

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA A DISTÂNCIA  
Portal Educação

CURSO DE  
**PSICOPATOLOGIA DA INFÂNCIA E  
ADOLESCÊNCIA.**



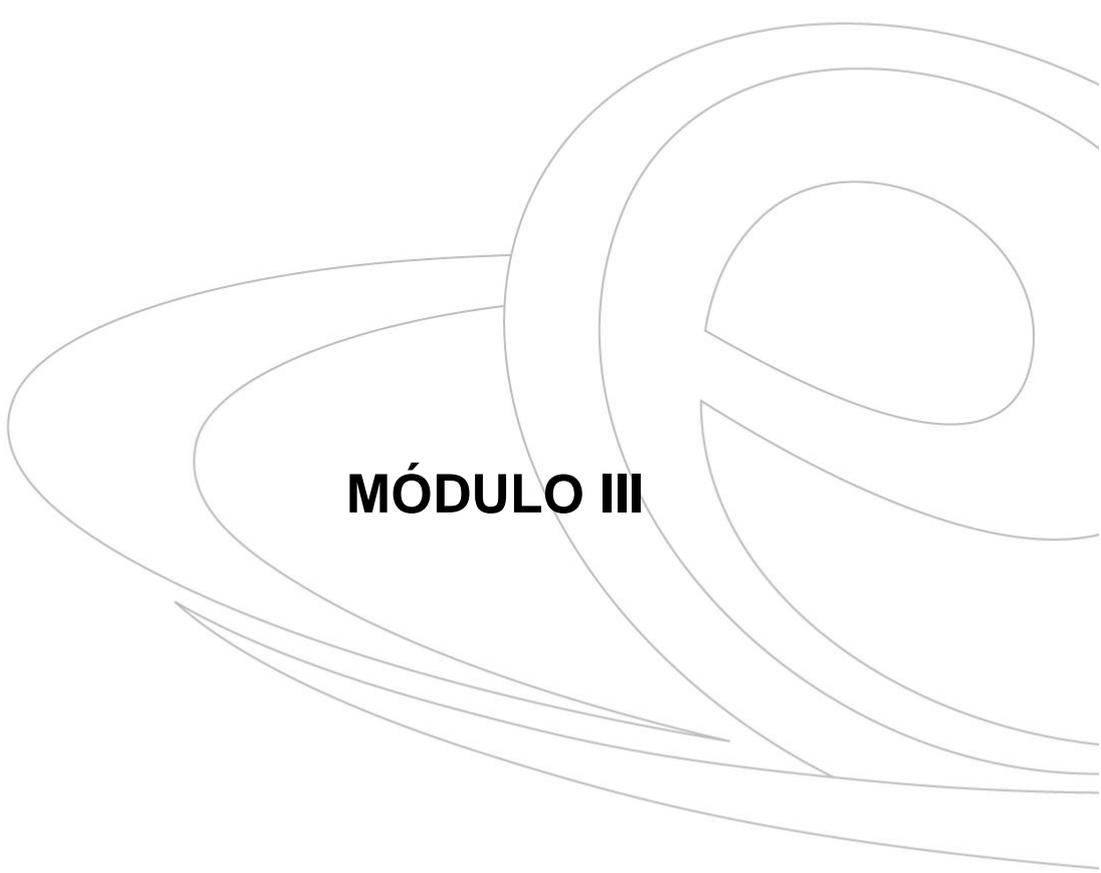
Portal Educação

**Aluno:**

EaD - Educação a Distância Portal Educação



CURSO DE  
**PSICOPATOLOGIA DA INFÂNCIA E  
ADOLESCÊNCIA.**



**MÓDULO III**

Atenção: O material deste módulo está disponível apenas como parâmetro de estudos para este Programa de Educação Continuada. É proibida qualquer forma de comercialização ou distribuição do mesmo sem a autorização expressa do Portal Educação. Os créditos do conteúdo aqui contido são dados aos seus respectivos autores descritos nas Referências Bibliográficas.



## MÓDULO III

### 9 TRANSTORNO DE CONDUTA

#### 9.1 INTRODUÇÃO

O transtorno da conduta é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância, sendo um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra infantil (ROBINS, 1991). Devemos pontuar que este não deve ser confundido com o termo “distúrbio da conduta”, empregado no Brasil de maneira abrangente e inespecífica para definir problemas de saúde mental que causam incômodo no ambiente escolar e/ou familiar.

Por exemplo, crianças e adolescentes desobedientes, com dificuldade para aceitar limites e regras, e que desafiam a autoridade de pais ou professores, costumam ser encaminhados aos serviços de saúde mental devido a “distúrbios da conduta”. Entretanto, os jovens que apresentam tais distúrbios nem sempre preenchem critérios para a categoria diagnóstica “transtorno da conduta”, portanto, o termo “distúrbio da conduta” não é adequado para representar diagnósticos psiquiátricos.

Os transtornos de conduta são caracterizados por padrões persistentes de conduta agressiva, dissocial ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente, e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais).



# Portal Educação

Quando as características de um transtorno de conduta são sintomáticas de outra afecção psiquiátrica, é este último diagnóstico o que deve ser codificado (OMS, 1993).

## 9.2 EPIDEMIOLOGIA

No Canadá, o transtorno da conduta atinge 5,5% dos indivíduos da população geral com idade entre 4-16 anos, com taxas variando de 1,8% (meninas de 4-11 anos) a 10,4% (meninos de 12-16 anos). O transtorno da conduta é mais frequente no sexo masculino, independentemente da idade, e em crianças maiores (12-16 anos) comparadas às menores (4-11 anos), independentemente do sexo (OFFORD, 1989; 1991).

## 9.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico tem como base a presença de condutas do seguinte tipo: crueldade com relação a outras pessoas ou a animais; manifestações excessivas de agressividade e de tirania; condutas incendiárias; destruição dos bens de outrem; roubos; cabular aulas e fugir de casa; mentiras repetidas; crises de birra e de desobediência, anormalmente, frequentes e graves. A presença de manifestações nítidas de um dos grupos de conduta precedentes é suficiente para o diagnóstico, mas atos dissociados e isolados não o são (OMS, 1993).

