



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**ESTÁGIO NO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E
DA ADOLESCÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO**

Joana Ferreira Rodrigues Pinto

Orientador

Dr. António Leuschner

Co-orientador

Dr. Pedro Monteiro

RESUMO

O presente trabalho refere-se ao Estágio realizado no Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar do Porto, no período decorrido entre 10 de Maio e 21 de Maio.

Pretendeu-se integrar as diferentes Unidades do Departamento no sentido de, por um lado, alargar os conhecimentos ao nível do diagnóstico, terapêutica, prevenção e prognóstico das principais patologias pedopsiquiátricas, e por outro, compreender a importância de uma especialidade única que, intervindo de forma precoce na infância ou adolescência, pode ajudar o doente a reescrever um futuro mais inteiro.

Através da participação na actividade assistencial e formativa do Departamento, assegurada pelo Serviço I, pelo Serviço II e pela Unidade de Pedopsiquiatria da Ligação, interagi com inúmeros jovens e respectivo entorno, familiarizando-me assim com a dinâmica existente entre a tríade Médico – Paciente – Cuidador que se constitui nas consultas.

Na minha curta experiência assistencial, as patologias mais prevalentes foram:

- Em idade escolar: a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (25,5%) e as Perturbações Específicas da Aprendizagem (19,1%), a Perturbação de Oposição e Desafio (14,9%).
- Na adolescência: as Perturbações do Comportamento Alimentar (30%), as Perturbações de Humor (22,5%) e a Perturbação de Ansiedade (12,5%).
- No Internamento: as Perturbações do Comportamento Alimentar (44,4%) e as Perturbações do Espectro Autista (22,2%).
- Na Unidade de ligação: Perturbações de adaptação (37,5%).
- No Hospital de dia: Perturbações globais do Desenvolvimento.

Paralelamente, através da análise comparativa dos processos clínicos de 12 pacientes, pude aprofundar os meus conhecimentos sobre Síndrome de Asperger.

Este estágio revelou-se fundamental na minha formação, já que me permitiu colmatar a lacuna curricular existente, a meu ver, no Mestrado Integrado em Medicina.

Sendo a Pediatria uma das especialidades médicas que mais me cativa, creio sentir-me capacitada para, no futuro, tratar uma criança ou adolescente contemplando o “todo” e não a “parte”.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Pedro Monteiro, pela disponibilidade demonstrada ao longo do estágio, e por me ter dado a conhecer uma forma tão especial de dirigir a consulta, dominando as peculiaridades da anamnese em Pedopsiquiatria.

À Dr.^a Maria do Carmo Santos, pela sua amabilidade, pela sua ponderação e pelo exemplo de dedicação e compromisso com o trabalho e com os doentes

À Dr.^a Camila Gesta, pelo apoio prestado em todas as ocasiões e pelo entusiasmo e mestria com que interage com as crianças.

Àqueles Professores que me fizeram ver que na dicotomia anglo-saxónica “to cure” e “to care” a balança não deve pender para um dos lados.

Aos amigos, que, apesar das contingências da vida, estiveram sempre comigo.

Aos meus irmãos, Ricardo, Inês, João e Rodrigo, pela força que me transmitem mesmo sem se aperceberem.

A ti, Dani, por teres cruzado o meu caminho na Bélgica, e pelos sacrifícios que fizeste para que hoje possamos estar juntos e felizes, entre Porto, Vigo e Cádiz.

Aos meus pais, por tudo...Pelo amor, pela educação, por estarem ao meu lado em cada nova fase da minha vida.

Aos meus avós, pelos valores, pelo carinho, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Ao meu primo Afonso, pelo exemplo que foi para mim, pelo grande coração que tinha e por me ter feito prometer que um dia, quando fosse médica, não me deixaria desumanizar...

Agora que esse dia se aproxima, espero cumprir essa promessa...

ÍNDICE GERAL

Resumo	i
Agradecimentos	ii
Índice Geral	iii
Lista de Abreviaturas	iv
1. Introdução	1
1.1. Pedopsiquiatria – Contextualização	1
1.2. Estado da Arte em Portugal	2
1.3. Objectivos	4
2. Discussão	5
2.1. Plano do estágio	5
2.2. Serviço I – Infantil (0-12)	5
2.2.1. Consulta externa.....	6
2.2.2. Hospital de Dia	9
2.3. Serviço II – Juvenil (12-18)	11
2.3.1. Consulta externa	11
2.3.2. Internamento	15
2.4. Unidade de Ligação	17
2.5. Formação	19
2.6. Síndrome de Asperger - Análise Comparativa	20
3. Conclusão	25
4. Bibliografia	26
5. Anexos	28

LISTA DE ABREVIATURAS

CAST – Childhood Asperger Syndrome Test

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição

DSM-IV-TR– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th Edition-Text Revised

IMC – Índice de Massa Corporal

PC – Perturbação de Conduta

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

PEA - Perturbação do Espectro Autista

PEDE – Prova Exploratória de Dislexia Específica

PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

POD – Perturbação de Oposição e Desafio

QI – Quociente Intelectual

SA – Síndrome de Asperger

WISC - III – Weschler Intelligence Scale for Children

1. INTRODUÇÃO

O estágio foi realizado no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto no período entre 10 e 21 de Maio, sob a orientação do Dr. Pedro Monteiro.

1.1. Pedopsiquiatria - Contextualização

A Pedopsiquiatria é uma especialidade médica relativamente recente que tem como objectivo fundamental a avaliação e promoção de um normal desenvolvimento psicoafectivo da criança ou adolescente, bem como a prevenção e tratamento de perturbações mentais e afectivas na esfera individual e/ou familiar.

A evolução desta especialidade está associada a uma passagem do “interior” para o “exterior”. Começou por acolher e tratar crianças no asilo e no hospital psiquiátrico, separando-as do entorno familiar. Ao longo do tempo, graças a um profundo movimento de renovação e humanização da psiquiatria iniciado nas décadas de 50 e 60, a especialidade caminhou para a implementação dos cuidados em regime de ambulatório para crianças, adolescentes e suas famílias.

Pretende-se que a criança ou adolescente seja preferencialmente mantida no seu contexto familiar, escolar e cultural, não se podendo negligenciar, no entanto, as situações em que essa separação é necessária e a hospitalização é imperativa para efeitos terapêuticos ou de clarificação de diagnóstico (Misès *et al*, 2002).

Após uma avaliação cuidada e atenta da criança ou adolescente, complementada por entrevistas com familiares significativos ou com educadores, o pedopsiquiatra pode recorrer à utilização de psicofármacos, à psicoterapia ou à intervenção familiar, procurando a manutenção da saúde mental do jovem em modelo interdisciplinar, articulando quando necessário com outras especialidades médicas (pediatria, neurologia, psiquiatria de adultos), ou com outros técnicos diferenciados de saúde mental (psicólogo clínico, psicomotricista ou professor de ensino especial).

Finalmente, a Pedopsiquiatria define-se também pelo facto de abordar pessoas em estado de dependência. No plano prático, caracteriza-se frequentemente por uma procura de cuidados por parte do cuidador ou da família em detrimento do próprio paciente, o que enfatiza a importância do consentimento de cuidados e da integração da família no percurso terapêutico empreendido pelo paciente.

1.2. Estado da Arte em Portugal

Como referido anteriormente, a Pedopsiquiatria ou Psiquiatria da Infância e da Adolescência é uma especialidade médica recente, não só em Portugal como na Europa.

Foi reconhecida pela Ordem dos Médicos como especialidade autónoma em 1959. No entanto, só em 1983 se iniciou o Internato Complementar de Pedopsiquiatria, vindo a formar os primeiros especialistas com a carreira hospitalar completa.

Inicialmente a especialidade funcionava em Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil (CSMIJ) no Porto, Lisboa e Coimbra que tinham total autonomia técnica, administrativa e financeira, até que em 1992, após a aplicação do Decreto-Lei nº 127/92 de 3 de Julho, resultaram extintos determinando-se a sua integração como Departamentos de Pedopsiquiatria nos hospitais pediátricos do Porto e Lisboa e no Centro Hospitalar de Coimbra.

A lei da integração pretendia uma articulação mais eficaz das estruturas de saúde mental com outros prestadores de cuidados de saúde, verificando-se efectivamente uma maior aproximação da Pedopsiquiatria à Pediatria. No entanto, tal implicou o abandono da política de sector no caso particular do Departamento de Pedopsiquiatria do Porto, com uma maior centralização da especialidade e um afastamento abrupto dos centros de saúde e da comunidade em geral (Confraria *et al*, 2006).

Apesar das dificuldades e dos ajustes iniciais no processo de adaptação à mudança, o Departamento constitui hoje um Centro de referência funcionando como estrutura de apoio aos diversos Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria integrados nos Hospitais Distritais do Norte, nomeadamente através da sua Unidade de Atendimento Urgente e do Internamento, onde são atendidas as situações agudas ou mais complexas de todo o Norte do País. Assegura igualmente as responsabilidades formativas ao nível dos internatos de Pedopsiquiatria, Psiquiatria Geral e outras especialidades médicas, bem como nas áreas de formação pré e pós graduada de psicologia, serviço social e enfermagem.

