

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**



Caso complexo Wilson

Fundamentação teórica
Transtornos mentais na infância



TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA

Ivete Gattás

Impacto do abuso sexual no desenvolvimento infantil

O abuso sexual intrafamiliar é o abuso mais frequente e que apresenta consequências mais danosas às vítimas (FLORES; CAMINHA, 1994). Aproximadamente 50% dos abusos são cometidos por membros da família (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Estudo sobre incesto (COHEN, 1993) revelou que o pai era o abusador em 41,6% dos casos, seguido por padrasto (20,6%), tio (13,8%), primo (10,9%) e irmão (3,7%).

As consequências do abuso sexual são múltiplas (BLANCHARD, 1996), sendo que seus efeitos físicos e psicológicos podem ser devastadores e perpétuos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Como em todos os tipos de abuso, muitas vezes pode ser difícil saber até que ponto o prejuízo originou-se especificamente do abuso e até que ponto deveu-se ao convívio em famílias geralmente desorganizadas e desordenadas. Embora estudos de prognósticos em populações clínicas provavelmente deixem de fora indivíduos que são resistentes às experiências abusivas (resilientes), servem para enfatizar os danos provocados e tipicamente mostram uma variedade de consequências negativas que geralmente permanecem por muitos anos.

Em termos emocionais, as vítimas muitas vezes sentem-se culpadas pelo abuso, especialmente se acabaram gostando das experiências de excitação sexual. Elas podem experimentar uma sensação de impotência em resposta à sua incapacidade de impedir as repetidas invasões de seu corpo. Também podem achar impossível confiar nos outros, especialmente nas pessoas mais velhas do sexo do perpetrador. O trauma do abuso pode levar à falta de sono, de apetite, outras queixas somáticas e comportamento autodestrutivo. Francos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático podem estar presentes, com pensamentos intrusivos relacionados com o processo real de abuso e evitação de pessoas e lugares associados. A autoestima é geralmente muito baixa, com sentimentos predominantes de nojo, contaminação, sujeira e falta de valor.

O desamparo e a falta de esperança são frequentes e muitas vezes com um elemento de raiva. A incidência de depressão é consideravelmente elevada.

Em termos comportamentais, desobediência crônica, agressividade, provocação e atitudes antissociais são observadas em ambos os sexos após o abuso, mas principalmente em meninos. As meninas são mais propensas a comportamentos autoagressivos, como se cortarem, queimarem-se com cigarros e ter respostas anoréxicas. Uma proporção de crianças demonstra comportamento sexualizado inadequado para o seu nível de desenvolvimento, inclusive contato sexual ou brincadeiras com outros adultos ou crianças e comportamento sedutor em relação a estranhos, como os funcionários de abrigos, orfanatos ou unidades de internos. Pode haver masturbação aberta persistente em público. Conforme crescem, podem inclinar-se à prostituição. Os meninos que passam por experiências de abuso homossexual frequentemente demonstram confusão e ansiedade sobre sua identidade sexual. A proporção daqueles que continuam a ser sexualmente abusivos com outros é incerta, mas está claro que é uma minoria (GOODMAN; SCOOT, 2004).

- **Sintomas comumente presentes nas vítimas de abuso sexual, segundo Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor (1993):**
 - **Pré-escolares (0-6 anos):** ansiedade, pesadelos, TEPT, comportamento sexual inapropriado;
 - **Escolares (7-12 anos):** medo, agressão, pesadelos, problemas escolares, hiperatividade e comportamento opositivo;
 - **Adolescentes (13 a 18 anos):** depressão, isolamento, comportamento suicida, autoagressão, queixas somáticas, atos ilegais, fugas, abuso de substâncias e comportamento sexual inapropriado para a idade;
 - **Sintomas comuns às três fase:** pesadelos, depressão, retraimento, comportamento agressivo.
- **Fatores que influenciam o dano psicológico causado por essa experiência, segundo Furnis (1993) e Knutson (1995), o grau de severidade dos efeitos do abuso sexual varia com:**
 - **Idade da criança no início do abuso:** Os estudos de impacto do abuso sexual de acordo com a idade na qual ele ocorre não demonstram nenhum período claro em que seja menos danoso;
 - Grau de violência;
 - Duração do abuso;
 - Diferença de idade entre a pessoa que cometeu abuso;

