a oportunidade de incluir os princípios psicodinâmicos, como mecanismos de defesa, padrões conscientes e inconscientes de comportamento, reações ao trauma e conflito, transferências e contra-transferências. A dimensão *social* situa a criança em suas comunidades, explorando as relações com a família e amigos, bem como organizações culturais coletivas maiores, como escolas, religião, classe social e etnia.

Defensores do modelo biopsicossocial argumentam de forma convincente que ele é necessário porque uma “abordagem ampla [é] fundamental para evitar o fechamento prematuro de nossos esforços para compreender as necessidades do paciente, a visão de túnel ou uma abordagem excessivamente estreita para tratamento” (Jellinek & McDermott, 2004). Além disso, é particularmente útil para psiquiatras, que estão em uma posição única dentro da medicina para tratar das dimensões biológicas, psicológicas e

sociais do paciente (Gabbard & Kay, 2001) e, portanto, são responsáveis por estar em sintonia com cada um.

Tabela A.10.2: Os componentes do modelo biopsicossocial

BIOLÓGICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • História familiar • Genética • Desenvolvimento físico • Constituição • Inteligência • Temperamento • Comorbidades médicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento emocional • Estrutura da personalidade • Auto-estima • Introspecção • Defesas • Padrões de comportamento • Padrões de cognição • Resposta a fatores estressantes • Estratégias de enfrentamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Composição familiar • Relação com colegas • Escola • Vizinhança • Influências étnicas • Questões socioeconômicas • Cultura(s) • Religião(ões)

Mecanismos de defesa

Estratégias de enfrentamento ou mecanismos de defesa são “mecanismos que medeiam as reações individuais aos conflitos emocionais e os estressores externos” (Associação Americana de Psiquiatria, 2000 p821). Mecanismos de defesa disfuncionais tendem a permitir as pessoas a evitarem a realidade ou resultar no agravamento dos problemas, enquanto as habilidades de enfrentamento funcionais nos ajudam a lidar com a realidade.

Mecanismos de defesa são parte do cotidiano. Contudo, muitos normalmente não tem conhecimento de como utilizá-los. Defesas são:

- Uma importância significativa do manejo do conflito e afeto.
- Relativamente inconsciente
- Discrição com qualquer outra pessoa
- Reversível
- Adaptativo, bem como patológico (Vaillant, 2012).

DSM-IV TR no Apêndice B (Associação Americana Psiquiátrica, 2000, pp. 811-813) descreve uma longa lista dos mecanismos de defesa. Os mais comuns, do imaturo para o maduro, incluem:

- Negação, quando indivíduos se recusam a aceitar a verdade ou enfrentar a realidade (ao escutar sobre o falecimento do animal de estimação, uma criança diz “não, meu cachorro continua vivo”).
- Repressão envolve o ‘esquecimento’ de alguma coisa ruim ou desagradável (por exemplo, esquecer um encontro com alguém que o indivíduo não goste).
- No caso de regressão, há reversão para um comportamento infantil usualmente como uma resposta ao estresse (por exemplo, um adulto se apegar a um brinquedo antigo quando ele se sente doente)
- No deslocamento, o indivíduo transfere seus sentimentos originais (usualmente a raiva) para longe do objeto de sua raiva para uma pessoa inocente (por exemplo, discutindo com um colega após ter um conflito no trabalho; ‘chutando o gato’).
- Projeção leva a projeção dos sentimentos ou insegurança do indivíduo a outras pessoas (por exemplo, ‘o que você está olhando; você não gostou do que estou vestindo?’ quando se está preocupado com o que está vestindo).
- Formação de Reação (Formação Reativa) é quando um indivíduo expressa o oposto dos seus sentimentos no seu comportamento (por exemplo, entregando um café a seu chefe, ao invés de dizer a ele que você está com raiva com ele/ela)
- Na racionalização, os indivíduos lidam com o conflito ou fatores estressantes desagradáveis com uma explicação distante dos fatos (por exemplo, um acidente de carro devido a excesso de velocidade explicada como um fato estatístico).
- Sublimação ocorre quando um conflito emocional ou fatores estressantes são tratados com a canalização dos impulsos mal adaptados em atividades produtivas (por exemplo, uma pessoa que foi negligenciada durante sua infância canaliza esses sentimentos na ajuda a outras pessoas).

Para ler mais sobre os mecanismos de defesa nas crianças você pode ler o [artigo produzido por Carol Kurtz Walsh](#).

No entanto, os críticos ao modelo, também de forma convincente, notam que o modelo biopsicossocial é “silencioso quanto à forma de compreender os aspectos em diferentes condições e em diferentes circunstâncias” (Ghaemi, 2003, 2009). Apesar de insistir que o materialismo médico ou dogmatismo psicológico e social não são suficientes, este modelo não orienta o clínico sobre como pesar as contribuições relativas de cada um em um determinado paciente. Se uma criança está sofrendo *bullying* e tem uma tia que está deprimida, e ela sempre foi criada para ser uma pessoa preocupada, o modelo biopsicossocial daria indícios para onde cada um destes fatos se encaixariam, mas não há nenhuma orientação sobre o que deve ser abordado em primeiro lugar, o que é mais importante, qual tratamento deve ser instaurado, etc.

Uma falha adicional a esse respeito é que, uma vez que o modelo é agnóstico sobre os papéis da biologia, da psicologia e da sociedade, aqueles que preferem um domínio particular podem dedicar sua atenção a ele, prestando serviço de bordo para os outros em algumas frases curtas (Jellinek & McDermott, 2004). Em particular, o domínio “social” é muitas vezes o menos explorado (Grunebaum, 2003). Virchow, o médico alemão, disse que “a medicina é uma ciência social” e, apesar de a psiquiatria ter uma história de colaboração com a sociologia (Bloom, 2005), as interseções clínicas e acadêmicas entre saúde mental e outras ciências sociais permanecem pouco exploradas. Isto é especialmente verdadeiro em relação às crianças, muitas das quais são atendidas por profissionais de saúde mental devido a preocupações sociais, fundamentalmente, como impulsividade e hiperatividade em sala de aula, o conflito com os pais, a evasão escolar e abandono escolar, ou outros transtornos externalizantes (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2005), e onde é dada pouca atenção para o componente “social”.