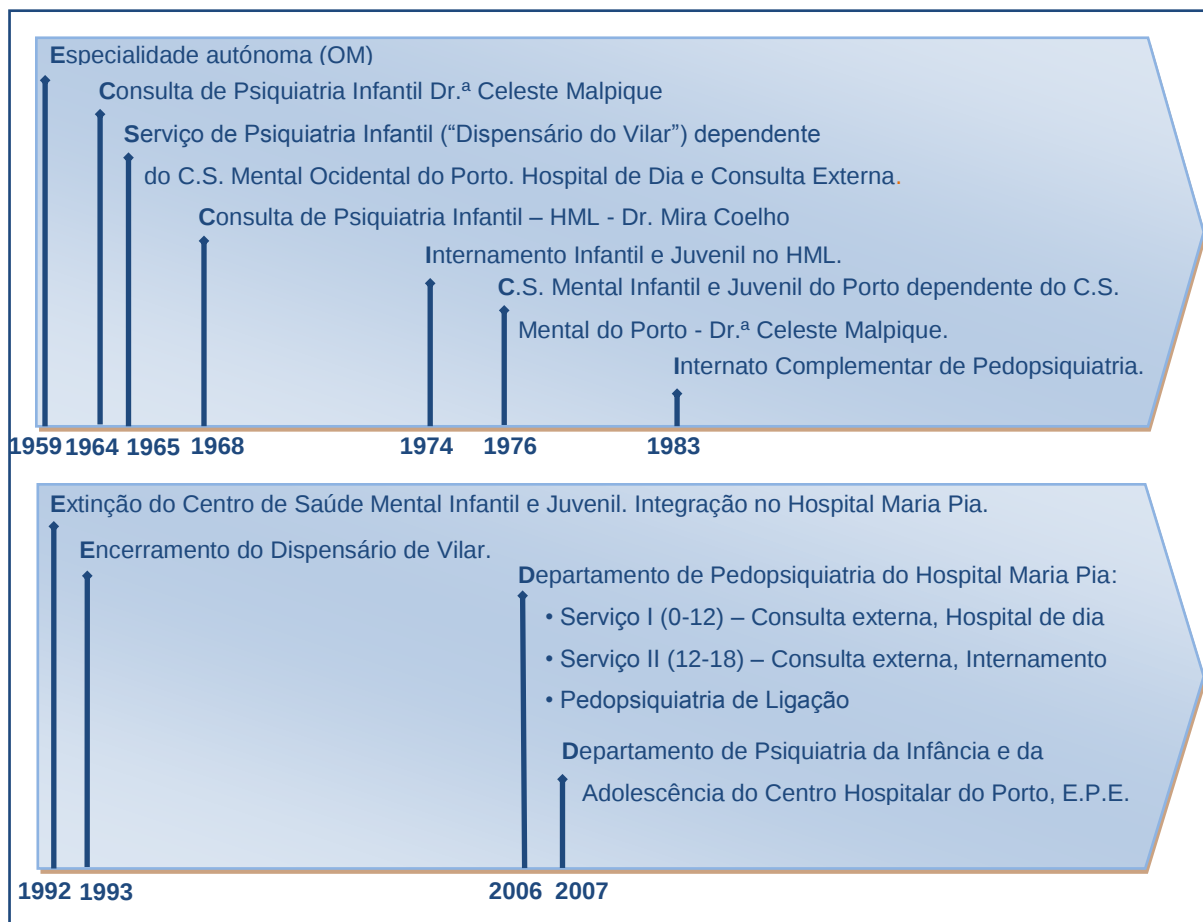


Fig.I. Evolução da Pedopsiquiatria a nível nacional e local.

Ao longo do tempo, o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia foi diferenciando a sua actividade clínica em dois Serviços e várias Unidades e Consultas Especializadas (Anexo I), respeitando a literatura de referência e aspectos técnicos relacionados com a idade das crianças e adolescentes e o trabalho específico desenvolvido em cada área:

- **Serviço I - Infantil (0-12 anos):** engloba a actividade de consulta externa (Consulta de Primeira infância, Consulta de Crise Infantil, Consulta de Triage de Dificuldades de Aprendizagem) e o Hospital de Dia Infantil.
- **Serviço II - Juvenil (12-18 anos):** engloba a actividade de consulta externa (Consulta de Crise Juvenil, Unidade de Perturbações do Comportamento Alimentar, Consulta de Comportamentos Suicidários) e Internamento.
- **Unidade de Atendimento urgente**
- **Unidade de ligação:** Equipa multidisciplinar com instalações próprias no Hospital Maria Pia que assegura a Consulta de Pedopsiquiatria de Ligação.

- **Serviço de Psicologia:** Equipa de psicólogos que actuam em cooperação com a equipa médica.
- **Serviço Social** – Composto por Técnicos de Serviço Social responsáveis pela avaliação sócio-familiar.
- **Intervenções Psicoterapêuticas** – Grupos de Psicodrama, Grupos de Expressão Plástica, Grupos de Jogo Livre, Grupos de Jovens com Perturbações do Comportamento Alimentar, Grupos de Jovens com Perturbações do Desenvolvimento, Grupos de Treino Parental (“Incredible Years”, “Psicoeducação PHDA”), Grupos de Pais de Jovens com Perturbações Alimentares, Grupos de Pais de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, Terapia Familiar.

1.3. Objectivos

Com a realização deste estágio propus-me enriquecer a minha formação médica no que concerne a Pedopsiquiatria, contactando com a realidade do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto.

O objectivo fundamental deste estágio consistiu em aprofundar os conhecimentos ao nível do diagnóstico, tratamento, prevenção e prognóstico, relativos às patologias mais prevalentes no período que decorre entre a Primeira Infância e a Adolescência.

Pretendeu-se também vivenciar a experiência tão distinta que é a interacção com crianças e adolescentes com perturbações da esfera psico-afectiva, aperfeiçoando-se desta forma as habilidades comunicacionais no contexto da entrevista clínica.

2. DISCUSSÃO

2.1. Organização do Estágio

O estágio compreendeu a observação e participação nas actividades assistenciais e formativas das distintas Unidades do Departamento, nomeadamente Consulta Externa do Serviço I, Hospital de Dia, Consulta Externa do Serviço II, Internamento e Consulta de Pedopsiquiatria da Ligação, de acordo com a distribuição abaixo indicada.

Quadro I. Plano de Estágio.

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
1ª semana	Serviço II Dr. Pedro Monteiro Serviço I Dr.ª Maria do Carmo	Serviço I Consulta de Psicologia Dr.ª Camila Gesta Serviço II Dr. Pedro Monteiro	Serviço I Dr.ª Maria do Carmo	Serviço II Internamento Dr. Pedro Monteiro Formação Dr.ª Joana Saraiva	Serviço I Dr.ª Maria do Carmo
2ª semana	Serviço I Dr.ª Maria do Carmo	Serviço II Dr. Pedro Monteiro	Serviço II Dr. Pedro Monteiro	Pedopsiquiatria de Ligação Dr.ª Zulmira Correia	Serviço I Consulta de Psicologia Dr.ª Camila Gesta Hospital de Dia Dr.ª Camila Gesta

2.2. Serviço I – Infantil

O Serviço I – Infantil assegura o acompanhamento de crianças desde os 0 aos 12 anos através das actividades de Consulta Externa (entre as quais se destacam a Consulta de Primeira Infância e de Idade Pré-escolar, a Consulta de Crise Infantil, a Consulta de Triagem de Dificuldades de Aprendizagem) e do Hospital de Dia.

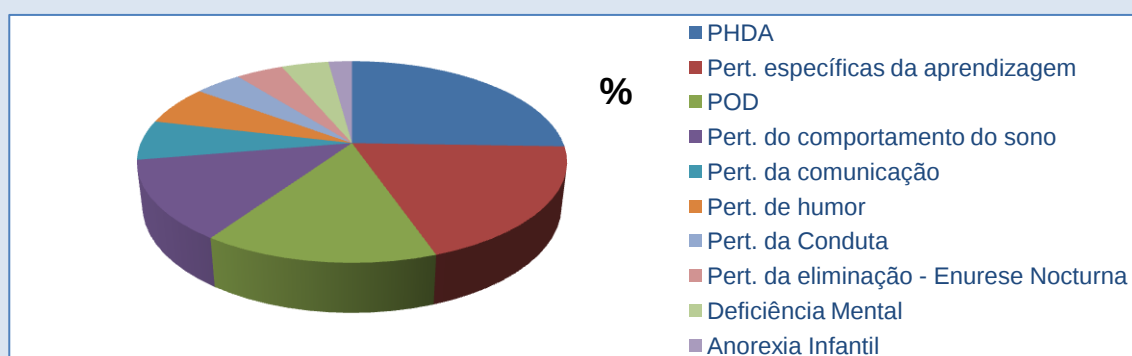
Nesta faixa etária são efectuadas semanalmente diversas intervenções psicoterapêuticas, como os grupos de psicodrama, grupos de expressão plástica e grupos de jogo livre. Existem também grupos destinados aos pais, de que são exemplo os Grupos de Pais de crianças com PEA, os Grupos de Treino Parental (*Incredible Years* e Psicoeducação PHDA) e as sessões de terapia familiar que envolvem o núcleo familiar.

2.2.1. Consulta Externa

Durante o período de estágio dedicado ao Serviço I, acompanhei a actividade de Consulta da Dr.^a Maria do Carmo Santos, contactando de forma privilegiada com crianças em idade escolar (7 aos 11 anos). Participei igualmente em Consultas de Psicologia com a Dr.^a Camila Gesta, observando crianças da primeira infância e idade pré-escolar (Quadro II).

Quadro II. Patologias observadas na Consulta Externa do Serviço I (N total = 47).

Patologia/DSM-IV-TR (código)	N	%
Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (314.9)	12	25,5
Perturbações específicas da aprendizagem	9	19,1
- Perturbação da leitura (315.00)	5	
- Perturbação da expressão escrita (315.2)	2	
- Perturbação do Cálculo Matemático (315.1)	2	
Perturbação de Oposição e Desafio (313.81)	7	14,9
Perturbações do comportamento do sono	6	12,8
<u>Dissónia</u>		
- Insónia inicial (307.42)	3	
<u>Parassónia</u>		
- Pesadelos (307.47)	2	
- Terrores nocturnos (307.46)	1	
Perturbação da comunicação	3	6,4
- Perturbação fonológica (315.39)		
Perturbações de humor	3	6,4
- Perturbação depressiva (296)		
Perturbação da Conduta (312.12)	2	4,3
Perturbações da eliminação	2	4,3
- Enurese Nocturna (307.6)		
Deficiência Mental	2	4,3
- Ligeira (317)	1	
- Moderada (318.0)	1	
Anorexia Infantil (307.59)	1	2,1



As patologias mais prevalentes na amostra observada são a PHDA (25,5%), as Perturbações Específicas da Aprendizagem (19,1%), a Perturbação de Oposição Desafio (14,9%) e as Perturbações de Comportamento do Sono (12,8%). É no entanto de salientar que mais de metade da amostra corresponde a crianças em idade escolar.