- Importância da relação entre abusador e vítima (quanto maior a proximidade, piores as consequências);
- Ausência de figuras parentais protetoras e de apoio social;
- Grau de segredo e ameaças contra a criança;
- Eventos posteriores, como ser retirado do lar da família para um ambiente residencial disruptivo (abrigo, por exemplo).
- **Wright e Scalora (1996) acrescentam os seguintes fatores:**
 - Saúde emocional prévia da criança;
 - Tipo de atividade sexual;
 - Vários tipos de abuso sexual cometidos;
 - Resposta negativa da família, como a descrença por um dos pais, tipicamente da mãe. Cerca de um terço das meninas que sofreram sério abuso não é apoiada por suas próprias mães, que podem negar que o abuso tenha ocorrido (apesar das claras evidências em contrário) e preferem ficar com os perpetradores, rejeitando assim suas filhas.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Caracterizado pela presença de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um problema de saúde importante, cujas implicações abrangem diversas áreas de funcionamento do indivíduo (APA, 2004).

O TDAH é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes na infância, estimando-se prevalência de 6,5% entre crianças de idade escolar e de 2,7% entre adolescentes e adultos (POLANCZYK et al., 2007). Se considerarmos casos subclínicos, essas taxas são ainda mais elevadas.

Os problemas mais comumente enfrentados são baixo desempenho acadêmico e profissional e as relações interpessoais.

Ao contrário do que se pensava anteriormente, quando não tratados adequadamente, os sintomas de TDAH podem persistir até a idade adulta, causando graves prejuízos tanto educacionais quanto ocupacionais, além de acidentes de trânsito, comportamentos aditivos, prejuízos interpessoais e grande impacto em vários aspectos da qualidade de vida dos pacientes.

Ao calcular os custos dos prejuízos relacionados ao TDAH, Birbaun et al. (2005) estimaram uma carga financeira para pacientes e suas famílias da ordem de 31,6 bilhões de dólares para o ano 2000. Portanto, fica cada vez mais evidente a necessidade de identificação precoce de pacientes com TDAH e seu tratamento adequado.

O diagnóstico é clínico e se baseia, fundamentalmente, na identificação dos sintomas atuais, no caso de crianças e na combinação entre sintomas atuais e história progressiva, no caso de adultos. Deve ser baseado também em informações cuidadosas sobre o funcionamento de pessoa em vários ambientes, como casa, escola/trabalho e com amigos/cônjuge.

Além da identificação do problema principal, deve-se obter outros dados de anamnese, incluindo a investigação sobre os contextos familiar e social, sobre os antecedentes patológicos (individuais e familiares), sobre o desempenho do indivíduo nos diversos ambientes e sobre o grau de sofrimento psíquico ou o prejuízo nas áreas comprometidas.

A utilização de escalas psicométricas complementares (por exemplo, SNAP IV ou ASRS) é útil para se avaliar a gravidade de sintomas.

De acordo com o Manual Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), para o diagnóstico, é necessário que os sintomas tenham estado presentes por um período mínimo de seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tenham começado antes dos 7 anos de idade (APA, 2004).

Segundo o DSM-IV, o TDAH é dividido em três subtipos: subtipo predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e combinado (APA, 2004).

Condições comórbidas são bastante comuns. Estima-se que cerca de 70% dos pacientes com TDAH apresentem ao menos um outro diagnóstico comórbido, que 32% tenham no mínimo dois transtornos psiquiátricos e que 11% tenham três ou mais diagnósticos (BARKLEY et al., 2008).

A ocorrência simultânea do TDAH e de diferentes problemas como ansiedade, depressão, transtornos de aprendizagem, uso/abuso de drogas, problemas de personalidade ou do comportamento pode ser vista mais como regra que como exceção.