A crítica mais preocupante ao modelo biopsicossocial é que ele não mistura ou integra as três dimensões, tanto quanto pouco as une, estando juntas pela proximidade na formulação. Assim, fica sem resposta como o contexto social, biológico e psicológico são integrados (McLaren, 1998).

O modelo biopsicossocial tem sido um passo no sentido de repensar o reducionismo e uma oportunidade para gerar hipóteses sobre etiologias multidisciplinares, que podem levar a uma melhor capacidade de síntese e de compreensão (Freedman, 1995). No entanto, não é bom o suficiente.

Materialismo médico e dogmatismo psicológico e social

Materialismo médico é a crença de que a explicação biomédica e fisiológica são suficientes para explicar comportamentos anormais ou atípicos, e portanto, é uma forma de reducionismo. O termo foi usado por [William James](#), o qual argumentou contra a explicação diversa ou atípica das experiências físicas como uma doença mental.

Dogmatismo psicológico ou social é a crença de que a ambiente psicológico ou social é, respectivamente, unicamente corresponde a comportamentos atípicos ou anormais, como quando, por exemplo, um comportamento de rompimento na criança é atribuído apenas a um ambiente social caótico.

Tabela A.10.3. Exemplos de onde o modelo biopsicossocial encontra os Quatro Ps

A característica 'P' e a questão desencadeante	BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL
Predisponentes <i>Por que eu?</i>	Carga genética	Estrutura de defesa imatura	Pobreza e adversidade
Precipitantes <i>Por que agora?</i>	Reação iatrogênica	Perda recente	Fatores escolares estressantes
Perpetuantes <i>Por que isso continua?</i>	Resposta pobre à medicação	Sem apoio na escola	Incapaz de comparecer às sessões de terapia por causa do cronograma de trabalho dos pais
Protetores <i>Com o que eu posso contar?</i>	História familiar de resposta ao tratamento	Perspicácia	Comunidade e religião como recursos de auxílio

OS QUATRO Ps

O modelo de Quatro Ps é mais sofisticado que o modelo biopsicossocial, pois fornece uma estrutura imponente com cronologia e etiologia na formulação, e ainda sugere como e onde as intervenções podem ser feitas. Este modelo organiza a apresentação do paciente em fatores *predisponentes*, *precipitantes*, *perpetuadores* e *protetores* (Tabela A.10.3):

- Os fatores *predisponentes* são a constelação de características que tornam a criança vulnerável aos sintomas apresentados, como história familiar, genética, histórias médica geral e psiquiátrica, e estressores sociais crônicos.
- Fatores *precipitantes* compreendem sintomas atuais, raciocínio diagnóstico sobre o papel dos eventos no início do quadro atual, e doenças comórbidas.
- Fatores *perpetuantes* ou *perpetuadores* são aqueles que levam a condição se perpetuar, tais como a gravidade da situação, as questões de conformidade, e fatores predisponentes ou precipitantes não resolvidos.
- O quarto fator, de *proteção*, descreve os pontos fortes do paciente, resiliência e capacidade de suportar. Apesar de outros modelos poderem incluir os pontos fortes, este modelo explicitamente os coloca em primeiro plano.

Os Quatro Ps podem ser facilmente usados em conjunto com outros modelos. Por exemplo, ele pode ser misturado com o modelo biopsicossocial (ver Tabela A.10.3). Como um quadro, ele também pode ser usado para organizar a formulação psicodinâmica, começando com vulnerabilidades *predisponentes*, estrutura de personalidade e história; eventos traumáticos ou cotidianos *precipitantes*; comportamentos desajustados e resistências *perpetuadores*; e facetas *protetoras* da identidade.

O modelo Quatro Ps pode ser usado com o modelo *Collaborative Problem Solving (CPS)* (Greene & Ablon, 2005). O modelo CPS avalia de forma abrangente déficits cognitivos relacionados a tolerância à frustração, flexibilidade e resolução de problemas, e exemplifica uma abordagem colaborativa para a formulação, com os cuidadores se unindo para compreender a criança e, em seguida, trabalhar com a criança para evitar comportamentos perigosos ou agressivos. Como a criança também está envolvida na elaboração do plano, o Quatro Ps fornece uma forma concreta de organizar os diferentes fatores que levam a comportamentos problemáticos de uma forma compreensível para profissionais e pacientes.

A abordagem CPS expande a precipitação e os fatores que perpetuam, especialmente os relativos à aprendizagem da criança (incluindo a sua aprendizagem social). Em seguida, ele permite que a equipe formule intervenções apropriadas, testáveis e pacientes específicas baseadas em comportamentos e análise de gatilhos (eventos precipitantes) observados, estresses contínuos (fatores que perpetuam), e os pontos fortes que podem ser utilizados (fatores de proteção). Esta combinação da formulação Quatro Ps e o modelo CPS pode ser particularmente adequada em unidades de internação (Greene et al, 2006).

Da mesma forma, Havinghurst e Downey (2009) propõem uma *Formulação Consciente*. Após a coleta de informações, a Formulação Consciente usa uma planilha de “padrões”, respostas afetivas da criança, comportamentos e cognições são coletadas em quatro domínios:

- Funcionamento da Criança;
- Pais/Cuidadores/Irmãos/Outras funções significativas;
- As relações da criança e entre outros significativos; e
- Relações com a comunidade e entre a comunidade;

O objetivo é tentar discernir padrões de força, bem como padrões de fraqueza e vulnerabilidade e, em seguida, usar esses padrões para aprofundar os Quatro Ps.