Na base deste transtorno está a permanente tendência para apresentar comportamentos que perturbam e incomodam, além do envolvimento em atividades perigosas e até mesmo ilegais. Esses jovens não aparentam sofrimento psíquico ou constrangimento com as próprias atitudes e não se importam em ferir os sentimentos das pessoas ou desrespeitar seus direitos.



Assim sendo, seu comportamento acarreta maior impacto nos outros do que em si mesmo. Os comportamentos antissociais tendem a persistir, parecendo faltar à capacidade de aprender com as consequências negativas dos próprios atos (EARLS, 1994).

Seu quadro clínico é caracterizado por comportamento antissocial persistente, com violação de normas sociais ou direitos individuais.

## **Critérios Diagnósticos para F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**A.** Um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros, normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade, manifestado pela presença de três (ou mais) dos seguintes critérios nos últimos 12 meses, com pelo menos um critério presente nos últimos seis meses:

**- Agressão a pessoas e animais**

- (1) frequentemente provoca, ameaça ou intimida outros;
- (2) frequentemente inicia lutas corporais
- (3) utilizou uma arma capaz de causar sério dano físico a outros (por exemplo, bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo) ;
- (4) foi fisicamente cruel com pessoas;
- (5) foi fisicamente cruel com animais;
- (6) roubou com confronto com a vítima (por exemplo, bater carteira, arrancar bolsa, extorsão, assalto à mão armada) ;
- (7) forçou alguém a ter atividade sexual consigo;

**- Destruição de propriedade**

- (8) envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndio com a intenção de causar sérios danos;
- (9) destruiu deliberadamente a propriedade alheia (diferente de provocação de incêndio);

**- Defraudação ou furto**

- (10) arrombou residência, prédio ou automóvel alheios;
- (11) mente com frequência para obter bens ou favores ou para evitar obrigações legais (isto é, ludibria outras pessoas);
- (12) roubou objetos de valor sem confronto com a vítima (por exemplo, furto em lojas, mas sem arrombar e invadir; falsificação);

**- Sérias violações de regras**

- (13) frequentemente permanece na rua à noite, apesar de proibições dos pais, iniciando antes dos 13 anos de idade;
- (14) fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou lar adotivo (ou uma vez, sem retornar por um extenso período);
- (15) frequentemente gazeteia à escola, iniciando antes dos 13 anos de idade;

**B.** A perturbação no comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

**C.** Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para o Transtorno da Personalidade Antissocial.

Especificar tipo com base na idade de início:

- Tipo com Início na Infância: Início de pelo menos um critério característico de Transtorno da Conduta antes dos 10 anos de idade.

- Tipo com Início na Adolescência: ausência de quaisquer critérios característicos de Transtorno da Conduta antes dos 10 anos de idade.

Especificar gravidade:



- Leve: poucos problemas de conduta, se existem, além daqueles exigidos para fazer o diagnóstico, e os problemas de conduta causam apenas um dano pequeno a outros.
- Moderado: número de problemas de conduta e efeito sobre outros são intermediários, entre “leve” e “severo”.
- Severo: muitos problemas de conduta além daqueles exigidos para fazer o diagnóstico ou problemas de conduta que causam dano considerável a outros.

FONTE: DSM-IV, 1994.

Diagnósticos diferenciais incluem os transtornos reativos a situações de estresse e comportamento antissocial decorrente de quadros psicóticos (por exemplo, episódio maníaco) (APA, 1994). Crianças vítimas de violência doméstica podem apresentar comportamentos antissociais como reação a situações de estresse e adolescentes em episódio maníaco podem furtrar, falsificar assinaturas em cheques ou provocar brigas com luta corporal em decorrência da exaltação do humor e não devido a transtorno da conduta.

## 9.4 ETIOLOGIA

A etiologia do transtorno de conduta é provavelmente heterogênea, havendo um consenso geral de que as vulnerabilidades neuropsiquiátricas intrínsecas associadas com estressores ambientais específicos, em particular um ambiente familiar abusivo, podem resultar em transtorno de conduta (VITIELLO, 1999). Entretanto, existem discussões sobre a importância dos fatores:

- *Fatores Parentais;*
- *Fatores Bioquímicos e Genéticos;*
- *Fatores Neurológicos e Psiquiátricos.*



## 9.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL/COMORBIDADE

É raro que este transtorno se apresente de forma pura, sendo que geralmente se encontra associado a outros sintomas e transtornos. É difícil separar diagnóstico diferencial de comorbidade, uma vez que pode coexistir transtorno de conduta com outros, e em casos diversos podem ser sintomas secundários de outros quadros, como se fosse uma base para outra psicopatologia se instalar como consequência das alterações de conduta (PRAXEDES, 1995).

- *TDAH;*
- *Transtorno Desafiador Opositivo.*

## 9.6 EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Os sintomas do transtorno da conduta surgem no período compreendido entre o início da infância e a puberdade e podem persistir até a idade adulta (ROBINS, 1991). Quando se iniciam antes dos 10 anos, se observa com maior frequência a presença de transtorno com *deficit* de atenção e hiperatividade (TDAH), *deficit* intelectual, comportamento agressivo, convulsões e comprometimento do sistema nervoso central mediante a exposição a álcool/drogas no período pré-natal, ingestão de medicamentos, infecções, traumas cranianos, etc.; além de antecedentes familiares positivos para comportamento antissocial e hiperatividade.

O início precoce indica maior gravidade do quadro com tendência a persistir ao longo da vida (AACAP, 1997). O transtorno da conduta está frequentemente associado à TDAH (43% dos casos) e a transtornos das emoções (ansiedade, depressão, obsessão-compulsão; 33% dos casos)



(OFFORD, 1992). A comorbidade com o TDAH é mais comum na infância, envolvendo principalmente os meninos, enquanto que a ansiedade e depressão são mais comuns na adolescência, abrangendo principalmente as meninas, após a puberdade.