Diferentemente de outros transtornos psiquiátricos, por exemplo, a esquizofrenia, em que há evidente quebra da normalidade, o TDAH pode ser mais bem entendido como um problema dimensional. As três características clínicas do transtorno fazem parte do comportamento de indivíduos normais. É possível alocar qualquer pessoa em algum

ponto das seguintes dimensões: 1) atenção-desatenção, 2) quietude-hiperatividade, 3) moderação-impulsividade. Para caracterizar tais sintomas como problema médico, eles devem estar presentes com uma intensidade maior do que é visto em indivíduos normais da mesma faixa etária e devem trazer sofrimento significativo, assim como acarretar piores desfechos clínicos a longo prazo.

A idade de início parece ter um papel importante para a definição do perfil sintomatológico e das comorbidades. Sabe-se que pacientes que iniciaram o TDAH precocemente (antes dos 7 anos de idade) apresentam mais sintomas de hiperatividade e impulsividade, e o seu perfil de comorbidades na vida adulta será mais propenso a transtornos externalizantes (Transtorno de conduta e por uso de substâncias). Pacientes com início dos sintomas após os 7 anos apresentam predominância de sintomas de desatenção e um perfil de comorbidades mais internalizantes (transtornos de humor- depressão e de ansiedade).

As comorbidades pioram o prognóstico de TDAH quando não tratadas.

Ter TDAH na maioria das vezes é um fardo para o paciente, seus familiares e a sociedade. Ter TDAH e Transtorno de oposição e desafio agrava mais o problema, porém ter TDAH e Transtorno de conduta torna o prognóstico muito mais reservado em decorrência das consequências do possível desenvolvimento de Transtorno de Personalidade Antissocial na idade adulta.

O tratamento precoce do TDAH parece prevenir as consequências na vida adulta. Isso já foi observado com relação ao abuso e à dependência de substâncias, em que o tratamento farmacológico reduz a incidência dessa comorbidade no mesmo nível dos controles.

Referências

- American Psychiatric Association-APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.ed.** (DSM-IV). Washington DC. American Psychiatric Association, 2004.
- BARKLEY, R.A; MURPHY, K. R; FISCHER M. **ADHD in adults: What the science says.** New York. The Guilford Press, 2008.
- BIRBAUN et al. **Costs of Attention-Deficit-Hyperactivity disorder in the United States: excess costs of person with ADHD and their family members in 2000.** *Curr Med Res Open*, 2005; 47(6):565-72.
- BLANCHARD, J. **Sexual exploitation.** Trabalho apresentado no Congresso Against the Sexual Exploitation of Children, Brasília, Brasil, 1996.
- COHEN, C. **O incesto, um desejo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
- FINKELHOR, D. **The international epidemiology of child sexual abuse.** *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417, 1994.
- FLORES, R. Z., & CAMINHA, R. M. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto.** *Revista de Psiquiatria do RS*, 16, 158-167, 1994.
- FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar. Manejo, terapia e intervenção legal integrados.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GOODMAN, R; SCOOT, S. **Psiquiatria Infantil,** Editora Roca, 2004.
- KAPLAN. H. I; SADOCK, B. J; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** (7a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KENDALL-TACKETT, K. A; WILLIAMS, L. M; FINKELHOR, D. **Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies.** *Psychological Bulletin*, 113, 164-180, 1993.
- KNUTSON, J. F. **Psychological characteristics of maltreated children: Putative risk factors and consequences.** *Annual Review of Psychology*, 46, 401-431, 1995.

POLANCZYK, G; LIMA, M.S; HORTA, B.L; BIEDERMAN, J; ROHDE, L.A. **The world wide prevalence of ADHA: A systematic review and Metaregression Analysis.** Am J Psychiatry 2007;164:942-8.

WRIGHT, G. F., & SCALORA, M. J. **Child Maltreatment.** Lincoln: University of Nebraska, Center on Children, Families and the Law, 1996.