Elementos biológicos, psicológicos e sociais podem cair em cada categoria. As limitações do modelo Four Ps incluem o formato fora do padrão (um não começa uma formulação com “fatores predisponentes”) e uma sobreposição desconfortável entre categorias. Há pouca consolidação dos muitos fatores, exceto quanto à forma como eles afetam a sintomatologia do paciente, embora um ponto forte do modelo seja que ele, no entanto, é explícito sobre como organizar fatores potencialmente etiológicos.

A VARIEDADE DE FORMULAÇÕES

Tauber escreve que na ciência “observações assumem seus significados dentro de um contexto particular, para os fatos não são apenas produtos de sensações ou de medição, como os positivistas afirmavam, mas eles residem dentro de um quadro conceitual que coloca o fato em uma imagem inteligível do mundo “(Tauber, 2005). A formulação não é um formato de valor neutro contendo fatos desapaixonadamente-dispostos. A escolha de quais fatos incluir e quais rejeitar e a ordenação posterior e apresentação dos fatos conspiram para produzir um produto de valor carregado. A formulação é assim uma condensação de valores, informados pela natureza do encontro entre o médico e o paciente; objetivos práticos; formação e experiência; e ética implícitas e explícitas.

‘A formulação não é um formato de valor neutro, contendo fatos desapaixonadamente arranjados.’

Localização

A forma de uma formulação pode depender menos da narrativa do paciente e mais da localização do encontro clínico. Como exemplo, em um serviço de crise, um excelente estagiário com um interesse de longa data em psicanálise estava apresentando formulações atenciosas e ricas sobre crianças com foco no desenvolvimento de conflitos com a família e os colegas; embora estas questões estivessem longe de serem irrelevantes, elas não ajudaram a equipe a decidir quais as opções de tratamento eram necessárias naquele dia ou que serviços imediatos nós queríamos oferecer a família. As formulações do estagiário foram, no entanto, bem adequadas para seus casos de terapia de longo prazo. Com a educação sobre como revisar a formulação para o meio clínico, o estagiário foi capaz de fornecer formulações pensativas, psicodinamicamente informadas em conjunto

‘A formulação necessita refletir os imperativos do sistema no qual se encontra e, portanto, reflete prioridades clínicas.’

com outras observações e informações que resultaram na nossa capacidade de fazer planos para as famílias ali mesmo.

Uma formulação precisa refletir os imperativos do sistema em que o encontro acontece e, portanto, reflete as prioridades clínicas. A formulação pode concentrar-se na gravidade e acuidade dos sintomas e necessidades de um paciente em um serviço de crise; pode desenvolver um modelo de trabalho de ensaios clínicos de tratamento e planejamento em uma unidade de internação; pode narrar o desabrochar gradual das relações, das defesas e catexias (investimentos emocionais) cultivadas e analisadas em um tratamento psicodinâmico. O que cada um dos valores clínicos reflete na forma como a avaliação e o tratamento da criança serão formulados.

Os valores do tratamento

Um dos objetivos de uma formulação é a condução de um plano de tratamento (incluindo qualquer tratamento, se tal se justificar), e, por conseguinte, a forma de uma formulação irá ser influenciada por opções de tratamento (ver Capítulo A.11). Dependendo do tipo de tratamento, o clínico irá selecionar as perguntas e as áreas de avaliação para explorar. Treinamento, preconceitos e experiências de um médico irão, naturalmente, influenciar a forma como as perguntas são feitas e que são exploradas; uma das vantagens de aprender diferentes tipos de técnicas de formulação e perspectivas é que permite que o médico a tomar consciência de seus próprios preconceitos, mas também lhes permite ser explícito sobre sua perspectiva e por isso leva a certas opções de tratamento.

Valores etiológicos

O que causa desordens mentais de saúde, maladies, doenças, problemas, questões? Quais os fatores que conspiram para fazer a criança sair da escola? Os modelos biopsicossociais e Four Ps criam uma grande quantidade de espaço em que essas questões podem ser respondidas, e ainda assim eles não obrigam uma resposta. Eles não fazem nenhum prognóstico para trabalhar. Alguns sugeriram que precisamos usar modelos que são menos frágeis e insossos, e que usam modelos que confiantemente afirmam reivindicações etiológicas (Não com arrogância, mas com base no que sabemos como médicos e respeito por aquilo que temos aprendido com nossa ciência e de nossa história, e assim por diante).

O Modelo de Quatro Perspectivas

A tentativa de fornecer uma alternativa ao modelo biopsicossocial é outro modelo, as *Quatro Perspectivas* (não confundir com os Quatro Ps) (ver Tabela A.10.4). O modelo de quatro perspectivas fornece um meio de distinguir as condições de saúde mental com base não no modelo biopsicossocial, mas na etiologia e opções de tratamento (McHugh & Slavney, 1998). O conceito de pluralismo, definida por Havens (2005) como um processo de “métodos de refino, não de misturá-los” tem profundamente informado o modelo de quatro perspectivas.

As quatro perspectivas contam com um paradigma de tratamento:

- *Doença*, a pedra angular da perspectiva biomédica, é uma entidade clínica, uma condição patológica com uma etiologia específica e com um prognóstico provável. O tratamento para a doença envolve a prevenção e cura, por meio de intervenções que afectam direta ou indiretamente o processo patológico e / ou produzir alívio dos sintomas (que pode, naturalmente, incluir intervenções psicológicas)



Clique na imagem para ouvir
“Um caso, Duas formulações:
Perspectivas Psicodinâmicas
e do CBT” (35:17)

- As *dimensões* são baseadas em vulnerabilidades, devido à posição de uma pessoa dentro de faixas de domínios psicológicos (como a deficiência intelectual ou temperamento). Eles são abordados com orientação.
- *Comportamentos*, atividades dirigidas a objetivos mal adaptativos ou indesejáveis, precisam ser melhorados, parado ou interrompido, através de meios sociais, psicológicas e / ou médicos
- A quarta perspectiva é a *história de vida*, com base na reconstrução de narrativas através de terapia da conversa. O tratamento geralmente é procurado devido a estados emocionais de angústia e prossegue através de interpretação.