Atentemos no seguinte caso clínico:

Identificação	J.J.S., sexo masculino, 10 anos, 4º ano.
História da Doença Actual	Vem à consulta acompanhado pela mãe que refere que o filho tem manifestado desinteresse pela escola. Para além disso distrai-se com facilidade, revela também dificuldades na ortografia, um desempenho escolar fraco (“tem muitas ideias que não consegue transmitir” – mãe – sic), e problemas de comportamento prejudiciais para o aproveitamento escolar.
Antecedentes Familiares	Mãe: 48 anos, educadora de infância, saudável Pai: 47 anos, bancário, saudável. Refere dificuldades na leitura e na escrita enquanto criança. Admite utilizar uma caligrafia pouco inteligível para disfarçar erros ortográficos. Irmã: 14 anos, 8º ano, saudável
Doenças e Internamento	No 2º ano escolar consultou psicólogo por dificuldades relacionais com colegas tendo posteriormente mudado de turma. Iniciou terapia da fala.
Ambiente familiar	Vive com os pais e com a irmã.
Vida pré-escolar e escolar	Entrou para o infantário com 4 anos. “Não parava quieto, falava muito” (sic-mãe). Frequenta neste momento o 4º ano. A Professora refere dificuldades de concentração, integração e comportamento. “Não é capaz de estar sentado na cadeira” (sic).
Exame psicopatológico	Mãe com humor subdepressivo, ritmo de discurso lento bastante circuntanciado. Frequentemente faz relatos do percurso escolar da filha referindo inveja por parte do filho. Refere que o filho “faz palhaçadas” (sic), repete as frases do adulto. Criança comunicativa com comportamento ajustado na consulta. Revela boas capacidades de desenho.
Exame psicológico	WISC-III : QI verbal – 116; QI realização- 118 PEDE - normal QI total – 119 → Médio-Superior
Diagnóstico Provisório	- PHDA - Disortografia - POD - Capacidade intelectual no limite superior da média.
Plano	- Escala de Conners (Anexo II) para preenchimento pelos pais e pelos professores. - Informação aos pais e criança sobre a natureza da patologia - Carta de esclarecimento para a escola (professor, psicóloga educacional), a quem referenciou a criança e ao médico de família. - Conselhos aos pais: expectativas realistas, confrontos mínimos, estruturação do dia da criança, vantagens das regras em casa, reforços positivos, encorajamento, comunicação eficaz com a criança. Se insuficiente considerar início de terapêutica farmacológica (Ritalina®).

Contextualizando:

Este caso clínico, escolhido entre muitos outros semelhantes, reflecte claramente alguns aspectos típicos da PHDA, distúrbio cuja prevalência em crianças em idade escolar se situa entre 3 e 7 %.

Consiste numa perturbação neurobiológica frequente do desenvolvimento e comportamento na infância e na adolescência, caracterizada por dificuldade em manter a atenção, hiperactividade e impulsividade, inapropriadas para o nível de desenvolvimento e idade do paciente.

Estudos recentes utilizando técnicas de imagiologia funcional, evidenciam consistentemente diferenças subtis na estrutura e na função cerebral de indivíduos com diagnóstico de PHDA. Estas diferenças geralmente envolvem o lobo frontal, os gânglios basais e o corpo caloso. Uma diminuição com base genética da disponibilidade de neurotransmissores como a dopamina ou a noradrenalina, pode também estar relacionada com este distúrbio comportamental.

O diagnóstico é clínico e deve ser feito recorrendo aos critérios do DSM-IV-TR, que subdivide a PHDA em três tipos: PHDA com predomínio de sintomas de desatenção; PHDA com predomínio de sintomas de hiperactividade/impulsividade; PHDA combinada.

As crianças com PHDA apresentam habitualmente dificuldade em manter a atenção e concentração por períodos prolongados, impulsividade, impaciência, reacções irreflectidas, das quais costumam arrepender-se, baixa capacidade de resistência à frustração e dificuldades ao nível das funções executivas. A maioria revela também excesso de actividade motora, à semelhança do J.J.S., que é incapaz de estar sentado numa cadeira na sala de aulas. Estes comportamentos tornam o convívio social e escolar difíceis.

Saliente-se que, apesar da hiperactividade ser a face visível desta perturbação, o défice principal está na desatenção, ou seja, na incapacidade de atender de forma continuada aos estímulos relevantes e na dificuldade em filtrar e eliminar os estímulos irrelevantes para as tarefas em curso. Algumas crianças apresentam apenas défice de atenção, sem hiperactividade, sendo este subtipo mais frequente no sexo feminino.

Alguns sintomas remitem com o crescimento, sendo que a hiperactividade tende a diminuir a partir da adolescência. No entanto a desatenção e a impulsividade persistem muitas vezes até à idade adulta.

É relevante reflectir sobre esta patologia, na medida em que o impacto na sociedade é substancial, tendo em conta o seu alto custo, o stress que acarreta nas famílias, o prejuízo do desempenho escolar, bem como efeitos negativos na auto-estima dos jovens. Estudos têm demonstrado que crianças com PHDA apresentam um risco aumentado de

desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e idade adulta (Razera, 2001).

Com efeito, apenas 1/3 das crianças com PHDA não têm outras perturbações associadas (Elia *et al*, 2008). Aproximadamente 40% das crianças com PHDA apresentam igualmente POD, e 25 a 30% das crianças manifestam Perturbações Específicas da Aprendizagem, como é o caso do paciente apresentado. Entre outras comorbilidades, destacam-se a Perturbação da Ansiedade (34%), os Tiques (11%), a Perturbação de Humor (4%) e a PC (14%).

Se não tratada, a PHDA acarreta risco de insucesso escolar, comportamentos de risco, insucesso laboral e alterações no relacionamento social e familiar, devendo por isso haver um esforço conjunto entre a família, a escola e o médico de família, no sentido de ser detectada precocemente, podendo desta forma intervir-se de forma atempada e eficaz.

O tratamento consiste na combinação entre intervenções comportamentais, referidas anteriormente na exposição do caso clínico, e farmacológicas, através da administração de Metilfenidato, substância química que em Portugal existe sob 3 formulações comerciais: Ritalina® (de curta acção), Ritalina LA® e Concerta® (de longa acção).

Inicia-se habitualmente uma titulação de Ritalina® podendo posteriormente passar-se para as fórmulas de longa acção (dose terapêutica – entre 20 mg/dia e 60 mg/dia; 0,3 mg/kg/dia a 1 mg/kg/dia). Uma vez que a semi-vida do metilfenidato é curta, geralmente utiliza-se o esquema de duas doses por dia, uma de manhã e outra ao almoço.

2.2.2. Hospital de Dia

O Hospital de Dia do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia foi o primeiro Hospital de Dia Infantil aberto em Portugal, no ano de 1967.

Começou por ser anexo ao Dispensário de Saúde Mental Infantil do Porto e a partir de 1992, passou a integrar o actual Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia.

Consiste numa unidade de internamento parcial, cuja lotação máxima é de 12 crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 9 anos.

A equipa técnica fixa pluridisciplinar é constituída por uma Pedopsiquiatra, uma Psicóloga, uma Enfermeira Especialista, uma Terapeuta Ocupacional, uma Assistente Social, Educadoras de Infância e Auxiliares de Acção Médica.

O seu objectivo prioritário é o da detecção precoce de situações de risco ao nível do desenvolvimento e saúde mental, sua avaliação e definição de um projecto terapêutico.

Inicialmente é feita uma avaliação médica e psicológica e posteriormente é estabelecida uma proposta terapêutica que pode incluir Psicoterapia Individual, Grupo de

Pintura, Treino de Actividade da Vida Diária, Treino Ocupacional de Grupo, Treino Ocupacional Individual Não Especificado, Terapia de Mediação Corporal Individual, Treino de Coordenação Motora.

Estimula-se o desenvolvimento psíquico da criança através de múltiplas trocas, e de actividades ludoterapêuticas como a Digitinta, o Barro, os Fantoches, o Atelier do Conto, o Atelier de Pintura e a Balneoterapia, desenvolvendo desta forma a elaboração emocional, a criatividade, a expressão corporal e a linguagem.

As características próprias desta unidade permitem que a criança beneficie duma observação e duma intervenção terapêutica intensiva, sem que seja obrigada a isolar-se da família e da sociedade. Pelo contrário, é favorecida uma observação naturalista e privilegia-se o envolvimento e a responsabilização da família no tratamento. Por este motivo, a admissão só se faz mediante o estabelecimento dum contrato terapêutico, o que pressupõe um estudo cuidadoso da motivação das famílias (Teles *et al*, 2005).

Durante o estágio tive a oportunidade de conhecer as instalações do Hospital de Dia e observar as 7 crianças aí presentes, na sua interacção com a terapeuta ocupacional.

Pude participar em actividades ludoterapêuticas que visavam a estimulação da psicomotoricidade através da dança, da música, do ritmo e da mímica, intervindo desta forma ao nível do tónus muscular, planeamento motor e coordenação perceptivo-motora.

As patologias maioritariamente observadas no Hospital de Dia foram as Perturbações Globais do Desenvolvimento e a Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial.

2.3. Serviço II – Juvenil

O Serviço II – Juvenil assegura o acompanhamento de pacientes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos através das actividades de Consulta Externa (Consulta de Crise Juvenil, Consulta de Comportamentos Suicidários, Unidade de Perturbações Alimentares) e de Internamento.

Paralelamente à consulta, realizam-se intervenções psicoterapêuticas como o Grupo de Jovens com Perturbações de Comportamento Alimentar, o Grupo de Jovens com Perturbações do Desenvolvimento e o Grupo de Psicodrama com Adolescentes, existindo também Grupos de Pais.

2.3.1. Consulta Externa

Na minha passagem pelo Serviço II, acompanhei a actividade de consulta do Dr. Pedro Monteiro, observando as patologias vigentes nos adolescentes, com idades compreendidas entre o 12 e os 18 anos (Quadro III).

Neste Serviço, revelou-se especialmente interessante testemunhar, por um lado, a singularidade do anamnese em Pedopsiquiatria, e por outro, a importância do tipo de abordagem empreendida pelo pedopsiquiatra.

Com efeito, sendo ponto de partida e de referência de qualquer tratamento, o exame psiquiátrico da criança ou adolescente e a entrevista clínica à família, irão garantir a legitimidade de todas as intervenções que serão propostas.

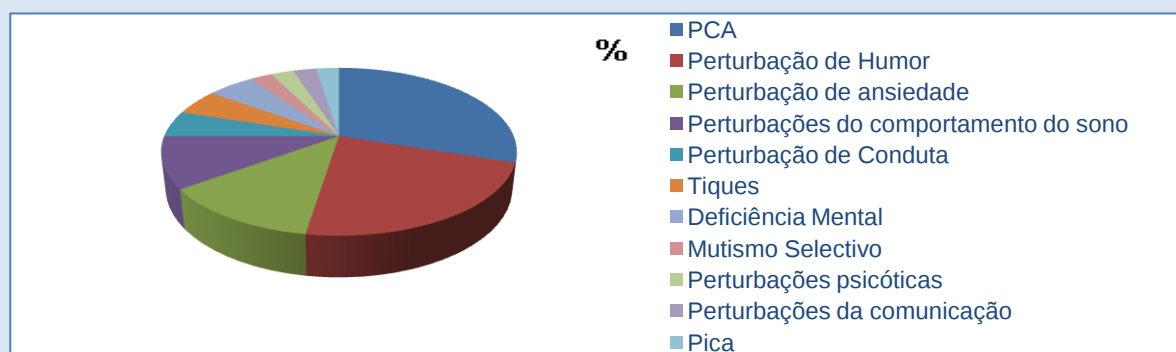
Na sua dupla dimensão informativa e interactiva, o exame deve decorrer de forma extremamente “natural” (Winnicott, 1971), virtuosidade que supõe a integração de um grande número de variáveis que se tornam mais complexas pelo facto de se tratar de uma criança.

