



Caracterização de uma consulta de pedopsiquiatria - primeira infância de um Hospital Central

Lara Vilela, Graça Fernandes, Goretti Dias, Cláudia Pires de Lima, Rute Lopes, Camila Gesta

Departamento de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto

Resumo

Introdução: A consulta da primeira infância do Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto entrou em funcionamento em Fevereiro de 2007.

Objectivo: Caracterizar as primeiras consultas de primeira infância efectuadas de 5 de Fevereiro a 30 de Agosto de 2007.

Material e Métodos: Consultamos todos os processos, seleccionando as seguintes variáveis para análise: sexo, idade, motivo de consulta, principais queixas referidas pelos cuidadores e diagnóstico. Aplicamos o *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early childhood: Revised Edition (DC: 0 – 3R)*.

Resultados: Neste período foram avaliadas em primeira consulta 76 crianças, das quais 58% eram do sexo masculino. A maioria encontrava-se na faixa etária dos três aos quatro anos. Os motivos mais frequentes de referência foram: instabilidade, atraso na linguagem e dificuldades do sono. Quarenta e duas crianças (55%) apresentaram psicopatologia, destacando-se: perturbações do afecto (27%), perturbação da comunicação e relação (9%) e perturbações da regulação do processamento sensorial (6%). As crianças diagnosticadas com perturbação da relação e comunicação apresentaram uma idade média de 42 meses. Uma elevada percentagem de crianças (39%) apresentava apenas perturbação relacional, sendo a mais frequente a subenvolvida.

Conclusões: A maioria das crianças referenciadas tinha psicopatologia. Apenas um número reduzido de crianças foi referenciado antes dos três anos, sendo este número ainda menos representativo nos casos em que foi diagnosticada Perturbação da Relação e Comunicação.

Palavras-chave: criança, psicopatologia, classificação diagnóstica.

Acta Pediatr Port 2011;42(3):104-7

Characterization of infancy and early childhood outpatient clinic in a Central Hospital

Abstract

Introduction: The infancy and early childhood outpatient clinic, of the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the Oporto Medical Center, became operational in February 2007.

Objective: Characterize the sample of first appointments that took place in the early childhood outpatient clinic from 5th of February to the 30th of August 2007.

Material and Methods: We reviewed all the clinical files, selecting the following variables for analysis: gender, age, reason for consultation, main complaints reported by caregivers and diagnosis. We used the *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early childhood: Revised Edition (DC: 0 – 3R)*.

Results: In this period 76 children were evaluated in the first consultation, of which 58% were male. The majority were between three and four years of age. The most frequent reasons for referral were: instability, language delays and sleep difficulties. Forty-two children (55%) had psychopathology, including: humor disorders (27%), followed by communication and relationship disorders (9%) and impaired regulation of sensory processing (6%). Children with communication and relationship disorders had a mean age of 42 months. It was found that a high percentage of children (39%) had only a relationship disorder, the most frequent was under-involvement.

Conclusions: Most children referred had psychopathology. Only a small number of children were referred before the age of three years old, this number was even less representative in cases with Relation and Communication Disorder.

Keywords: toddler, psychopathology, diagnostic classification.

Acta Pediatr Port 2011;42(3):104-7

Recebido: 02.07.2008

Aceite: 11.11.2010

Correspondência:

Lara Vilela
Rua da Vilar, nº 328, 4º ESQ
4465-360 S. Mamede Infesta
laravilela@gmail.com

Introdução

O crescente conhecimento do desenvolvimento e saúde mental da criança nos primeiros anos de vida enfatizou a necessidade de identificar precocemente sinais de alerta, de forma a possibilitar uma intervenção especializada atempada. Contrariamente ao que se considerou durante muitos anos, sabe-se actualmente que o recém-nascido não é um ser passivo, mas sim um ser com capacidade de agir sobre o meio, influenciando-o e estimulando-o, o que faz com que tenha um papel activo na interacção com os cuidadores^{1,2}.

No Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Unidade Maria Pia – Centro Hospitalar do Porto, nos anos 2004 e 2005 foram efectuadas 901 consultas (primeiras e segundas) a crianças menores de quatro anos, o que correspondeu a 18% do total de consultas. A especificidade e o número de consultas nesta faixa etária justificaram o início da consulta da primeira infância (PI) neste Hospital em Fevereiro de 2007.

A equipa é constituída por: duas Pedopsiquiatras, uma Enfermeira Especialista, uma Psicóloga, uma Assistente Social e uma Educadora de Infância. Esta equipa tem tido em formação Psicólogos, Médicos Internos da especialidade de Pedopsiquiatria, Psiquiatria e Pediatria.