Alguns dos participantes no Seminário de Pesquisa da IACAPAP do Helmut Remschmidt

McHugh (2005) aponta para os potenciais efeitos adversos de cada intervenção. Como se nota, todos os medicamentos podem ser tóxicos; orientação pode ser paternalista; parar pode ser estigmatizante; e interpretações podem ser hostis. Ao fazer a avaliação e reconhecimento de possíveis efeitos adversos a pedra angular da formulação, profissionais de saúde mental podem colaborar mais plenamente com o paciente e a família, de forma transparente e compassivo.

Em publicação anterior (Henderson & Martin, 2007), nós adicionamos uma outra categoria, o *requisito*, a ser incluído na formulação quatro perspectivas. O *requisito* é que é necessário para a intervenção. Para uma cura biomédica ser eficaz, deve haver uma avaliação do cumprimento ou adesão ao tratamento. Com a orientação, deve haver identificação do potencial de desenvolvimento, que a orientação se possa desenvolver. Por exemplo, no trabalho com um paciente com deficiência mental, intelectual, profissional e forças de trabalho deve ser avaliado. Mudar o comportamento requer uma vontade de mudar, se isso é intuitivo, como no caso de um menino que deseja parar de fumar maconha e moveu-se de pré- contemplação para a contemplação, ou cultivada através de um sistema de reforço positivo e negativo. E para interpretação ser eficaz, a percepção do paciente precisa ser avaliada.

A formulação com base nas quatro perspectivas tomaria como ponto conceitual de origem uma convicção sobre a apresentação do paciente, que permaneceria adaptável dentro da formulação geral, e que, então, orientar a formulação no sentido de intervenções específicas. Uma vantagem das quatro perspectivas é que elas fazem “aspectos explícitos de raciocínio sobre os pacientes que muitas vezes são deixados implícitos ou vagos” (McHugh & Slavney, 1998).

A formulação pluralista procederia como o profissional de saúde mental verifica que categorias, perspectivas ou dimensões que melhor descrevem a condição da criança; a formulação então explica como profissionais de saúde mental engatam no apropriado, tratamento indicado, depois de avaliados os requisitos e reconhecidas às preocupações.

Tabela A.10.4 Perspectivas dos Quatro Ps*

PERSPECTIVA	TRATAMENTO	PROBLEMA/CRÍTICA	REQUERIMENTO
Doenças O que o paciente tem	Curar	Medicamentos podem ser tóxicos	Comprometimento
Dimensão O que o paciente é	Orientar	A orientação pode ser paternalista	Direcionar as potencialidades
Comportamento O que o paciente faz	Interromper	A interrupção pode ser estigmatizante	Desejo de mudança
História de Vida O que o paciente quer	Reescrever	Interpretações podem ser hostilizadas	Juízo Crítico

*adaptado de McHugh and Slavney (1998)

A abordagem biológica (o modelo de doença) tem um melhor ajuste com condições como o transtorno bipolar, esquizofrenia e síndrome de Rett do que com dor. A abordagem comportamental, que alvos conhecidos comportamentos nocivos, pode ser melhor para o abuso de substâncias (embora, é claro, as intervenções médicas voltadas para a dependência como uma doença pode ser tolerada como suplementar). Os *modelos de história de vida* voltada para a compreensão e tensões narradas e assim seria mais útil para o luto após a perda ou estagnação na jornada da vida.

Cultura

A formulação pode integrar o indivíduo com o seu contexto cultural, sem o qual não é possível entender completamente o paciente. A própria formulação cultural tem vários componentes principais:

- A identidade cultural do indivíduo (incluindo filiações auto-identificados culturais, línguas faladas, e os níveis de envolvimento com culturas de origem e de acolhimento / culturas dominantes)
- Explicações culturais da doença (como significados locais, explicações culturais para os sintomas e expressões idiomáticas para descrever a doença)
- Adaptações culturais para o meio ambiente e as tensões (como estresses específicos da comunidade, bem como áreas de apoio da comunidade, incluindo as possíveis fontes de colaboração); e
- Áreas culturais de convergência e divergência entre o clínico e o indivíduo (American Psychiatric Association, 1994; Pumariega *et al*, 2013).

Atender a isto permite avaliações culturais válidas por parte do médico, mas também pode ser essencial na formulação de planos subsequentes que são aceitáveis para o paciente (Fernández-Lewis & Díaz, 2002). Cultura está em todo lugar, e as crianças

geralmente exploram com vigor. As crianças participam de todas as culturas, algumas são mais importantes que a cultura de sua própria infância. Uma boa formulação incluirá a relação da criança com esta rica cultura, incluindo interações da criança com colegas e participação em rituais de infância, e seu envolvimento com a televisão, vídeo games, esportes, filmes e livros.

AS UTILIDADES DAS FORMULAÇÕES

Uma formulação de caso é gerador de hipóteses e iterativo, e pode mudar ao longo do tempo, dependendo de outros encontros clínicos, novas informações e evoluindo o entendimento do médico da criança. Então, para que propósito a formulação serve?

Antes de aprofundar a pragmática, lembremo-nos de que uma formulação é uma maneira em que o médico pode compreender e explicar ao paciente. Como proposto por Jaspers, compreender e explicar podem ser formas distintas de conhecer o paciente (Jaspers, [1913] 1997). A profundidade da nossa compreensão da experiência de um paciente pode não explicar a etiologia de um sintoma de uma forma favorável ao tratamento, e também um modelo de comportamento não pode transmitir adequadamente a experiência de comportamento do paciente. No entanto, a formulação de um caso permite ao médico para equilibrar sua compreensão do paciente e suas explicações.