Pude aperceber-me que a rigidez imposta pelo contexto da consulta (formado pela entrevista com a criança, com os pais ou com ambos) deve ser contrabalançada com a leveza e desenvoltura necessárias ao exercício clínico quotidiano, em que o pedopsiquiatra se deve guiar pela singularidade de cada caso.

Confirmei que, como refere Winnicott, independentemente das técnicas escolhidas para a recolha da informação e ainda que se utilizem os instrumentos estandardizados, a anamnese em Pedopsiquiatria é antes de mais uma relação que pode aceder a uma dimensão terapêutica.

Quadro III. Patologias observadas na Consulta Externa do Serviço II (N total = 40).

Patologia/DSM-IV-TR (código)	N	%
PCA	12	30
- Anorexia Nervosa (307.1)	10	
- Bulimia Nervosa (307.51)	2	
Perturbação de Humor	9	22,5
- Depressão Major (296)	7	
- Perturbação Bipolar Tipo I; episódio mais recente hipomaniaco (296.40)	1	
- Distímia	1	
Perturbação de ansiedade	5	12,5
- Perturbação de Ansiedade Generalizada	3	
- POC (300.3)	2	
Perturbações do comportamento do sono	4	10
<u>Dissónia</u>		
- Insónia inicial (307.42)	3	
<u>Parassónia</u>		
- Pesadelos (307.47)	1	
Perturbação de Conduta	2	5
Tiques (307.20)	2	5
Deficiência Mental	2	5
- Moderada (318.0)	1	
- Profunda (318.2)	1	
Mutismo Selectivo (313.23)	1	2,5
Perturbações psicóticas		
Perturbação delirante do tipo persecutório (297.1)	1	2,5
Perturbações da comunicação		
- Gaguez (307.0)	1	2,5
Pica (307.52)	1	2,5



Na amostra observada relativa a esta faixa etária, as patologias mais prevalentes foram as PCA (30%), as Perturbações de Humor (22,5%), a Perturbação de Ansiedade (12,5%).

Atentemos no seguinte caso clínico:

Identificação	T.C., sexo feminino, 17 anos, 11º ano.
	Jovem de 17 anos de idade que frequenta o 11º ano do Curso de Economia com bons resultados escolares. Aparentemente saudável até Setembro de 2008, altura em que inicia quadro caracterizado por restrição alimentar, isolamento total do grupo de colegas e amigos, comportamento regressivo (necessidade de dormir com os pais para securização), com alteração do sono (insónia inicial e intermédia). A sintomatologia supra-descrita agravou-se progressivamente, tendo a paciente, em Dezembro de 2008, iniciado labilidade emocional e recusa escolar verificando-se perda de peso acentuada e amenorreia. Pela manutenção do agravamento do quadro e diminuição do funcionamento escolar, social e familiar, foi internada a 17-02-2010, tendo alta a 29-03- 2010, medicada com: - Cipralex® 20 mg: ½ + 0 + ½ - Zyprexa® 5 mg: 0 + 0 + 1 - Triticum® 100 mg: 0 + 0 + 1 Após a alta, a jovem mantém pensamentos ruminativos, o que lhe causa ansiedade e angústia. Volta a iniciar restrição alimentar em finais de Abril, diminuindo novamente de peso. Vem à consulta de seguimento acompanhada pela mãe. Refere sentir-se mais contente, afirmando que se sente bem, que come melhor e com mais variedade e que foi 4 vezes numa semana à escola, denotando uma certa euforia. Procede-se à determinação do peso, verificando-se a perda de 1,1 kg. <u>Peso na consulta anterior:</u> 37,4kg <u>Peso nesta consulta:</u> 36,3kg. A paciente refere estar extremamente surpreendida por ter emagrecido, reafirmando que pensava ter aumentado de peso desde a última consulta. Por sua vez, a mãe da paciente refere que esta aumentou ligeiramente a ingestão de alimentos, continuando no entanto a efectuar selecção.
Plano	A paciente deve aumentar pelo menos 1kg até à próxima consulta. Previne-se que, se tal não se verificar, voltará a ser internada.

Contextualizando:

As Perturbações do Comportamento Alimentar constituem quadros psiquiátricos que afectam principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, conduzindo a consideráveis prejuízos biopsicossociais com elevada morbidade e mortalidade (Doyle *et al*, 2000).

Segundo um estudo epidemiológico liderado pela Dr.^a Joana Saraiva em 2004 em que, através do questionário EAT-26, se avaliaram 688 alunos do Ensino Secundário, pertencentes a 4 escolas do Porto, com idades compreendidas entre 15 e 20 anos, cerca de 9,6% dos inquiridos apresentaram sintomas de uma PCA, dos quais 85 % eram do sexo

feminino. Foi possível concluir que o número de estudantes portugueses que pode sofrer de perturbações do comportamento alimentar é semelhante aos números registados no resto da Europa e nos Estados-Unidos.

William Gull, no ano de 1874, descreve três pacientes com quadro anorético restritivo, aplicando o termo "apepsia histérica".

Nos anos 60, Brunch foi o primeiro autor a mencionar a distorção da imagem corporal vista como um distúrbio da paciente com anorexia nervosa na percepção do seu corpo.

A partir de 1970, pacientes avaliadas clinicamente demonstravam um receio exagerado de ganhar peso, sendo este o primeiro passo para se incorporar o "medo mórbido de engordar" como característica psicopatológica da anorexia nervosa, juntamente com o emagrecimento, a distorção da imagem corporal e a amenorreia (Russell, 1970).

A anorexia nervosa caracteriza-se então por uma perda de peso intensa à custa de dietas rígidas auto-impostas, distorção da imagem corporal e amenorreia (Critério D).

A DSM-IV-TR determina a existência de défice ponderal (Critério A), quando o paciente apresenta um peso inferior a 85% do peso considerado normal para a sua idade e estatura. O CID-10, por sua vez, aplica um critério mais estrito requerendo a existência de um IMC inferior ou igual a 17,5 kg/m².

Estes valores constituem apenas indicadores propostos aos clínicos, sendo no entanto aconselhável que estes considerem a morfologia e os antecedentes ponderais de cada paciente.

Paralelamente ao défice ponderal, o paciente anorético manifesta um medo exagerado de aumentar de peso ou de se tornar "gordo" (Critério B).

A baixa auto-estima bem como a distorção da imagem corporal (Critério C) são as principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante, levando à prática de exercícios físico, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma ainda mais intensa.

No Departamento, a Enf.^a Dalila Esteves é responsável pela realização da Terapia da Imagem Corporal (Anexo 3), que consiste numa técnica psicoterapêutica individual em que o doente com PCA é confrontado com a discrepância entre a percepção da sua imagem corporal e a realidade, através da utilização de espelhos e medidas corporais.

Distinguem-se 2 subtipos de Anorexia Nervosa: Subtipo restritivo (perda de peso decorrente da restrição alimentar, jejum ou exercício físico excessivo) e Subtipo purgativo (associação de episódios bulímicos ou alguma prática de purgação como vômitos, uso de diuréticos, enemas ou laxantes).

É imperativo reconhecer no contexto dos Cuidados Primários, certas condições que determinam uma referenciação urgente ou internamento: perda de peso rápida (> 30% em 6 meses) ou desnutrição grave; complicações médicas agudas (disritmias cardíacas, alterações electrolíticas graves); vómitos ou uso de laxantes e restrição alimentar; situações médicas coexistentes não controladas; depressão grave, ideação suicida ou associação com outros sintomas psicopatológicos graves, em particular sintomas psicóticos.

2.3.2. Internamento

O Internamento do Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto iniciou a sua actividade em 1974 e ao longo dos anos foi adaptando o seu funcionamento às exigências de qualidade e à evolução das patologias e da sociedade.

Ao contrário do que acontecia no passado, o internamento em pedopsiquiatria deixou de consistir numa proposta de “lar” alternativo para a criança ou adolescente, mas sim num período de tempo mais ou menos extenso, em que se empreende uma sequência terapêutica intensiva (Schmidt *et al*, 2010).

O objectivo desta intervenção consiste em tratar as patologias existentes mas também tornar os pacientes mais aptos para a sua reintegração no seu meio social, familiar e cultural, evitando assim futuros reinternamentos. Pretende-se igualmente estabelecer ou clarificar diagnósticos, proteger o próprio doente de riscos associados à sua patologia, ultrapassar um momento de crise ou de grande tensão vivenciado pelo paciente e entorno familiar ou otimizar o tratamento farmacológico (Schmidt *et al*, 2010).

À semelhança do que se tem verificado noutros países, nas últimas décadas registou-se uma redução da lotação do internamento completo (Confraria *et al*, 2006).

Este modelo de internamento de pedopsiquiatria em vigor no nosso país, baseado numa dinâmica hospitalar com serviços de baixa lotação como suporte para grandes áreas populacionais, implica que o trabalho seja, fundamentalmente, de intervenção breve em situações de crise aguda. Existem no entanto patologias que, pela sua natureza ou gravidade, impõem tempos de internamento superiores, como as perturbações do comportamento alimentar, as psicoses e as depressões graves (Teiga *et al*, 2010).

Com efeito, na minha passagem pelo internamento pude confirmar os factos acima referidos. Encontravam-se 8 pacientes internados: 4 pacientes com PCA, 2 pacientes com PEA, 1 paciente com Esquizofrenia de tipo paranóide, e 1 paciente com POC associada a Depressão major com ideação suicida (Quadro IV).

O tempo médio de internamento destes doentes rondava nessa altura as 3 semanas.

Segundo um estudo de revisão dos casos internados em 2009 no Departamento, o tempo médio de internamento é de cerca de 20 dias, sendo no entanto de 61 dias no que se refere às PCA (Teiga *et al*, 2010).

Quadro IV. Patologias observadas no Internamento.