Comportamentos antissociais mais graves (por exemplo, as brigas com uso de armas, arrombamentos, assaltos) costumam ser antecidos por comportamentos mais leves (por exemplo, mentir, enganar, matar aulas, furtar objetos de pouco valor) e, ao longo do tempo, observa-se o abuso de álcool/drogas, principalmente no sexo masculino (LOEBER, 1983), e os quadros de ansiedade e depressão, principalmente no sexo feminino (ROBINS, 1986; RUTTER, 1992).

O transtorno da conduta está costumeiramente relacionado a baixo rendimento escolar e a problemas de relacionamento com colegas, trazendo limitações acadêmicas e sociais ao indivíduo. São comuns os comportamentos de risco envolvendo atividades sexuais, uso de drogas e até mesmo tentativas de suicídio.

O envolvimento com drogas e gangues pode iniciar o jovem na criminalidade. Na fase adulta, notam-se sérias consequências do comportamento antissocial, como discórdia conjugal, perda de empregos, criminalidade, prisão e morte prematura violenta (APA, 1994; ROBINS, 1990; ZOCCOLILLO, 1992).

A constância destas condutas no decorrer da adolescência e da vida adulta se encontra favorecida em determinadas circunstâncias: quando o transtorno da conduta tem início precoce; os comportamentos antissociais são bastante frequentes; observados em diversos ambientes (por exemplo, familiar e escolar); tipos variados de comportamentos antissociais estão presentes, incluindo os agressivos e violentos; e quando o transtorno da conduta está associado ao TDAH (BORDIN, 1996).

Eventos de vida podem influenciar com relação à persistência do comportamento antissocial na adolescência e idade adulta. O ambiente escolar, dependendo de suas características, pode incentivar ou desestimular o comportamento antissocial (RUTTER, 1992).



Ao mesmo tempo em que crianças com comportamento antissocial tendem a permanecer com essa característica na idade adulta, adultos antissociais tendem a ter filhos com comportamento semelhante (pais servem de modelo aos filhos), estabelecendo-se um ciclo de difícil interrupção (FARRINGTON, 1995).

## 9.7 TRATAMENTO

Os tratamentos citados na literatura são bastante variados, incluindo intervenções junto à família e à escola (por exemplo, psicoterapia familiar e individual, orientação de pais, comunidades terapêuticas e treinamento de pais e professores em técnicas comportamentais). Apesar de nenhum deles ser muito eficaz, principalmente como intervenção isolada, quanto mais precocemente forem iniciados e mais jovem o paciente, melhores os resultados obtidos (RUTTER, 1998). Salienta-se a importância das intervenções concomitantes e complementares em longo prazo.

Na faixa etária dos três aos oito anos, alguns sintomas do transtorno desafiador de oposição (por exemplo, irrita-se com facilidade, recusa-se a cumprir regras ou atender solicitações dos adultos, perturba as pessoas deliberadamente) ou do transtorno da conduta (por exemplo, fere animais, furta) costumam ser identificados, merecendo ações preventivas junto à criança, aos seus pais e professores.

Muitas vezes, o foco do problema está no conflito entre pais e filhos. Outras vezes, os pais estão demasiadamente envolvidos com problemas pessoais e necessitam de apoio. Alguns pais precisam de ajuda para estabelecer limites e escolher métodos mais apropriados para educar os filhos. O contato com a escola também pode ser útil para resolver conflitos entre professores e alunos e ajudar os professores a encontrar maneiras mais adequadas de lidar com as dificuldades da criança.



Quanto mais jovem o paciente e menos graves os sintomas, maior a probabilidade do indivíduo se beneficiar de uma psicoterapia. Quando se trata de adolescente que já cometeu delitos, observa-se maior resistência à psicoterapia, podendo ser útil o envolvimento com profissionais especializados no manejo de jovens antissociais por meio de oficinas de artes, música e esportes.

Nessas oficinas, o adolescente tem a oportunidade de estabelecer vínculo afetivo com os profissionais responsáveis pelas atividades, tomando-os modelo, além de perceber-se capaz de criar, o que favorece o desenvolvimento da autoestima. Sempre que possível, a família dos pacientes deve ser incluída no processo terapêutico, lembrando que muitas vezes os pais necessitam de tratamento psiquiátrico (por exemplo, abuso de drogas).

O tratamento com psicofármacos se faz necessário em determinadas situações nas quais os sintomas-alvo (ideias paranoicas associadas à agressividade, convulsões) ou outros transtornos psiquiátricos (TDAH, depressão) estão presentes. Aconselha-se cautela no uso de neurolépticos para o tratamento da agressividade, pois os riscos podem superar os benefícios (AACAP, 1997).

A hospitalização está indicada em casos de risco iminente para o paciente (por exemplo, suicídio, autoagressão) ou para os demais (por exemplo, homicídio). Sempre que possível, optar por intervenções menos restritivas (por exemplo, hospital-dia) (AACAP, 1997).

Em nosso meio, muitas vezes não dispomos dos recursos necessários para o tratamento da criança ou adolescente com este tipo de comportamento. Quando esses recursos existem, nem sempre as famílias têm condições de comparecer ao serviço na frequência recomendada. O profissional de saúde mental pode ser útil, estabelecendo prioridades entre as diversas condutas terapêuticas possíveis e recomendando ao paciente aquela que julgar mais imprescindível.



## 10 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

O conceito obsessão nos traz a ideia de perseguição, enquanto o de compulsão traz a ideia de constrangimento. Um e outro não podem ser compreendidos, a não ser em relação a um Ego que se sente limitado na livre utilização da expressão de seu pensamento e de sua representação ou de seus atos.

Perda da capacidade de escolha, parasitismo parcial, automatização limitada ou contradição permanente, limitação de suas disponibilidades; estranha limitação, que só se resolve na e pela atividade doentia em si mesma, luta que não encontra solução, a não ser no seu próprio desenvolvimento, alívio transitório, mas inútil, porque seu destino é a repetição. Estas características de incoercibilidade, de luta e de angústia são consideradas como essenciais. Consciente de seus problemas, o obsesso considera a obsessão como imposta e mórbida, não a aceita, mas a ela sucumbe (AJURIAGUERRA, 1991).