A compreensão de um paciente necessita de uma apreciação intersubjetiva de experiências, esperanças e preocupações do paciente, e é adquirido através de ouvir, falar e interagir com o paciente (assim como a sua família e outras pessoas que ocupam papéis importantes em seu mundo). Explicação dos sintomas e da própria condição de um paciente tem duas dimensões: a tarefa interpretativa, onde são utilizadas as teorias psicológicas, sociológicas e neurobiológicas, de preferência de uma forma explícita e baseada em evidências, a fim de localizar os fatores que contribuem; e a tarefa de motivos, que liga estes fatores com a experiência do paciente. Compreensão e explicação do trabalho em conjunto.

A formulação, em primeiro lugar, é um modo de comunicação. A questão de sua utilidade em seguida depende da audiência: cartas-consultas, resumos de quitação; pré-autorização de tratamento para uma companhia de seguros; para os efeitos legais, etc.

ESCREVENDO UMA CARTA DE CONSULTORIA

Cartas de consultoria são outra área na qual a formulação de caso é essencial. Acredita-se que a má comunicação entre os profissionais de saúde seja responsável por muitos problemas. Em um estudo preocupante, os autores revisaram 150 cartas de avaliação de psiquiatras em uma clínica em Rotherham, Reino Unido, e descobriu que 94% deles não incluem uma formulação de caso (Abbas et al, 2013).

Com o que uma carta de consultoria deve parecer? Keely et al (2002) proporcionam um guia útil.

Informações

- Explicar a finalidade inicial da consultoria
- Explicar o papel da carta consultoria levará (por exemplo, o que a carta incluirá, como informações históricas, diagnóstico e recomendações para a continuação do tratamento)
- Incluir uma formulação adequada do caso
- Incluir raciocínio diagnóstico e planos claros para seguimento

Modelo de Etapas da Mudança

Pessoas diferentes encontram-se em diferentes etapas de preparação para a mudança. Ao identificar onde os indivíduos estão no processo de mudança, permite-se uma melhor escolha das intervenções do tratamento.

As etapas de mudança mais amplamente utilizadas são cinco:

- **Pré-contemplação:** quando o jovem não percebe a necessidade de mudança
- **Contemplação:** a pessoa sabe que precisa mudar, mas está ambivalente sobre efetuar as ações necessários, ou também se encontra preocupada sobre os pontos negativos da mudança
- **Preparação:** quando o indivíduo está ciente dos benefícios da mudança e toma pequenos passos em sua direção
- **Ação:** o jovem está verdadeiramente trilhando passos em direção a uma mudança significativa
- **Manutenção:** o jovem adquiriu a mudança e é capaz de, com sucesso, evitar uma recaída

Esse modelo foi inicialmente desenvolvido para o tratamento do abuso de substâncias, mas é agora amplamente usado para descrever situações em que a mudança comportamental é solicitada.

A formulação é um modo de comunicação, e uma maneira do médico entender e explicar a situação do(a) paciente.

- A carta é também uma ferramenta para a educação, pode incluir referências e explicações para educar os diversos públicos potenciais da carta.

Pragmática

- Conheça o seu público: escrever a carta com a consciência de quem vai lê-la (potencialmente incluindo várias profissões diferentes e os pais, advogados, seguradoras, agências);
- Lembre-se que seu público pode incluir o seu paciente e a sua família;
- Certifique-se de que será compreensível para todos os seus públicos, enquanto incluindo a informação de que necessitam;
- Tornar mais clara e organizada;
- Legibilidade (e, na era dos computadores, scannability): parágrafos claros, pontos importantes;
- Certifique-se que os estagiários obtêm experiência e feedback sobre as cartas.



Participantes do programa de *Fellowship* do Donald J. Cohen durante o Congresso Mundial da IACAPAP em Pequim, 2010

O que você *não* deve incluir em uma carta de consultoria?

Ser capaz de escrever discretamente sobre sexo, drogas, conflitos com a família, e outros temas é uma habilidade importante para se desenvolver, e isso levanta a questão mais ampla que uma formulação requer habilidades de comunicação que são sensíveis às relações éticas e clínicas. Uma formulação inclui estes *valores*, bem como os valores de precisão e veracidade; deve transmitir material clínico de uma forma que é sensível aos pacientes, a sua confidencialidade e sua privacidade; ela não deve incluir a informação que é irrelevante para os problemas atuais.

Nesta era do *Twitter* e mensagens de texto, cartas devem ser breves e objetivas. Profissionais são improváveis para ler uma carta mais do que uma ou duas páginas. Por exemplo, os clínicos gerais /médicos de família poderiam esperar na carta: formulação do psiquiatra incluindo um diagnóstico provisório; uma explicação sobre a condição do paciente, incluindo o que foi dito ao paciente / família; avaliação do risco de suicídio se for o caso; tratamento recomendado ou prestado; sistema de acompanhamento, se houver; e prognóstico, se possível. (Wright, 1997)

CRIANÇAS E FORMULAÇÕES

Veja no apêndice um exemplo de uma formulação focada em diferentes aspectos e de acordo com diferentes modelos.

Os modelos para a formulação de caso têm sido tipicamente derivados da psiquiatria de adultos. Apesar da psiquiatria infantil e adolescente ter oferecido muito a psiquiatria de adultos, e vice-versa, o mantra de que as crianças não são simplesmente “pequenos adultos” não encontra lugar mais verdadeiro do que na saúde mental e na experiência com jovens.

Como podemos especificamente adaptar formulações para crianças?