Patologia/DSM-IV-TR (código)	N	%
PCA	4	44,4
- Anorexia Nervosa (307.1)	3	
- Bulimia Nervosa (307.51)	1	
PEA	2	22,2
- Perturbação Autista (299.00)	1	
associada a deficiência mental profunda (318.2)	1	
- Síndrome de Asperger (299.80)		
Psicoses	1	11,1
- Esquizofrenia de tipo paranóide (295.30)		
POC (300.3)	1	11,1
Depressão Major (296.2) com ideação suicida	1	11,1

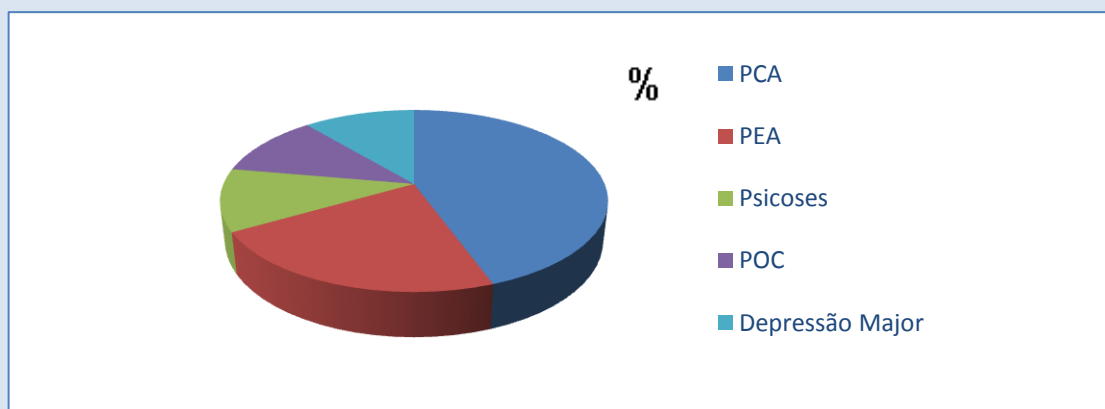


Gráfico III. Prevalência das patologias observados no internamento.

2.4. Unidade de Ligação

Influenciada pelo contacto permanente com a medicina somática, e graças às raízes oriundas da psiquiatria clássica, a psiquiatria dita de “ligação” destaca-se das outras especialidades médicas por atentar nos aspectos psicológicos e sociais e pelo desafio de os integrar nos dados somáticos (Desombre *et al*, 2004).

Zumbrunnen define-a, em 1992 como “a parte da psiquiatria que se ocupa das perturbações psiquiátricas que se manifestam em doentes de outras especialidades médicas”, definição porém algo restritiva na medida em que se centra apenas no paciente e na patologia psiquiátrica não contemplando a intervenção junto das equipas cuidadoras e do entorno familiar do doente (Lenoir *et al*, 2000).

Com efeito, inúmeros autores propõem 2 níveis de intervenção da psiquiatria de ligação, enfatizando a bipolaridade das intervenções psiquiátricas nos serviços de medicina, que englobam:

- Por um lado, a **actividade de consulta**, relativa às prestações directas com base nos pacientes e respectivas famílias e à requisição de um parecer diagnóstico e/ou terapêutico por parte dos médicos e equipas cuidadoras;
- Por outro lado, a **actividade de “ligação”** relativa às prestações indirectas que visam auxiliar os médicos e as equipas cuidadoras no seu trabalho junto dos pacientes e respectivas famílias.

Uma das definições mais completas e mais consensual é a que nos propõe Lipowski, para quem a psiquiatria da ligação integra um conjunto de intervenções clínicas, diagnósticas, terapêuticas, preventivas, pedagógicas e de investigação empreendidas pela equipa prestadora de cuidados no Hospital em que se insere.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de constatar a aplicabilidade desta definição na realidade da Unidade de Pedopsiquiatria de Ligação do Centro Hospitalar do Porto. Trata-se de uma unidade funcional constituída por uma equipa multidisciplinar composta por médicos pedopsiquiatras, psicólogos e técnicas de Serviço Social, situada em instalações próprias no Hospital Maria Pia. Tem como objectivo fundamental, prestar ao nível da consulta externa ou internamento um apoio psicossocial e psiquiátrico a crianças, e respectivas famílias, que vivenciam uma doença aguda ou que se confrontam com os problemas decorrentes de uma doença crónica. É de realçar o trabalho articulado com outras especialidades, nomeadamente certas consultas específicas.

Na consulta, acompanhei a Dr.^a Zulmira Correia observando patologias frequentes nesta área da pedopsiquiatria.

Quadro V. Patologias observadas na Consulta de Pedopsiquiatria da Ligação.

Patologia/DSM-IV-TR (código)	N	%
Perturbação de adaptação	3	37,5
- Com humor ansioso (309.24)	2	
- Com humor depressivo (309.0)	1	
Perturbação de Humor	1	12,5
- Perturbação depressiva (296)	1	
PHDA (314)	1	12,5
Deficiência Mental Severa (318.1)	1	12,5
Mutismo Selectivo (313.23)	1	12,5
Perturbação Fonológica (315.39)	1	12,5

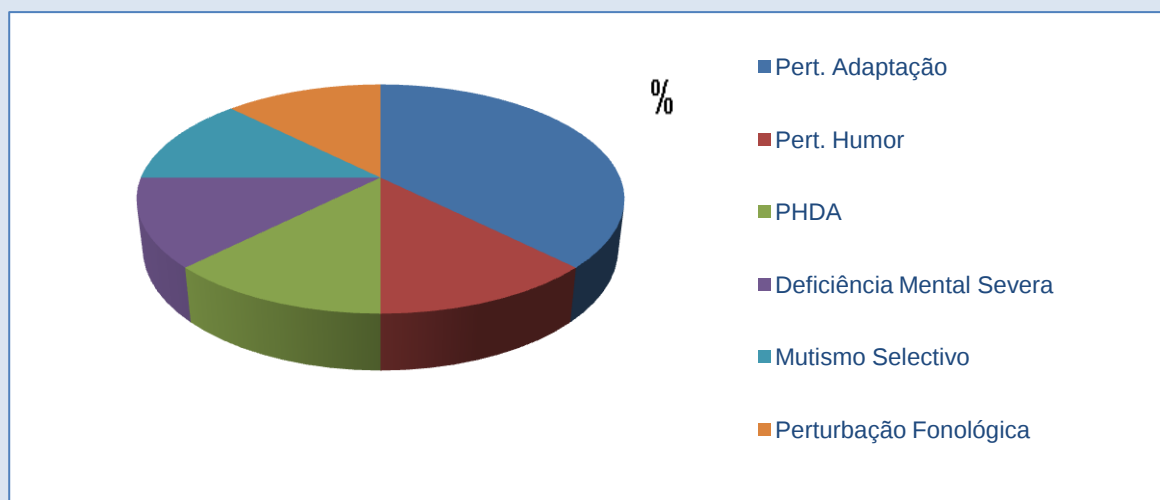


Gráfico IV. Prevalência das patologias observadas na Consulta de Pedopsiquiatria de Ligação.

A patologia mais prevalente na amostra observada foi a Perturbação de Adaptação (37,5%).

2.5. Formação

Ainda no decorrer do estágio, tive a oportunidade de participar numa Formação teórica destinada a Internos Complementares de Medicina Geral e Familiar dada pela Dr.^a Joana Saraiva.

Pretendeu-se com esta formação sensibilizar os futuros médicos de família para as patologias pedopsiquiátricas mais recorrentes, passíveis de se suspeitarem ou detectarem no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Expuseram-se dúvidas sobre como distinguir situações que justifiquem a referenciação à Consulta de Pedopsiquiatria das que não requerem tal abordagem, concordando que em caso de dúvida se deve optar pela referenciação por carta dirigida ao serviço de Pedopsiquiatria.

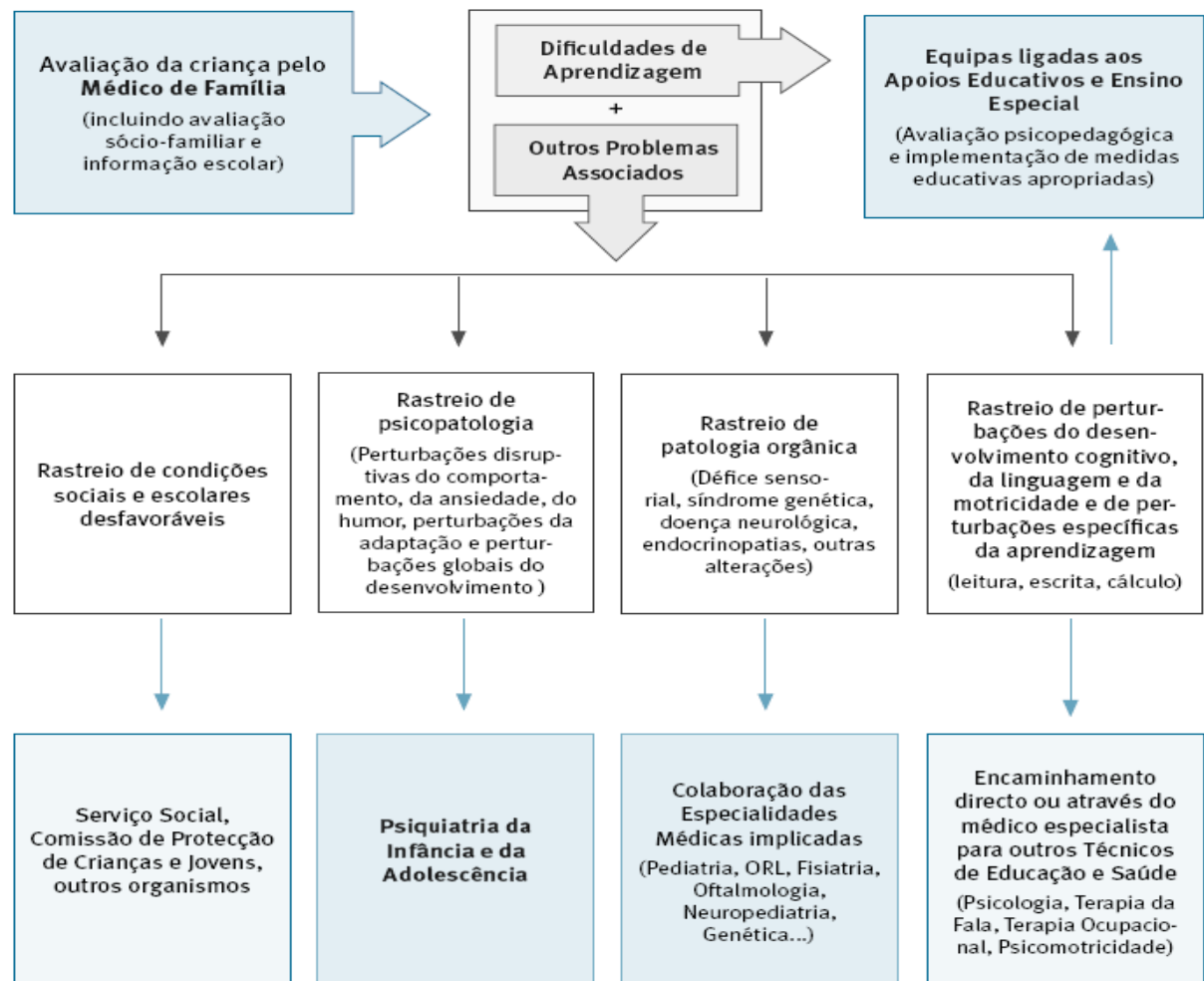


Fig.II. Avaliação e Encaminhamento de Crianças com Dificuldades de Aprendizagem e outros problemas associados.