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica comum na infância e na adolescência. Este, além de ser um distúrbio frequente, apresenta amplas possibilidades de comprometer o desempenho do indivíduo: pode torná-lo menos produtivo na escola, na rotina de casa, no trabalho e no lazer e, principalmente, prejudica enormemente as atividades sociais do paciente.

A criança ou o adolescente portador deste transtorno tende a se isolar das pessoas de sua idade, com frequência torna-se irritadiça em função de seus sintomas, sofre de grande angústia e o convívio familiar invariavelmente torna-se bastante conturbado.



## 10.1 EPIDEMIOLOGIA

Embora o Transtorno Obsessivo-Compulsivo anteriormente fosse considerado relativamente raro na população geral, estudos comunitários mais recentes estimaram uma prevalência durante a vida de 2,5% e uma prevalência anual de 1,5-2,1% (APA, 1993).

### 10.1.1 Aspectos Etiopatogênicos e Fisiopatológicos

- *Aspectos Neurobiológicos;*
- *Aspectos Genéticos;*
- *Aspectos Imunológicos Relacionados ao TOC.*

## 10.2 SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

A presença de tiques em pacientes portadores de TOC tem sido há muito tempo observada. Pierre Janet (em seu trabalho *Obsessões e Psicastenia*) descreveu movimentos repetitivos em pacientes obsessivos, incluindo tiques motores, muitas vezes sendo difícil a distinção entre rituais de repetição e tiques motores complexos (*apud* PITMAN, 1987). Estudos mais recentes com crianças e em adolescentes se confirma a associação entre TOC e tiques.

Em dois destes estudos, nos quais as ST eram um critério de exclusão, a frequência de tiques foi de 20% em um deles (SWEDO, 1989) e de 24% no outro (RIDDLE, 1990). Em um terceiro estudo, Leonard e colaboradores (1992), estudando crianças e adolescentes portadores de TOC com início na infância,



descrevem que 33% dos indivíduos tiveram movimentos coreiformes (movimentos involuntários parecidos a sequências aleatórias de fragmentos propositais que afetam tipicamente as extremidades superiores e inferiores e a face) detectados em exame neurológico; aproximadamente dois terços destes tinham história prévia de tiques vocais ou motores, ou de ambos.

Durante seguimento de dois a sete anos, 15% das crianças preencheram critérios diagnósticos para ST. Esses estudos sugerem que há um aumento de frequência de tiques em indivíduos com TOC. Ao contrário, pacientes com transtornos de tique apresentam aumento significativo de pensamentos obsessivos e rituais compulsivos. Pesquisas recentes têm tentado estudar mais sistematicamente a prevalência de TOC em pacientes com ST.

Pauls e colaboradores (1986), utilizando entrevistas estruturadas baseadas nos critérios diagnósticos da DSM-III-R, relataram que 50% dos pacientes com ST preencheram critérios diagnósticos para TOC.

<b>Critérios Diagnósticos para F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette</b>
<p><b>A.</b> Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estiveram presentes em algum momento durante a doença, embora não necessariamente ao mesmo tempo (um tique é um movimento ou vocalização súbita, rápida, recorrente, não rítmica e estereotipada).</p> <p><b>B.</b> Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia (geralmente em ataques) quase todos os dias ou intermitentemente durante um período de mais de um ano, sendo que durante este período jamais houve uma fase livre de tiques superior a três meses consecutivos.</p> <p><b>C.</b> A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p><b>D.</b> O início dá-se antes dos 18 anos de idade.</p> <p><b>E.</b> A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, estimulantes) ou a uma condição médica geral (por exemplo, doença de Huntington ou encefalite pós-viral).</p>

FONTE: DSM-IV, 1994.



## 10.2.1 Classificação e Características Clínicas

As “manias”, alguns tiques e pensamentos absurdos que não saem da cabeça podem fazer parte do quadro de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e, embora esse quadro tenha geralmente início na adolescência ou começo da idade adulta, ele pode aparecer na infância de forma tão comum quanto em adultos. A idade de início costuma ser um pouco mais precoce nos homens, mas de qualquer forma, cerca de 33 a 50% dos pacientes com TOC referem que o início do transtorno foi na infância ou adolescência.

O manual do DSM-IV recomenda como critérios para o diagnóstico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo a ocorrência do seguinte (APA, 1993):

Existem *obsessões* ou *compulsões* definidas pelas características abaixo:

- Pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes e persistentes experimentados como emancipados da vontade, intrusos e inadequados, causando ansiedade ou sofrimento. É claro que a criança tem dificuldades para entender o que está se passando com ela;
- Esses pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida cotidiana. Isso quer dizer que a criança pode apresentar uma ideia de contaminação completamente desvinculada de seu cotidiano;
- A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. Às vezes a criança passa a repetir as mesmas perguntas com a intenção de afastar pensamentos intrusivos e negativos;
- A pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente e que não consegue controlá-los. Essa característica pode não aparecer em crianças muito novas por falta de uma consciência mais desenvolvida.



O conteúdo das obsessões não é muito variado, independente da cultura, ou seja, se a ideia obsessiva é de contaminação, sujeira, germes, etc., ela tanto aparece na África ou na Suécia. As ideias podem aparecer sob formas de pensamentos, frases, imagens ou impulsos. A criança, em geral, tenta resistir e se livrar da ideia obsessiva e quando tem sucesso, obtém alívio apenas temporariamente.

Mas, de modo geral, a ideia obsessiva sempre é um pensamento ou ideia que não sai da cabeça, mesmo contra a vontade do paciente e o grande esforço mental despendido, tentando controlar os pensamentos obsessivos, pode ser exaustivo e normalmente não é notado pelas pessoas em volta.

As compulsões são assim definidas pelo DSM-IV (APA, 1993):

- Comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos, organizar, verificar, olhar, desviar...) ou atos mentais (por exemplo, orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas;
- Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir o sofrimento causado pela obsessão, ou evitar algum evento ou situação temida.