Jargões

A linguagem das formulações precisa ser precisa e relevante para a vida da criança. Isto significa resistir à dependência de jargões, com um uso cauteloso de terminologias que possam ser derivadas e mais epidemiologicamente justificadas em populações adultas. As crianças são frequentemente encaminhadas para avaliação de saúde mental, inclusive de outros profissionais de saúde mental, por “alucinações auditivas”, não necessariamente porque elas estão tendo alucinações auditivas, mas porque elas podem ter respondido “sim” às perguntas que são, para eles, vagas e estranhas, que possivelmente aproximam sua experiência, ou que são respondidas concretamente (“você ouve vozes?”). Embora a referência possa justificar uma avaliação por peritos, a formulação posterior deve resistir usando *alucinação auditiva*, a menos que o termo preciso seja clinicamente justificado, e não, por exemplo, quando a criança está deitada na cama, tentando dormir, e assustado com memórias vívidas de um filme de terror que assistiu na noite anterior.

A queixa principal

Isso geralmente é uma única linha ou um sintoma, mas com crianças que são trazidas pelos adultos valeria a pena considerar a avaliação de duas principais queixas: a queixa principal dos adultos e a principal queixa da criança (que, é verdade, muitas vezes será “eu não sei”)

Incluindo explicitamente a família e a escola como categorias separadas

Embora isso também possa ser bom para pacientes adultos (com foco no emprego, em vez de escola), esses reinos devem ser explícita e exaustivamente avaliados em crianças e, assim, podem merecer seções próprias, ao invés de subseções de “social” numa formulação. Estressores na família e na escola podem refletir sintomas de uma criança, agravá-los, ou, na verdade, ser fundamentalmente etiológico. Na verdade, não há situações em que a apresentação de uma criança por serviços não reflitam dificuldades em um ou ambos os reinos, se a criança está reagindo ao estresse, colocando desafios para estes domínios com o seu comportamento, ou onde o seus sintomas são exacerbados pelo o que ele ou ela está experimentando em casa ou na escola.

Desenvolvimento

As crianças merecem uma avaliação de desenvolvimento que não é superficial. Grande parte do diagnóstico e plano de tratamento de um profissional de saúde mental da criança é baseado no que é típico ou atípico na idade dessa criança e como os sintomas de apresentação afetarão o desenvolvimento subsequente.

O desenvolvimento é muitas vezes colocado em sua própria seção da formulação, mas isso pode correr o risco de permitir uma breve sinopse dos estágios de desenvolvimento em a ampla integração do desenvolvimento especificamente e cuidadosamente em todos os aspectos da formulação. Este pode ser um desafio, porque, por exemplo, muitas vezes há uma sensação de que hiperatividade ou melancolia sejam

consideradas excessivamente, e porque às vezes comportamentos “típicos” se aglutinam para produzir um conjunto de sintomas que seriam prejudiciais.

Modelos de desenvolvimento

Uma formulação não é um livro de comprimento e não pode executar etapa por etapa, por exemplo, Freud, Erikson e Piaget; a formulação requer que sejam feitas escolhas. A este respeito, bem como outros, as crianças sofrem com os atritos e mal-entendidos de diferentes profissões de saúde mental e orientações teóricas. Usar ou pensar através de vários paradigmas não implica necessariamente fidelidade e dogmatismo. Isso não quer dizer que todos os modelos de desenvolvimento são igualmente certos, mas a capacidade de invocar ou tolerar diferentes modelos não deve ser baseada na competição profissional. Embora todo mundo mude ao longo do tempo, as crianças estão em um turbilhão de crescimento e maturação, acumulando linguagem e habilidades, experiências com o seu mundo em expansão, ganhando domínio sobre tarefas enquanto está sendo introduzido para outras mais complicadas em uma base diária. Este processo não é simples e pode ser melhor visto como uma evolução pontuada do que como uma suave e uniforme progressão; o caminho traçado pela criança em desenvolvimento depende de fatores biológicos, constituição familiar e circunstâncias sociais. No entanto, uma apreciação básica de normas esperadas pode situar a criança e alertar o clínico para atrasos e transtornos. Em vista disso, uma ferramenta útil para a formulação pode ser uma avaliação das tarefas da criança em termos de desenvolvimento motor, cognitivo e social, com base em modelos, incluindo estágios de Piaget do desenvolvimento cognitivo e tarefas de Erikson. Expressando o desenvolvimento da criança nestes termos na formulação terá valor adicional longitudinal, assim como gráficos de crescimento mapeamento do percurso físico de uma criança.

O foco individual de formulações de caso

As crianças podem ser os canários na mina de carvão. Estressores familiares profundos podem manifestar-se no comportamento da criança, e sabendo que estes precisam ser abordados e como descobrir isso para o plano de tratamento, não só vai evitar que a criança recebendo tratamento desnecessário quando melhores tratamentos poderiam resolver a situação, ele evita convivência em uma falha para resolver predisponentes e precipitando sintomas.

CONCLUSÃO

A formulação é uma confluência de ideias emocionante, onde os valores de crianças e profissionais de saúde mental de adolescentes se reúnem com a experiência do paciente para criar uma narrativa sobre o paciente levando ao tratamento. Um formato iterativo e adaptativo, a formulação pode acomodar diferentes teorias e perspectivas para explicar o que está acontecendo com nossos pacientes, enquanto nós nos esforçamos para melhor entendê-los. Apesar de todas essas variáveis, a formulação não precisa ser intimidante ou pesada. A ciência da formulação é o seu formato gerador de hipóteses, modificável com novas informações, no serviço de explicações causais. A arte da formulação não é instantaneamente fixando-se o diagnóstico correto, mas sim fornecer um retrato pensativo, simpático de uma criança no mundo.

- **Você tem dúvidas?**
- **Comentários?**

Clique aqui para acessar a página do tratado no *Facebook* para dividir suas percepções sobre o capítulo com outros leitores, questionar autores ou editores, e fazer comentários.

Por favor, prossiga para o Apêndice A.10.1 para exercícios auto-aplicados de aprendizagem e questões de autoavaliação.