2.5. Síndrome de Asperger – Análise comparativa

Uma vez que, por casualidade, não tive oportunidade de observar em consulta pacientes com PEA, nomeadamente com Síndrome de Asperger, propus-me analisar processos clínicos de alguns doentes com este Síndrome, no intuito de estabelecer uma análise comparativa da sintomatologia apresentada.

Contextualizando:

Em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger, publicava numa revista médica alemã a descrição de um grupo de pacientes do sexo masculino que apresentavam o que ele chamou de “psicopatia autística”, indicando um transtorno estável de personalidade marcado pelo isolamento social. Apesar de terem as habilidades intelectuais preservadas, as crianças apresentavam uma notável pobreza na comunicação não-verbal, empatia pobre e uma tendência a intelectualizar as emoções, fala prolixa, em monólogo e às vezes incoerente, uma linguagem tendendo ao formalismo, interesses que ocupavam totalmente o foco da atenção envolvendo tópicos inusuais que dominavam o tema de conversação, bem como descoordenação motora (Klin 2006).

Asperger desconhecia que apenas um ano antes, em 1943, Leo Kanner havia publicado um artigo em inglês onde descrevia um quadro clínico mais grave, observado em 11 pacientes da sua clínica em Baltimore, que denominou “distúrbio autístico do contacto afectivo” ou autismo precoce infantil.

Com efeito, estes autores haviam usado o mesmo nome para descrever pessoas substancialmente diferentes, uma vez que os pacientes descritos por Asperger tinham um Q.I. total situado pelo menos dentro da média e não revelavam desenvolvimento tardio da linguagem.

Desde a publicação de Asperger em 1944 até ao início dos anos 80, registaram-se apenas 4 publicações referindo-se à patologia autística da infância, com excepção dos próprios artigos de Asperger (Gillberg, 1998).

Em 1981, a psiquiatra britânica Lorna Wing reconheceu, no seu artigo “Psychological Medecine”, que Asperger descrevia um grupo de pessoas que não satisfazia os critérios de Autismo usados até então, tendo sido a primeira a empregar o termo Síndrome de Asperger. Estudando 34 casos em Inglaterra, destacou características complementares às descritas por Asperger, como a ausência de jogo simbólico e de atenção dirigida.

Desde então o conceito de Autismo evoluiu substancialmente, passando de um quadro clínico preciso e estereotipado a uma patologia com um espectro de gravidade e sintomas variáveis.

Apenas em 1994, a Associação Americana de Psiquiatria e a OMS concordaram que o SA deveria constar dos Sistemas de Classificação Diagnóstica.

Foram-se estabelecendo diversos critérios clínicos de diagnóstico como os do DSM-IV-TR (2000), os de Gillberg & Gillberg (1989), os de Szatmari.

Assim, recorrendo neste caso aos critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR e de Gillberg & Gillberg (1989), bem como às histórias clínicas e aos questionários CAST (Anexo IV) aplicados, pretendeu-se inferir quais as características mais prevalentes nesta amostra aleatória de 12 pacientes com SA seguidos nos Serviços I e II, com idades compreendidas entre os 8 e 17 anos (Quadro VI).

Quadro VI. Dados recolhidos dos processos clínicos de 12 pacientes com SA.

Doentes	Sexo	Idade	CAST Pais	CAST Professores	Q.I. total
1. D.S.R.	Masculino	16 anos	19	-	Dentro da média
2. I.L.R.P.	Masculino	16 anos	19	-	Dentro da média
3. S.M.P.G	Masculino	17 anos	19	-	Acima da média
4. R.M.S.F.R.	Masculino	17 anos	17	-	Dentro da média
5. C.S.V.	Feminino	16 anos	25	-	Acima da média
6. A.S.V.M.	Feminino	16 anos	25	-	Abaixo da média
7. J.S.P.	Masculino	13 anos	25	-	Acima da média
8. C.A.L.D.L.	Masculino	16 anos	24	-	Acima da média
9. E.S.	Feminino	16 anos	17	-	Acima da média
10. J.P.L.M.R.	Masculino	14 anos	29	-	Dentro da média
11. M.J.E.M.	Masculino	9 anos	15	29	Acima da média
12. J.P.L.B.S.	Masculino	8 anos	13	-	Dentro da média

Na amostra estudada 75% dos pacientes eram do sexo masculino e 25% do sexo feminino. 50% dos pacientes revelaram um Q.I. total acima da média, 41,7% dentro da média e apenas 8,3% abaixo da média.

Quanto ao resultado dos CAST preenchidos pelos Pais, 11 dos 12 questionários contabilizaram uma pontuação superior ou igual a 15, diagnóstico de SA (Gráfico V). Apenas um questionário totalizou uma pontuação menor do que 15, havendo no entanto um alto número de respostas inválidas.

No caso do paciente M.J.E.M., cuja pontuação do CAST preenchido pelos pais foi de 15 pontos, dispunha-se igualmente do CAST preenchido pela professora do paciente cujo total foi de 29 pontos.

Esta clara divergência na pontuação vem sublinhar a diferença entre a visão da família, que observa o paciente no contexto familiar, e a visão dos professores, que observam o paciente em contexto escolar, onde as dificuldades de interação com pares bem como outros factores relacionais são consideravelmente mais notórios.

Com efeito, estudos defendem a importância da existência de múltiplas fontes de informação, no processo de diagnóstico de SA (Matilla *et al*, 2007).

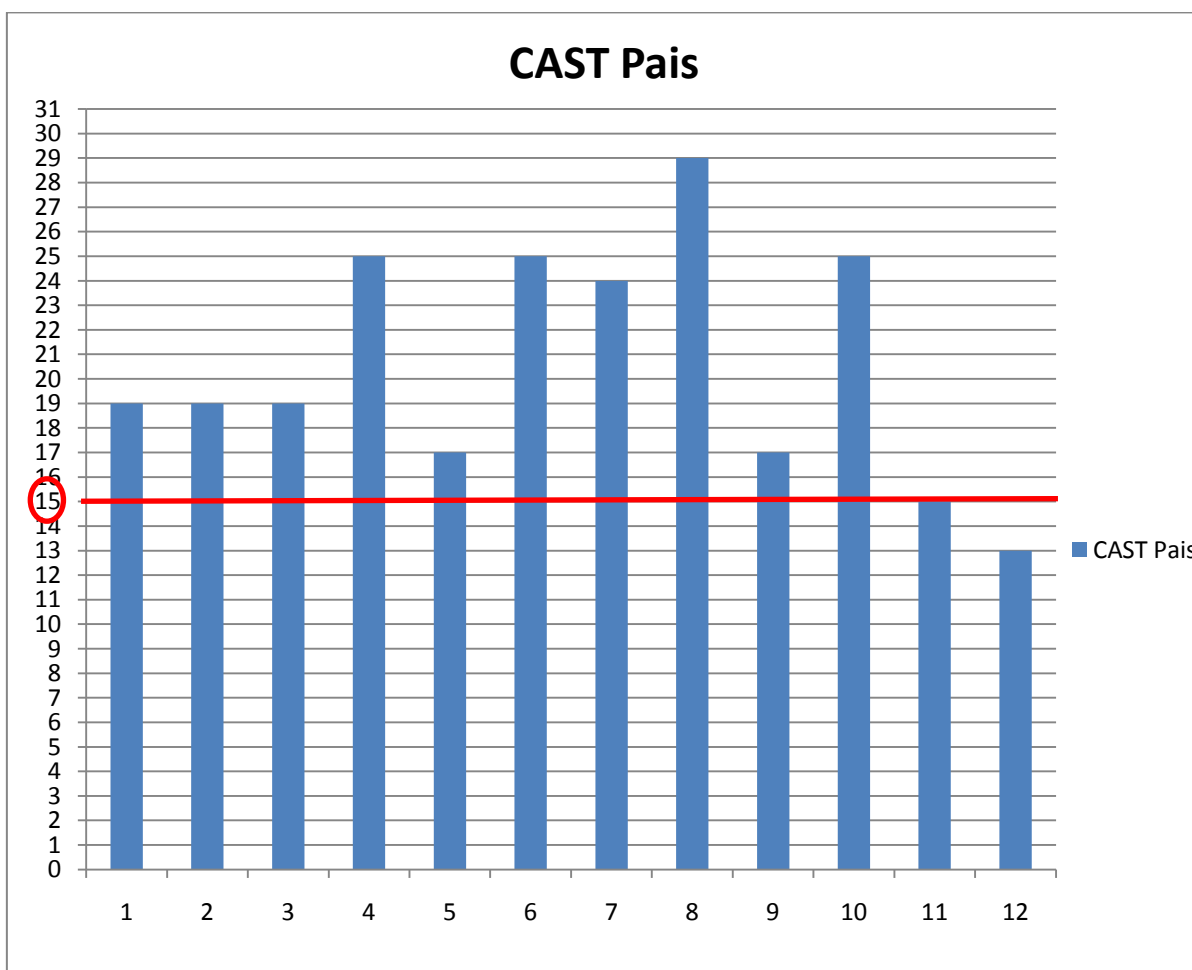


Gráfico V. Pontuação total obtida nos CAST preenchidos pelos pais dos pacientes.

Analisando ainda os CAST, comparando as respostas dadas pelos pais dos pacientes em cada pergunta, é possível realçar os sintomas mais frequentemente identificados nesta pequena amostra de pacientes, de acordo com os critérios de diagnóstico anteriormente referidos.

Observando as perguntas que avaliam a interação social, verifica-se que a maioria das crianças manifesta dificuldades de socialização, nomeadamente, dificuldade em interagir com os pares (83,3%) embora apenas 41,7% apresentem falta de vontade de

interagir com estes; falta de reciprocidade social e emocional (50%), falta de entendimento dos comportamentos sociais (41,7%) e comportamento social e emocional inapropriado (75%).