A compulsão é um comportamento sistemático, repetitivo e intencional executado em uma ordem preestabelecida. A ação, em geral, não tem um fim em si mesmo e procura prevenir a ocorrência de um determinado evento ou situação com conotação ameaçadora para o sujeito. Por exemplo: “se eu não bater na madeira três vezes, alguém de minha família terá câncer”... “se eu não tocar o objeto que vou pegar duas vezes antes de pagá-lo, ele pode cair no chão e se quebrar”... “se eu não rezar duas vezes essa oração, sem dúvida o capeta virá me buscar”...

Na prática diária, as atitudes compulsivas das crianças podem ser mal compreendidas pelos pais, os quais tentam corrigir com advertências, castigos



## Portal Educação

ou agressões. É difícil também, algumas vezes, distinguir um tique de um comportamento compulsivo. De qualquer forma, aconselha-se aos pais que, diante de tiques, verifiquem a possibilidade do TOC.

O ato compulsivo é precedido por uma sensação de urgência, seguida de alívio temporário da ansiedade após a realização do mesmo. A pessoa tem consciência que tais atos são irracionais e não confere prazer na sua execução, apesar do ritual diminuir sua ansiedade.

Nas crianças, entretanto, é comum a dificuldade em relatar e descrever seus sintomas, principalmente solicitar ajuda, o que dificulta o diagnóstico e o início do tratamento.

<b>Sintomas do TOC em Crianças</b>	
<i>Sintoma % de indivíduos que queixaram</i>	
<b>OBSESSÕES</b>	<b>%</b>
Pensamentos e preocupações com sujeira, germes	40
Medo de algo terrível em si ou em alguém amado: fogo, morte, doença	24
Pensamentos sobre simetria, ordem, exatidão	17
Escrupulosidade excessiva, obsessões religiosas	13
Preocupação em perder secreção do corpo, urina, saliva	8
Pensamentos sobre números de sorte ou azar	8
Medo de ter impulsos de agressividade, algo proibido, impulsos sexuais	4
Medo de ferir os outros ou a si próprio	4
Sons, palavras ou músicas intrusas que “não saem da cabeça”	1
<b>COMPULSÕES</b>	<b>%</b>
Lavar as mãos, escovar os dentes, tomar banhos	85
Rituais de repetição como abrir e fechar a porta, descer escada	51
Checagem de portas, travas, tarefas, luzes	46
Diferentes rituais (manias) de escrever, falar, se movimentar	26
Rituais para se livrar de contaminantes	23
Ter que tocar as coisas	20
Medidas preventivas para não machucar ninguém	16
Arranjar as coisas, colocar em certa ordem	17
Contar e recontar	19
Empilhar ou colecionar	11
Rituais de limpar a casa ou objetos inanimados	6

FONTE: SNIDER, 2003.

O CID-10 (OMS, 1993) classifica como:



Um transtorno caracterizado essencialmente por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes, sendo que as ideias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, frequentemente, resistir-lhes, mas sem sucesso.

O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazerosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer direto algum da realização destes atos os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas.

O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, frequentemente implicando dano ao sujeito ou causado por ele, que ele teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

## 10.2.2 Tratamento

O tratamento do TOC é multimodal, como ocorre com várias condições psiquiátricas na infância e adolescência. O esquema mais adequado de tratamento irá incluir a intervenção diretamente com a criança e orientação, terapia familiar e psicoeducacional sobre TOC para a criança e às pessoas que lidam com ela.

Da mesma forma que em adultos, pacientes com TOC de início na infância e na adolescência têm sido tratados com sucesso por meio da farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental (TCC).



## 10.2.3 Evolução e Prognóstico

O curso do TOC costuma ser crônico flutuante ou em episódios recorrentes, com uma minoria dos casos tendo um único episódio sem recorrência no futuro (APA, 1994).

## 11 TRANSTORNOS ANSIOSOS

### 11.1 INTRODUÇÃO

A ansiedade faz parte da existência humana e se caracteriza por sentimento vago e desagradável de medo e uma sensação de perigo iminente, aliada a uma atitude de expectativa, o que provoca uma perturbação mais ou menos profunda; é uma experiência individual, que invade a pessoa até suas raízes, difícil de ser compartilhada com outro e à qual damos um caráter de generalidade, a fim de melhor escondê-la.

A ansiedade torna-se patológica quando é exagerada ou desproporcional em relação ao estímulo ou ainda quando é qualitativamente distinto do observado naquela faixa etária e acaba por interferir na qualidade de vida, no conforto emocional ou ainda no desempenho diário do indivíduo.

É clássica a atitude de separar a ansiedade da angústia, sendo esta última a manifestação corporal, o “angor”, com suas manifestações constrictivas e neurovegetativas. Sendo esta a concepção, se separa o sentir do experimentar, dando-se ao primeiro um valor neurofisiológico, e ao último o valor puramente existencial. No entanto, quando se aborda este problema no



## Portal Educação

plano do desenvolvimento infantil, esta separação não nos parece justa (AJURIAGUERRA, 1991).

Reação do organismo infantil frente a situações de ameaça, que se caracteriza por vivências desagradáveis, com formas de expressão diversas por meio de sintomas e sinais somáticos ou comportamentos variados, com valor defensivo, dinamizante, organizador e evolutivo, que se aprende e constitui na infância (SACRISTÁN, 1995, p.).

A ansiedade é considerada normal no desenvolvimento da criança frente às seguintes situações e idades correspondentes:

- De estranhos, reconhecendo familiares 6 meses
- De separação 8-10 meses
- De desintegração com perda ou destruição total dos pais 18 meses
- De lesão corporal e morte 3 anos
- De desaprovação (Superego) 4-5 anos

Entre 6/7 e 12 anos de idade, por intermédio das interações sociais, estabelece-se que:

- O desenvolvimento da ansiedade não indica nem impede fatos ruins;
- Mecanismos de defesa podem auxiliar no enfrentamento da ansiedade;
- As ansiedades normais auxiliam o enfrentamento de futuras experiências ansiosas;
- Ação (locomoção), a fala, jogos simbólicos, podem ser utilizados para controlar ou elaborar eventos geradores de ansiedade (GEMELLI, 1995).