REFERÊNCIAS

- Abbas MJ, Premkumar L, Goodarzi A, Walton R (2013). Lost in documentation: a study of case-formulation documentation in letters after outpatient assessment. *Academic Psychiatry* 37:336-338.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bloom SW (2005). The relevance of medical sociology to psychiatry: A historical view. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 193:77-84.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Mental Health in the United States: Health Care and Well Being of Children with Chronic Emotional, Behavioral, or Developmental Problems—United States, 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005 Oct 7; 54*
- Engel GL (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137:535-544.
- Freedman AM (1995). The biopsychosocial paradigm and the future of psychiatry. *Comprehensive Psychiatry* 36:397- 406.
- Gabbard GO, Kay J (2001). The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry*. 158:1956- 1963.
- Ghaemi SN (2003). *The Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ghaemi SM (2009). *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Greene RW, Ablon JS (2005). *Treating Explosive Kids: The Collaborative Problem Solving Approach*. New York: Guilford Press.
- Greene RW, Ablon JS, Hassuk B et al (2006). Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatric Services* 57:610-612.
- Grunebaum H (2003). Biopsychosocial psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 160:186.
- Havens L (2005). *Psychiatric Movements: From Sects to Science*. New Brunswick : Transaction Publishers.
- Havighurst SS, Downey L (2009). Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: The Mindful formulation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14:251-271.
- Henderson SW, Martin A (2007). Formulation and integration. In A Martin & FR Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th ed*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Jaspers K (1997 [1913]) *General Psychopathology, Volume I*. Translated J Hoenig and Marian W Hamilton. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Jellinek MS, McDermott JF (2004). Formulation: Putting the diagnosis into a therapeutic context and treatment plan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43:913-916.
- Keely E, Dojeiji S, Myers K (2002). Writing effective consultation letters: 12 tips for teachers. *Medical Teacher* 24:585-589.
- Lewis-Fernández R, Díaz N (2002). The cultural formulation: A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73:271-295.
- McHugh PR (2005). Striving for coherence: psychiatry's efforts over classification. *Journal of the American Medical Association* 293:2526-2528.
- McHugh PR (2005). *The Mind Has Mountains*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- McHugh PR, Slavney PR (1998). *The Perspectives of Psychiatry* (2nd ed). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- McLaren N (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32:86-92.
- Meyer A (1948). *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*. New York: McGraw-Hill.

Pumariega AJ, Rothe E, Mian A et al (2013). Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52:1101-1115.

Tauber AA (2005). Medicine and the call for a moral epistemology. *Perspectives in Biology and Medicine* 48: 42-53.

Vaillant GE (2012). Lifting the field's "repression" of defenses. *American Journal of Psychiatry* 169:885-887.

Winters NC, Hanson G, Stoyanova V (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16:111-132.

Wright AF (1997). What a general practitioner can expect from a consultant psychiatrist. *Advances in Psychiatric Treatment* 3:25-32.

Apêndice A.10.1

EXERCÍCIOS

Leia a vinheta de caso abaixo e redija:

1. Uma formulação de caso baseada no modelo biopsicossocial, focando no risco de transtorno depressivo clinicamente significativo
2. Uma formulação de caso baseada no modelo dos 4 Ps, focando em suicidalidade.
3. Uma carta para o(a) profissional de referência destacando o resultado da sua avaliação e suas recomendações.

Veja alguns modelos de respostas nas próximas páginas.

UM CASO, FORMULADO

Um caso clínico é apresentado, seguido de uma formulação biopsicossocial focada na discussão dos fatores de risco para depressão e uma formulação utilizando os Quatro Ps, focada na suicidalidade.

Uma garota de quatorze anos, Sara, veio à clínica após tentativa de ingerir um punhado de comprimidos de lítio durante uma discussão com seu pai. Ela foi impedida por seu pai e então, atirou as pílulas ao chão.

A queixa principal quando ela se encontra com você é de que ela se sente deprimida e irritada. Ela diz ter raiva porque seu pai queria que ela voltasse para sua cidade natal, para viver com sua mãe. Seu pai se tornou progressivamente frustrado por Sara fumar grande quantidade de maconha (*marijuana*) e ir mal na escola. Sara diz que seu humor depressivo precedeu sua mudança para viver com seu pai. Ela diz que vinha apresentando insônia há vários meses, porque ficava lembrando suas falhas diárias, e ela não conseguia se levantar no outro dia por estar exausta após uma longa noite rolando na cama. Ela diz que não consegue se concentrar na escola, motivo que ela usa como justificativa para deixar a escola e ir fumar maconha todos os dias. Ela diz que isso a ajuda a concentrar e relaxar e é um momento em que ela aprecia estar com seus novos amigos. Ela sente falta de seus antigos amigos. Ela refere que ela não tem o desejo de morrer agora, mas que, quando ela se encontra muito chateada, ela pensa sobre querer ir embora para sempre, particularmente porque seus pais se sentiriam culpados, e sentiriam sua falta.

Seu pai acrescenta que ela tem se tornado irritada há cerca de dois meses, desde que se mudou para a casa dele na cidade, e que ela não era assim quando mais nova. Ele diz que isso tem piorado recentemente, à medida que sua performance escolar vem decaindo. Ele disse que, durante as discussões, ela diz com convicção que não deseja estar viva. Ele a levou ao médico, o qual prescreveu lítio para sua labilidade emocional, irritação e sintomas depressivos. Nem Sara nem seu pai relataram se ela já tinha tido algum episódio psicótico ou sintomas maníacos, embora ela tenha estado ansiosa diversas vezes, assim como sua mãe era. Seu pai diz que ela não tem histórico psiquiátrico, mas sua mãe era “temperamental”, e tentou se matar quando ele disse que iria deixar a cidade.

Formulação biopsicossocial focada no risco de transtorno depressivo clinicamente significativo

Sara é uma garota de quatorze anos com sintomas de depressão, incluindo humor deprimido e irritabilidade, problemas com insônia, falta de concentração, pensamentos negativos e uma tentativa interrompida de suicídio recentemente. Riscos biológicos para um transtorno depressivo incluem história familiar de labilidade emocional; abuso de substâncias, a qual pode exacerbar sua depressão ou sua performance na escola; e toxicidade do lítio. Fatores psicológicos incluem aflição contínua sobre a separação de seus pais, sentindo-se presa entre eles, e o fracasso na escola. Fatores sociais incluem supervisão decrescente agora que ela se mudou para viver na cidade com seu pai, distante de seus velhos amigos e família, e o conflitos com seus novos amigos da escola.