Em relação à existência de interesses restritos, verificamos que cerca de 83,3% dos pacientes excluem a realização de outras actividades, observando-se adesão repetitiva em (58,3%), memorização sem reflexão (91,7%), rotinas repetitivas sobre si mesmo e sobre os outros (58,3%) bem como maneirismos motores repetitivos ou estereotipados (75%).

A maioria dos pacientes denota problemas de comunicação não-verbal, como dificuldade em manter o contacto ocular (58,3%) e expressões desapropriadas (58,3%).

Relativamente às peculiaridades da fala e linguagem, apenas 16,7% dos pacientes apresentaram desenvolvimento tardio. Cerca de 58,3% dos pacientes possui um tom de voz ou fala invulgar, e 83,3% manifesta dificuldades de compreensão e interpretação errada de sentidos literais/implícitos.

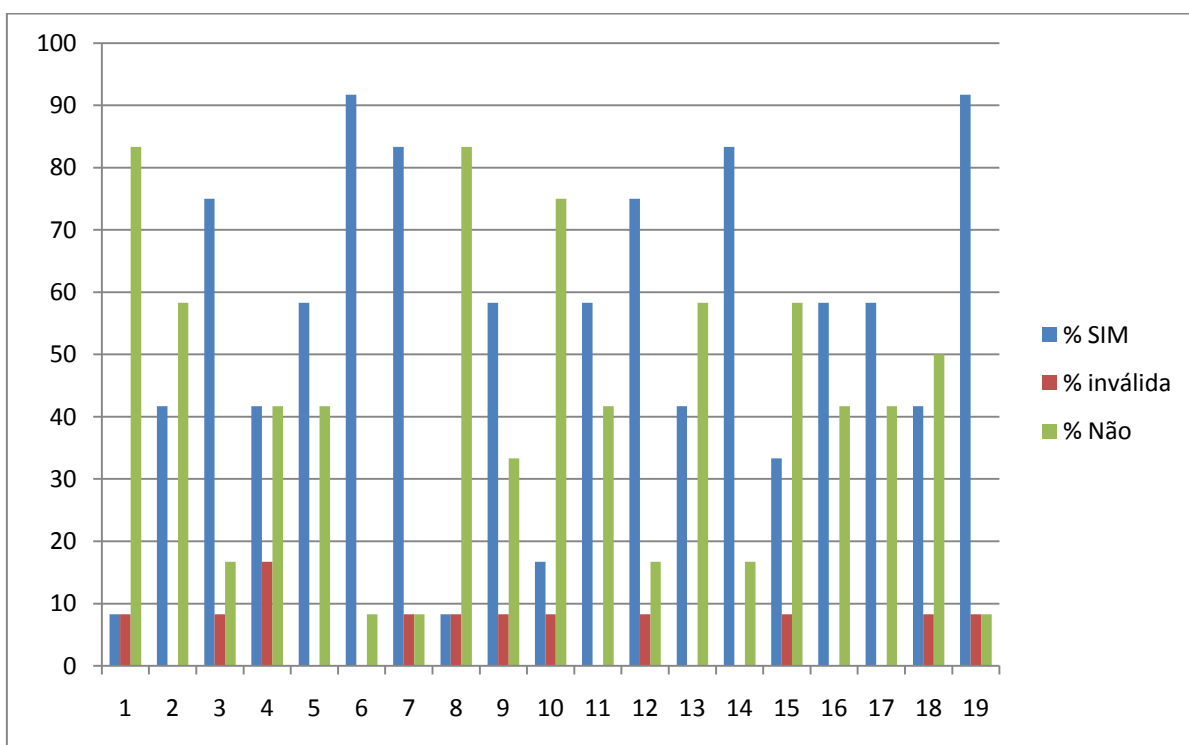


Gráfico VI. Respostas obtidas em cada pergunta do CAST – Pais (Pergunta 1 à 19).

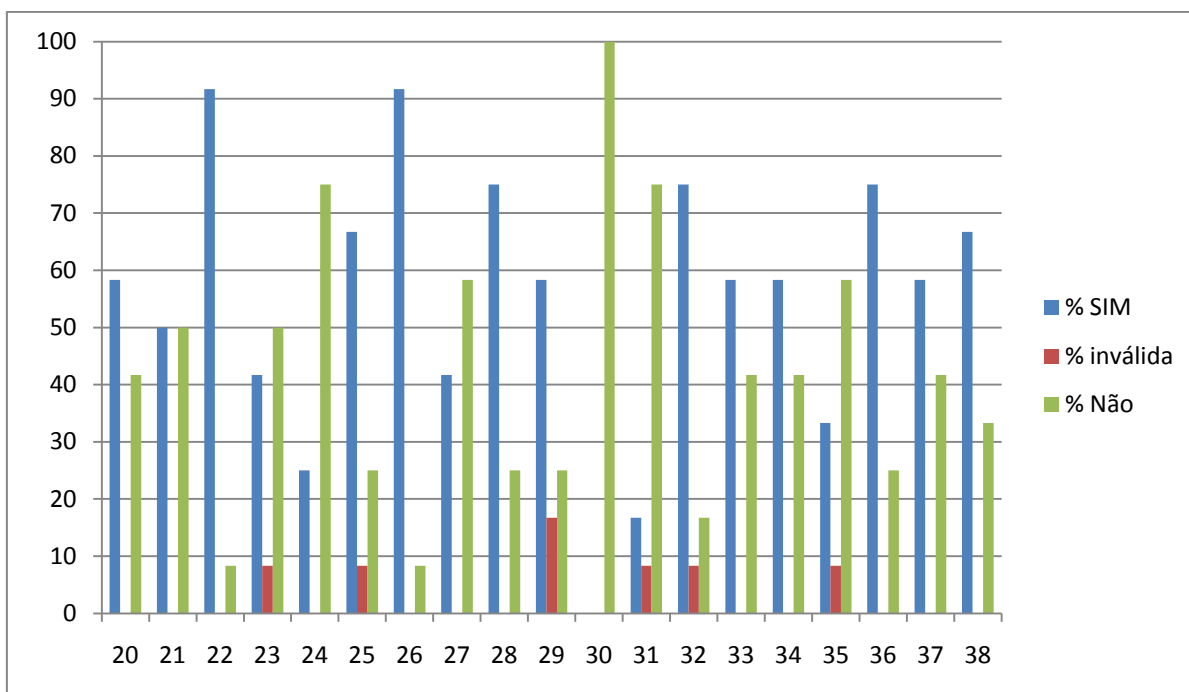


Gráfico VII. Respostas obtidas em cada pergunta do CAST – Pais (Pergunta 20 à 38).

Sintetizando...

Nesta amostra (N=12), havia um claro **predomínio do sexo masculino** em relação ao sexo feminino (3:1), o que está de acordo com a literatura que aponta no entanto para ratios da ordem de 4:1.

91,7% dos pacientes tinham um **QI dentro ou acima da média**, característica típica do SA e que o distingue do Autismo Clássico.

A maioria dos pacientes apresentava marcadas **dificuldades de socialização** revelando comportamento social e emocional inapropriado, em parte resultado da falta de entendimento dos comportamentos sociais.

Apresentavam também **interesses restritos** e adesão repetitiva, associados a uma memorização sem reflexão e a maneirismos motores repetitivos e estereotipados.

Manifestavam igualmente **problemas de comunicação não verbal**, empregando expressões desapropriadas.

Em relação às peculiaridades da fala e linguagem, a maioria dos pacientes **não apresentava desenvolvimento tardio da linguagem**, revelando no entanto uma acentuada dificuldade na compreensão e interpretação de sentidos literais/implícitos, e por vezes um tom de voz ou uma forma de falar invulgar.

Desta forma, a partir de dados provenientes da clínica médica foi possível agrupar os sintomas que compõem a “constelação” que é o SA.

Conclusões

O desenvolvimento psicoafectivo e maturativo da criança faz-se por etapas interdependentes, pelo que cada uma delas representa uma pequena peça do puzzle intricado que é a construção da sua saúde mental.

Torna-se então imperativo cumprir as orientações da OMS e da Conferência de Helsínquia, promovendo a saúde mental das crianças e adolescentes.

É, dessa forma, essencial estar atento aos sinais de risco que precocemente se manifestam no comportamento infanto-juvenil, visto que intervenções psicoterapêuticas atempadas podem evitar situações crónicas ou de difícil solução.

Graças a este estágio, pude familiarizar-me com as patologias mais prevalentes nesta faixa etária, bem como consolidar os conhecimentos teóricos sobre as intervenções farmacológicas e comportamentais mais adequadas.

Pude também testemunhar o contexto único da consulta em Pedopsiquiatria, aprendendo a gerir a dinâmica existente entre médico, paciente e cuidador.

Por outro lado, a realização duma análise comparativa de casos clínicos de Síndrome de Asperger, permitiu-me trabalhar de forma mais próxima com instrumentos de diagnóstico, como o Questionário CAST, e com sistemas de classificação, como o DSM-IV-TR.

Os objectivos inicialmente propostos, foram assim amplamente atingidos, pelo que me foi possível complementar a escassa formação de que dispus nesta área, ao longo do curso.