Existem fatores precipitantes importantes da ansiedade na criança, como enfermidades e cirurgias; morte de amigos e parentes; dificuldades escolares; ataques ou experiências sexuais; problemas intrafamiliares;



situações de medo; preocupações frente a perigos imaginários; acidentes; e experiências traumáticas específicas (SACRISTÁN, 1995).

Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários e não derivados de outras condições psiquiátricas. Sabemos que os sintomas ansiosos estão presentes em outros transtornos psiquiátricos, esta ansiedade é explicada pela presença do transtorno primário e não constitui um conjunto de sintomas que determina um transtorno ansioso típico.

O grupo dos transtornos de ansiedade é constituído pelo transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, as fobias específicas, a fobia social e o transtorno de ansiedade de separação. Estima-se que entre 10 e 15% das crianças sejam afetadas por um destes transtornos.

## 11.2 FOBIA

A característica fundamental deste fenômeno é a experimentação de medo excessivo e percebido como irracional, ou no caso de crianças pequenas, ser considerado exagerado pelos responsáveis, a algum objeto, pessoa ou situação, acompanhado de manifestações de ansiedade e comportamentos de evitação.

É importante distinguir a fobia do medo “normal”, experimentado quando frente a uma situação de perigo real, ou condicionada por processo de educação (exemplo: medo de escuro em crianças pequenas, muitas vezes secundário às ameaças de castigos). Ter medo é algo inerente ao humano, sendo absolutamente comum e necessário na infância. A ausência de medo expõe a criança a um aumento de morbidade.

Fobias limitadas às situações altamente específicas, tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de banheiros públicos, ingestão de determinados alimentos, cuidados odontológicos, ver sangue ou ferimentos. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contato com ela pode desencadear



um estado de pânico como na agorafobia ou fobia social (OMS, 1993).

Os diferentes tipos de fobia parecem ter idades de aparecimento variadas; fobias de insetos e animais parecem ser mais frequentes por volta dos cinco anos, e raramente surgem na idade adulta. A agorafobia inicia-se mais tardiamente, com picos de início no final da adolescência, e novamente por volta dos 30 anos.

No período escolar há um aumento do medo de animais que comem, mordem, sendo poderosos e destruidores. Quando a criança mais amadurecida consegue assimilar o passado e antecipar o futuro, seus medos passam a ser referentes a perigos distantes e/ou desgraças que poderão acontecer num futuro distante (AJURIAGUERRA, 1983). Outras manifestações específicas de fobia, como o medo de altura, de tempestade, etc., têm início variado (BERNSTEIN, 1991).

Dois diferentes modelos teóricos têm sido utilizados para compreender as fobias; o psicanalítico e o cognitivista (LIVINGSTON, 1991). Para o primeiro, o sintoma fóbico é expressão de um deslocamento da angústia, resultante de um conflito inconsciente, que teria atingido níveis insuportáveis para os recursos daquele ser psíquico (PORRET, 1989). Esta projeção leva a um sentimento de “controle” sobre a ansiedade e subsequente liberdade de ação, porém ineficaz quando a angústia persistente exige maiores recursos do indivíduo.

O cognitivismo propõe que os sintomas seriam modelos de conduta aprendidos, mas não adaptados, sendo a base do condicionamento operante negativo às experiências vividas e às orientações educacionais. Dentro desta abordagem, seria possível justificar determinados quadros como secundários a determinadas atitudes de coerção exercidas pelos adultos que procuram socializar uma criança (GRÜSPUN, 1966).

A concepção neurobiológica tem se fundamentado na associação da evitação fóbica, presente nos quadros de pânico, com a ativação do córtex pré-frontal, quando os pacientes são expostos a um objeto fobogênico (GORMAN, 1989). Fundamenta essa hipótese o fato de pacientes com manifestação fóbica obterem melhora dos sintomas com técnicas de dessensibilização, apesar da



manutenção de ataques de pânico. As conexões entre o córtex pré-frontal e o sistema límbico (possível sede da ansiedade antecipatória) levam os terapeutas comportamentais a associarem a terapia de dessensibilização a técnicas de relaxamento para a ansiedade antecipatória.

## 11.3 FOBIA SOCIAL

É definida como um persistente e significativo medo de situações sociais ou do desempenho social. Para crianças, deve-se levar em conta a competência relativa à fase do desenvolvimento, onde a fobia social nestas pode se expressar pelos mesmos sintomas de ansiedade, isto é, choro, paralisia, “chilique”, etc. Essas crianças geralmente evitam ir à lousa em sala de aula, ou mesmo responder questões que lhes são dirigidas pela professora. Evitam brincar em grupo e, por vezes, não conseguem ir ao banheiro da escola com medo que os outros a vejam.

Medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da autoestima e de um medo de ser criticado. As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico (OMS, 1993).

A prevalência, assim como o quadro de fobia social na infância, é pouco conhecida. Um estudo realizado com aproximadamente mil adolescentes pontuou uma prevalência de 11% de fobia social (FEEHAN, 1994). A maioria do conhecimento decorre de estudos retrospectivos de adultos com fobia social. Geralmente, o início da fobia social não ocorre antes da puberdade (HERSOV, 1985), sendo mais frequente após a segunda metade da adolescência (SOLYOM, 1986), e mais prevalente em meninos (COSTELLO, 1989).



Um ponto importante na fobia social é que esse transtorno, embora raramente incapacitante, tem uma evolução crônica e com alto índice de comorbidade, inclusive para abuso de substâncias (HOVENS, 1994). Apesar dos escassos estudos, evidências sugerem que os mesmos mecanismos de defesa estariam presentes, tanto nos quadros de fobia social em crianças, como em adultos.

## 11.4 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O transtorno de ansiedade generalizada tem seu início comumente na infância. O quadro central é a preocupação excessiva, com prejuízo funcional, em uma variedade de aspectos, como segurança pessoal, interações sociais, eventos futuros ou mesmo passados. Na maioria das vezes essas preocupações são seguidas de sintomas somáticos, como cefaleias e dores de estômago. As prevalências sugeridas estão entre 2 e 4%, sendo mais frequentes em meninas.