A formulação com os Quatro Ps para suicídio

Sara é uma garota de quatorze anos com sintomas depressivos e uma tentativa recente de suicídio. Fatores predisponentes para o suicídio incluem a história materna de tentativa de suicídio; a ideação suicida de Sara, expressada pelas suas ameaças durante as discussões com seu pai; ter menos supervisão ao ter sido inserida em ambiente novo e mais isolado. Fatores precipitantes incluem o estresse de se mudar para uma nova cidade, estar em uma nova escola, e as brigas com seu pai. Fatores perpetuadores incluem o tratamento insuficiente e a piora dos sintomas depressivos. Fatores de proteção incluem relacionamentos sociais sólidos prévios à mudança, as quais podem ser desenvolvidas, e a boa vontade em começar novos tratamentos.



Grupo de Estudos Pacífica da IACAPAP
Melbourne, 2013

Carta de contra-referência da psiquiatra da criança ao médico de família

20 de Janeiro de 2014

Caro Dr. NN,

Obrigada por ter referenciado Sara, uma garota de 14 anos que vive com seu pai, para avaliação de sua suicidalidade. Eu a avaliei sozinha e em conjunto com seu pai em duas ocasiões. Eu também conversei com um de seus professores.

Sara refere ter estado infeliz e mal-humorada há alguns meses, fumando maconha diariamente e indo mal na escola. O pai confirmou esses comportamentos e disse que as discussões vinham aumentando por causa de sua preocupação sobre ela estar usando maconha e desejando que ela pare. Em uma dessas discussões, ela tentou se envenenar com comprimidos de lítio (prescrito por outro médico) na presença de seu pai. Ela negou ter planos recorrentes de autoagressão. Isso resultou nesta referência. Sara foi descrita pela sua professora como apresentando dificuldades de se entrosar na nova escola, com poucos amigos e se aproximando dos encrenqueiros.

Sara é filha única. Os pais se divorciaram vários anos atrás, em decorrência de conflito conjugal considerável, e após o pai decidir viver nesta cidade. Sara costumava passar os feriados com seu pai, e pediu para morar com ele há dois meses. A relação entre Sara e sua mãe tem sido conturbada por algum tempo. Seu pai diz não ter histórico psiquiátrico, mas que a mãe de Sara era "temperamental", e que tentou se matar quando ele disse a primeira vez que pretendia se mudar.

Sara nasceu a partir de uma gravidez e parto sem intercorrências. Os marcos de desenvolvimento estão na média geral, e ela era descrita como uma criança brilhante, feliz e colaborativa. Ela estava dentro da média na escola e tinha alguns amigos. A menarca foi aos 12 anos. Seu comportamento pareceu mudar nesse ponto: ela se tornou temperamental, tendo frequentes discussões com sua mãe e começou a desafiar regras e limites.

Sara apresentou-se bem adequada, apropriadamente vestida como uma jovem que parece mais velha do que sua idade. Ela era bem articulava, e capaz de relatar uma boa história. Entretanto, existia uma tensão evidente entre ela e seu pai. Quando sozinha, Sara articulava bem as palavras e era capaz de contar uma boa história.

Proposta da consulta

Resumo da história

Resumo da situação familiar

Resumo da história do desenvolvimento

Resumo do MSE

Ela relatou ter se tornado infeliz há algum tempo; ela perdeu o interesse nas atividades diárias e nos passatempos, tinha pensamentos recorrentes de que era melhor ela estar morta, principalmente após as brigas com seu pai. Sua performance escolar, concentração e motivação também foram deterioradas. Ela estava comendo e dormindo (ela atribuía isso ao uso da maconha) mais do que o normal. Ela negou e não havia evidências de alucinações, ilusões, obsessões ou compulsões. Ela pareceu com uma inteligência na média, mas não foi formalmente testada. Sara pareceu ter alguma crítica sobre seu comportamento e estar preparada para tentar o tratamento, mas não estava motivada para suspender a maconha no momento ("isso é a única coisa que eu atualmente gosto"). Ela foi classificada como levemente deprimida na escala de depressão.

Em resumo, Sara é uma garota de 14 anos com sintomas de depressão e uma tentativa recente de suicídio. Eu considero o risco atual dela de suicídio como leve a moderado. Os fatores predisponentes são tendência suicida, incluindo a história de tentativa de suicídio da mãe; a ideação suicida de Sara, expressa por ameaças durante suas discussões com seu pai; ter menos supervisão e estar em um ambiente novo e isolado. Fatores precipitantes incluem o estresse de se mudar para uma nova cidade, estar em uma nova escola, e brigar com seu pai. Fatores perpetuadores incluem o tratamento insuficiente e a piora dos sintomas depressivos. Os fatores de proteção incluem relacionamento sólidos anteriores à mudança, que podem ser desenvolvidos, e a boa vontade em iniciar o tratamento.

Os sintomas de Sara também são consistentes com uma depressão de leve a moderada severidade associada ao transtorno pelo uso da maconha. Ela não recebeu benefício com o tratamento com o carbonato de lítio.

Para seu manejo adequado, eu gostaria de sugerir que Sara seja tratada com terapia interpessoal ou cognitivo comportamental, inicialmente trabalhando seus sintomas depressivos e o abuso de substâncias. Seu pai pode também ser envolvido no processo. Medicação não é recomendada neste quadro.

Com os melhores cumprimentos.

Sintomas presentes

Principais sintomas ausentes

Juízo crítico (Insight)

Investigações

Formulação

Diagnóstico

Resumo do manejo