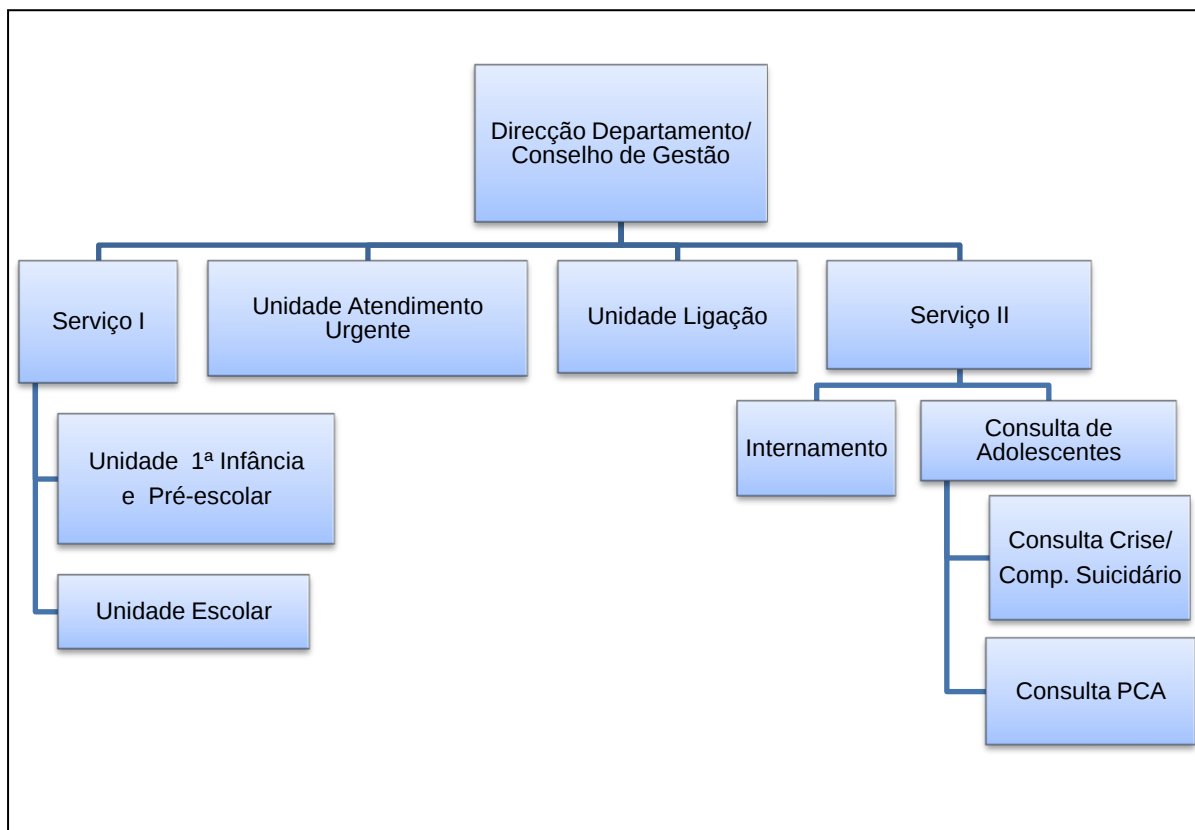
Terminado o estágio, alegro-me por ter optado por um estágio em Pedopsiquiatria, já que este constituiu, inequivocamente, uma mais-valia na minha formação enquanto futura médica e possível pediatra.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised. 2000. American Psychiatric Publishing Inc.; Washington, DC.
- Atwood T. Asperger Syndrome. 2006. Jessica Kingsley Ltd.
- Baron-Cohen S. Autism and Asperger Syndrome. 2008. Oxford University Press.
- Buisson MR. La Pédiopsychiatrie : Prévention et prise en charge. 2010. Conseil économique, social et environnemental – République Française.
- Bowler DM. "Theory of mind" in Asperger's syndrome. J. Child Psychology. 1992; 33: 877-893.
- Confraria L, Correia Z. Que futuro para a Pedopsiquiatria? NM, 2006; 26: 27- 29
- Desombre H, Malvy J, Wiss M. La Pédiopsychiatrie de liaison – Organisation et missions. 2004. Masson, Paris.
- Doyle J, Bryant-Waugh. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. 2000. 2nd Ed. Psychology Press, East Sussex, UK.
- Elia J, Ambrosini P, Berretini W. ADHD characteristics I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2008, 2:15.
- Gillberg C. Asperger syndrome and high-functioning autism. British Journal of Psychiatry, 1998; 172: 200-209.
- Gillberg C. & Gillberg C. Asperger syndrome- some epidemiological considerations: a research note. J. Child Psychology Psychiatry, 1989; 30: 631-639.
- Houzel D. L'examen psychiatrique. Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1985 ; 1 : 351-364. PUF. Paris
- Klin A, Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(1): 3-11.
- Klin A, Pauls D, Schultz R, Volkmar F. Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. J Autism Dev Disord. 2005; 35(2): 221-34.
- Lenoir P, Hameury L, Wiss M. La Psychiatrie de consultation-liaison en pédiatrie. Rev Med Tours 2000; 34 : 148-58.
- Lenoir P, Maloy J, Desombre H, Abert B, Ould Taleb M, Sauvage D. La psychiatrie de liaison en pédiatrie : ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. J Neur Enf, 2009 ; 57 (1) : 75-84.

- Matilla ML, Kielinen M, Jussila K, Linna S, Bloigu R, Ebeling H, Moilanen I. An Epidemiological and Diagnostic Study of Asperger Syndrome According to Four Sets of Diagnostic Criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007; 46(5):636-646.
- Misès R, Epelbaum C. La pédopsychiatrie. *Ann Méd Psychol*, 2002; 160:779-783.
- Nabuco de Abreu C, Cangelli Filho R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa - abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev. Psiq. Clin*, 2004; 31 (4); 177-183.
- Razera G. Hiperactividade Eficaz. Instituto Internacional de Projeciologia e Conscienciologia, 2001. Rio de Janeiro.
- Russell, GFM. *Modern Trends in Psychological Medicine*. 1970. ed.J. H. Price. London, Butterworth.
- Shmidt G, Bouvet M, Hincky MO. *Secteur de Psychiatrie infantojuvénile*. 2008. EMC
- Teiga R, Vilela L, Sara P, Tavares S, Soeiro D, Saraiva J, Guerra J, Baltasar JC, Confraria L, Queirós O, Diz A, Monteiro P. Internamento de Pedopsiquiatria. 2010, XXI Encontro Nacional de Pedopsiquiatria, Beja.
- Teles A, Figueiredo R, Graça T. Hospital de Dia – Análise Retrospectiva de 8 anos de actividade. *Nascer e Crescer*, 2005; 14 (2): 84-88.
- Winnicott DW. *La consultation thérapeutique et l'enfant*. 1971. Gallimard. Paris.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*, 1993. Geneva.

ANEXOS



Anexo I. Organograma do departamento

ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES – VERSÃO REVISTA (FORMA REDUZIDA)

(Keith Connors, PhD. - 1997)

Tradução e Adaptação para investigação de Ana Nascimento Rodrigues - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana

Nome da Criança:				Sexo:		F	M
Data de Nascimento:				Idade:		Ano Escolaridade:	
Nome do professor:				Data de preenchimento:			
Observações				Código:			

Abaixo estão descritos os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: "Com que frequência isto aconteceu no último mês?", e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar **0**. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente, marque **3**. Pode marcar **1 ou 2** para classificações entre um e outro. Por favor responda a todos os itens.

	NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

Anexo II. Escala de Connors para Professores.

Hospital de Crianças Maria Pia
Departamento de Pedopsiquiatria

Terapia da Imagem Corporal

Nome : Sessão nº

Nº processo: Idade: Data:...../...../.....

Percentagem de tempo diário ocupada com pensamentos relacionados com a doença:%

Diagnóstico Médico:

Peso:kg Altura: m Grupo:.....

Barriga ☐

Coxa ☐

O que pensa que é:

O que pensa que é:

O que quer ser:

O que quer ser:

O que é:

O que é:

Outro

Outro:

O que pensa que é:

O que pensa que é:

O que quer ser:

O que quer ser:

O que é:

O que é:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Enfª Dalila Esteves

Questionário de desenvolvimento social e de comunicação do CAST

Por favor leia as seguintes questões cuidadosamente e assinale a resposta apropriada.
Todas as respostas são confidenciais.

	Sim	Não
1- Integra-se facilmente em jogos com outras crianças?		
2- Vem ter consigo espontaneamente para conversar?		
3- Já falava aos 2 anos de idade?		
4- Gosta de desporto?		
5- É importante para ele/ela sentir-se integrado no grupo de pares?		
6- Parece-lhe que ele/ela repara em detalhes invulgares que as outras pessoas não notam?		
7- Tem tendência a entender as coisas literalmente?		
8- Quando tinha 3 anos passava muito tempo a brincar ao faz-de-conta (fazer de conta que é um super-herói, dar de comer às bonecas)?		
9- Gosta de repetir as coisas muitas vezes, sempre da mesma maneira?		
10- Tem facilidade em interagir com outras crianças?		
11- Consegue manter um diálogo?		
12- Consegue ler de forma adequada à sua idade?		
13- Tem interesses maioritariamente semelhantes aos das crianças da sua idade?		
14- Tem algum interesse que lhe ocupe tanto tempo, de modo que não lhe permita fazer muito mais?		
15- Tem amigos verdadeiros, que não sejam apenas conhecidos?		
16- Mostra-lhe frequentemente coisas que lhe interessam?		
17- É brincalhão?		
18- Tem dificuldades em compreender as regras de um comportamento educado?		
	Sim	Não
19- Parece ter uma memória invulgar para pormenores?		
20- Tem uma voz invulgar (muito “adulta”, neutra ou muito monótona)?		
21- As pessoas são importantes para ele/ela?		
22- Consegue vestir-se sozinho/a?		
23- Tem facilidade em intervir numa conversa quando chega a sua vez?		
24- Brinca com as outras crianças usando a imaginação e é capaz de representar papéis (brincar ao faz-de-conta)?		
25- Diz ou faz frequentemente coisas que revelam falta de tacto ou desadequação social?		
26- Consegue contar até 50 sem deixar escapar nenhum número?		
27- Tem um contacto ocular normal?		
28- Tem movimentos invulgares ou repetitivos?		
29- O seu comportamento social é muito unilateral e sempre nos seus próprios termos?		
30- Por vezes diz “tu” ou “ele/ela”, quando quer dizer “eu”?		
31- Prefere actividades imaginativas como peças de teatro ou contar histórias em vez de números ou listas de factos?		

32- Por vezes perde a atenção do ouvinte por não explicar de que é que está a falar?		
33- Consegue andar de bicicleta (mesmo que seja com “rodinhas”)?		
34- Tenta impor rotinas a si próprio ou aos outros de uma forma que causa problemas?		
35- Preocupa-se com a forma como é visto/a pelo resto do grupo?		
36- Muda frequentemente o tema da conversa para os seus assuntos preferidos, em vez de seguir o assunto de que a outra pessoa quer falar?		
37- Utiliza frases estranhas ou invulgares?		
<u>Secção de necessidades especiais</u> Por favor complete apropriadamente:		
	Sim	Não
38- Algum professor ou técnico de saúde mostrou preocupação a respeito do seu desenvolvimento?		
Se respondeu sim, por favor especifique:		
39- Alguma vez recebeu alguns dos seguintes diagnósticos?		
	Sim	Não
Atraso da linguagem		
Perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA)		
Dificuldades auditivas ou visuais		
Perturbação do Espectro do Autismo, incluindo Síndrome de Asperger		
Deficiência física		
Outro (por favor especifique)		
.....		
Tem mais algum comentário a respeito da criança?		

Anexo IV. Questionário CAST.