O diagnóstico em crianças apresenta baixa confiabilidade (GREENHILL, 1998), porém é um respeitável fator preditivo de transtorno de ansiedade e transtorno depressivo em adultos (PINE, 1998). A presença de TAG na infância tem sido implicada como a única categoria nosográfica que retrospectivamente pode prever a presença de transtorno depressivo em adultos (KESSLER, 1998).

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos (OMS, 1993).



## **Critérios Diagnósticos para F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada**

**A.** Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

**B.** O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

**C.** A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

(1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele;

(2) fadigabilidade;

(3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente;

(4) irritabilidade;

(5) tensão muscular;

(6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

**D.** O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por exemplo, a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria), e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

**E.** A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

**F.** A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

FONTE: DSM-IV, 1994.

A neurofisiologia deste transtorno não é bem entendida. A amígdala tem sido descrita como uma região importante nesse processo, onde o tamanho desta, medida por ressonância magnética, mostrou-se maior nessas crianças quando comparadas a um grupo-controle (DE BELLIS, 2000).

## 11.5 ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Crianças pequenas experimentam ansiedade quando separadas de seus pais, principalmente em ambiente estranho. Considera-se transtorno de



ansiedade de separação quando a criança experimenta uma ansiedade excessiva e inapropriada quando longe de casa ou separada de seus pais. É necessário que apresente, ainda, prejuízo no funcionamento, o que a diferencia da simples ansiedade determinada pelo contato com o estranho.

<b>Critérios Diagnósticos para F93.0 – 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação</b>
<p><b>A.</b> Ansiedade inapropriada e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento, envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação, evidenciada por três (ou mais) dos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação;</li><li>(2) preocupação persistente e excessiva acerca de perder, ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação;</li><li>(3) preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação (por exemplo, perder-se ou ser sequestrado);</li><li>(4) relutância persistente ou recusa em ir para a escola ou a qualquer outro lugar, em razão do medo da separação;</li><li>(5) temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos;</li><li>(6) relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa;</li><li>(7) pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação;</li><li>(8) repetidas queixas de sintomas somáticos (tais como cefaleias, dores abdominais, náuseas ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista.</li></ul> <p><b>B.</b> A perturbação tem uma duração mínima de quatro semanas.</p> <p><b>C.</b> A perturbação inicia antes dos 18 anos.</p> <p><b>D.</b> A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p><b>E.</b> A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e, em adolescentes e adultos, não é melhor explicada por Transtorno de Pânico Com Agorafobia.</p> <p>Especificar se: Início Precoce: se o início ocorre antes dos 6 anos de idade.</p>

FONTE: DSM-IV, 1994.

A prevalência é estimada entre 3 e 5%, sendo mais frequente em crianças entre os sete e os nove anos. Em torno de 50% dessas crianças apresentam comorbidade com algum outro transtorno psiquiátrico, sendo mais comum com os outros transtornos de ansiedade e depressão.



## 11.6 TRANSTORNO DO PÂNICO

O diagnóstico de transtorno de pânico demanda a repetição imprevista de ataques, seguida por pelo menos um mês de preocupação com a possível recorrência do ataque, ou com suas consequências, ou mudanças de comportamento relacionadas a ele. Agorafobia pode ou não estar presente, o ataque não deve estar relacionado a uma condição médica, uso de drogas ou outro transtorno mental.

Embora ansiedade, tipo pânico e desordem de pânico tenham sido descritas há muito tempo em pacientes adultos, sua descrição na infância é mais recente, com os primeiros casos descritos na década de 80 (GARLAND, 1990).

<b>Critérios Diagnósticos para F40.01 - 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia</b>
<p><b>A.</b> (1) e (2)</p> <p>(1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados.</p> <p>(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:</p> <p>(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais;</p> <p>(b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (por exemplo, perder o controle, ter um ataque cardíaco, “ficar louco”);</p> <p>(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.</p> <p><b>B.</b> Presença de Agorafobia.</p> <p><b>C.</b> Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicamentos) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipertireoidismo).</p> <p><b>D.</b> Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por exemplo, ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por exemplo, quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por exemplo, em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por exemplo, em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).</p>
<b>Critérios Diagnósticos para F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico</b>
<p><b>A.</b> Presença de Agorafobia relacionada ao medo de desenvolver sintomas tipo pânico (por exemplo, tontura ou diarreia).</p> <p><b>B.</b> Jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Pânico.</p> <p><b>C.</b> A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicamentos) ou de uma condição médica geral.</p> <p><b>D.</b> Na presença de uma condição médica geral associada, o medo descrito no Critério A excede claramente aquele em geral associado com a condição.</p>

FONTE: DSM-IV, 1994.



O pânico pode ser dividido didaticamente em dois componentes, um somático, outro cognitivo, levando a um questionamento sobre a possibilidade de crianças conseguirem elaborar este componente cognitivo antes da aquisição do pensamento abstrato. A criança relacionaria os sintomas corporais a eventos externos ou objetos, diferentemente dos adolescentes que já começam a relacionar estes sintomas a sentimentos e sensações que ocorrem durante o ataque (NELLES, 1988).

Retrospectivamente, adultos e adolescentes portadores da síndrome relatam o início dos sintomas durante a infância (KLEIN, 1981 *apud* BLACK, 1990). Porém, com o melhor entendimento acerca da apresentação dos sintomas, cada vez mais são descritos casos de pânico em crianças (VITIELLO, 1990; LAST, 1989; MORREAU, 1989; BLACK, 1990).

Existem evidências de que o diagnóstico de transtorno de pânico em crianças pode ser corretamente realizado se forem feitas perguntas específicas para o diagnóstico. Finalmente, deve-se considerar a síndrome de hiperventilação, com vasta literatura na pediatria, preenche os critérios para transtorno de pânico, podendo ser um dos motivos que justificariam as incidências diminutas destes quadros (GARLAND, 1990).

Os trabalhos realizados com crianças sugerem incidência em torno de 0,5% na população geral (BLACK, 1990), mas este valor cresce, quando é estudado sobre uma população de serviços de psiquiatria, para algo em torno de 10% (LAST, 1989; BRADLEY, 1990; ALESSI, 1988; THYER, 1985 *apud* BLACK, 1990).

### 11.7 TRATAMENTO

Como descrito, uma grande maioria dos casos com transtornos de ansiedade na infância não irão procurar serviços de atendimento especializado, apresentando melhora ou mesmo remissão espontânea. Além disso, alguns casos mais simples podem se beneficiar de uma simples orientação dirigida à



criança e aos pais. Procedimentos psicossociais têm sido aplicados no tratamento dos transtornos de ansiedade: terapia cognitiva e comportamental, terapia psicodinâmica, terapia suportiva, terapia familiar, ludoterapia, etc. Apesar do pequeno número de trabalhos publicados em nosso meio, os recursos mais frequentemente empregados são as terapias de base psicanalítica e as terapias familiares de orientação psicodinâmica ou sistêmica.

Trabalhos americanos relatam uma predominância de terapias comportamentais com excelentes respostas, principalmente nos casos de fobias simples e social (LIVINGSTON, 1991; KING, 1990; LABELLARTE, 1999). Técnicas de relaxamento e treinamento respiratório para redução da ansiedade também têm se mostrado úteis como alternativas para o planejamento terapêutico (GORMAN, 1989).

## **12 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

### **12.1 CONCEITO**

Até tempos atrás, o estresse era tido como exclusividade dos adultos, sendo as crianças imunes porque “elas não tinham problemas”. Entretanto, recentes pesquisas mostram que, hoje em dia, elas também têm sido acometidas ou, como se suspeita, hoje em dia elas passaram a merecer também atenção quanto ao seu conforto emocional.

Entre as principais situações relacionadas ao estresse infantil considera-se importante: as perdas familiares, mudança de cidade ou escola, separação dos pais, brigas entre os pais, violência doméstica, quando um dos pais bebe e fica violento, exigência exagerada de desempenho escolar, social ou no esporte, nascimento de irmãos, doenças e hospitalização.

O estresse infantil pode ser físico e psicológico. Entre eles podemos encontrar: pesadelos, ansiedade, impaciência, medo excessivo, choro



excessivo, introversão súbita, agressividade, desobediência, hipersensibilidade. Sintomas físicos: diarreia crônica, tique nervoso, dores de cabeça, gagueira, tensão muscular, bruxismo, falta de apetite, dores de barriga, náusea, xixi na cama à noite.

Na maioria das vezes o estresse infantil acomete crianças a partir dos seis anos de idade e, com frequência, é primeiramente suspeitado quando começam os problemas de adaptação na escola. Pode ainda se manifestar como agravamento de quadros preexistentes, como por exemplo, asma, obesidade, problemas de pele, alergias, recaídas de gripes e resfriados. Uma criança estressada pode ser preditiva de futuro quadro depressivo na adolescência, de futura dificuldade de adaptação e autoestima rebaixada.

## 12.1.1 Classificação

Os dois maiores sistemas de Classificação de Doenças Psiquiátricas, a CID-10 (WHO, 1990) e o DSM-IV (APA, 1994), incluem em seu eixo I (concorrente a distúrbios psiquiátricos) quadros diretamente ligados à ansiedade e ao medo na infância.

No CID-10 (WHO, 1990), a categoria F93, “Transtornos Emocionais de Início Específico na Infância”, é composta pelos transtornos ligados à ansiedade de separação, fóbica, social na infância e transtornos ligados à rivalidade entre irmãos. Esta categoria foi criada para abranger aqueles quadros ligados a momentos específicos do desenvolvimento infantil, que têm características de exagero de tendências normais e são mais transitórios, não sendo, portanto, superponíveis aos quadros que ocorrem nos adultos.

Transtornos fóbicos e ansiosos do tipo que ocorrem nos adultos, incluindo agorafobia, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, são classificados separadamente.



## Diagnósticos para F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

**A.** Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;

(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

Nota: Em crianças, isto pode ser expresso por um comportamento desorganizado ou agitado

**B.** O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.

Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma.

(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.

Nota: Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável.

(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).

Nota: Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma.

(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

**C.** Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;

(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;

(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;

(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;

(6) faixa de afeto restrita (por exemplo, incapacidade de ter sentimentos de carinho);

(7) sentimento de um futuro abreviado (por exemplo, não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

**D.** Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono;

(2) irritabilidade ou surtos de raiva;

(3) dificuldade em concentrar-se;

(4) hipervigilância;

(5) resposta de sobressalto exagerada.

**E.** A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a um mês.

**F.** A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a três meses.

Crônico: se a duração dos sintomas é de três meses ou mais.

Especificar se:

Com Início Tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos seis meses após o estressor.

FONTE: DSM-IV, 1993.



## 12.1.2 Epidemiologia

Estudos comunitários revelam uma prevalência durante a vida do Transtorno de Estresse Pós-Traumático variando de 1 a 14%, estando a variabilidade relacionada aos métodos de determinação e à população amostrada. Estudos de indivíduos de risco (por exemplo, veteranos de guerra, vítimas de erupções vulcânicas ou violência criminal) cederam taxas de prevalência variando de 3 a 58% (APA, 1994).

## 12.1.3 Etiologia

- *Teoria Biológica das Emoções;*
- *Sistema Límbico;*
- *Neurofisiologia e Comportamento Humano: medo e ansiedade.*

## 12.1.4 Quadro Clínico

O estado de ansiedade caracteriza-se por sensações psíquicas características, acompanhadas de diversas manifestações orgânicas. Do ponto de vista psíquico, a principal manifestação de ansiedade é descrita como uma sensação inespecífica, vaga, da existência de algum tipo de ameaça ao nosso bem-estar. A inquietante sensação de que “algo está para acontecer” tanto pode estar ligada a situações a serem enfrentadas no dia a dia, como à véspera de uma prova, um novo emprego, uma mudança de casa, uma viagem, quanto pode ocorrer sem nenhuma causa objetiva aparente.

**FIM DO MÓDULO III**