A consulta da PI tem como objectivo diagnosticar e tratar quadros psicopatológicos e relacionais no bebé e na criança pequena. Uma criança pequena que dá sinais de não ter um desenvolvimento psicoafectivo adequado à idade gera muitas vezes grande ansiedade nos pais e nos clínicos. Por isso, os técnicos sentem necessidade de dar uma rápida certeza diagnóstica. Apesar da investigação relativa à idade de aparecimento dos primeiros sintomas de psicopatologia nesta faixa etária ser escassa, alguns estudos referem existir sinais evidentes de perturbação antes dos dois anos no caso das PEA⁴. São frequentes os pedidos de consulta cujo principal motivo é a “suspeita de perturbação do espectro do autismo (PEA)”, conceptualizada na primeira infância como perturbação da relação e da comunicação (PRC). Esta perturbação manifesta-se cedo e além das dificuldades acentuadas na relação e comunicação, frequentemente estão associadas dificuldades na regulação dos processos fisiológicos, sensoriais, motores, cognitivos e afectivos³. Os estudos apontam para uma incidência de PEA de 1 em 150⁵, a que corresponde um aumento nos últimos anos. Ainda não são conhecidas as suas causas. Não existem testes laboratoriais, biomarcadores ou processos de avaliação de comportamento específicos para diagnosticar a PEA. O diagnóstico é um processo complexo que exige um treino apurado, depende de um julgamento clínico informado, bem como, da experiência de observação de muitas crianças com diferentes níveis de funcionamento e idades⁶.

Na PEA, para além das dificuldades primárias na relação, comunicação e pensamento, estão frequentemente presentes sintomas secundários como tendência à perseveração, movimentos de auto-estimulação, ecolalia, entre outros⁷. No entanto, estas alterações são comuns a outros tipos de perturbações do desenvolvimento. Por tal razão justifica-se uma série de observações com recurso a exames complementares de diagnóstico como a escala de desenvolvimento de R. Griffiths e o questionário de avaliação do perfil sensorial de

W. Dunn, antes de ser feito um diagnóstico definitivo. O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com perturbação regulatória e depressão grave.

As perturbações regulatórias (actualmente designadas por perturbações da regulação do processamento sensorial-PRPS) foram propostas como classificação diagnóstica pela primeira vez em 1993 por Greenspan and Wieder⁸ para descrever o grupo de crianças que apresentava um padrão específico de comportamento associado a dificuldades evidentes no processamento sensorial e planeamento motor, que comprometia significativamente a adaptação às rotinas diárias e as relações interpessoais. Na DC:0-3 R⁹, existem três subtipos de PRPS: hipersensível (tipo A- receoso, tipo B- desafiador), hipossensível e o impulsivo. Crianças classificadas como hipersensíveis tipo receoso, são inibidas e geralmente não gostam de mudanças na rotina. Por sua vez, as crianças hipersensíveis tipo desafiador, são frequentemente controladoras e dominadoras nas interacções com os outros. As crianças crianças hipossensíveis, parecem desinteressadas do ambiente e das relações sociais, quadro que frequentemente é confundido com PEA. As crianças do tipo impulsivo, caracterizam-se por hiperactividade motora, são muitas vezes consideradas agressivas e, por vezes, demonstram dificuldade em manter a atenção, parecem procurar experiências sensoriais, sendo frequentemente confundidas com crianças com perturbação de hiperactividade e défice de atenção (PHDA).

Na depressão grave, a criança apresenta, geralmente, um estado de grande apatia com recusa de contacto ou indiferença com os principais cuidadores. A apatia surge progressivamente, depois de várias semanas de choro e posteriormente de gritos, sem resposta adequada dos cuidadores. É também frequente neste quadro clínico a criança apresentar anorexia, com perda de peso e insónia¹⁰. Spitz salienta ainda a paragem do desenvolvimento, a regressão das aquisições motoras e intelectuais e a grande vulnerabilidade às infecções nestas crianças.

Estas considerações são tecidas a propósito de crianças observadas na consulta de primeira infância, às quais foi colocado o diagnóstico PEA, por apresentarem comportamentos considerados, erradamente, específicos desta patologia.

Material e Métodos

Foram consultados todos os processos clínicos das crianças observadas em primeira consulta no período de 5 de Fevereiro a 30 de Agosto de 2007.

As variáveis seleccionadas para análise foram: sexo, idade, motivo de consulta, principais queixas referidas pelos cuidadores e diagnóstico. Foi aplicada em todos os seus eixos, a Classificação Diagnóstica DC 0-3R⁹, utilizada em muitos países da Europa e EUA.

A DC 0-3R⁹ é uma classificação constituída por cinco eixos, que nos permite fazer uma diferenciação mais clara entre a perturbação da criança (Eixo I) e a perturbação da relação cuidador/criança (Eixo II), bem como, identificar e classificar outros factores relevantes nos restantes 3 eixos (Eixo III, Eixo IV, Eixo V).

O Eixo I permite classificar a perturbação da criança como sendo uma dificuldade constitucional ou maturativa (Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial ou Perturbação da Relação e Comunicação), dependente de factores do meio (Perturbação de Stress Pós-Traumático, Perturbação de Adaptação ou Perturbação de Carência/ Maus Tratos), ou como uma alteração da experiência subjectiva da criança (Perturbação do Afecto, Perturbação do Sono/Alimentação).

Na classificação da Perturbação da relação no Eixo II devem ser considerados múltiplos aspectos da idade, tais como: nível de funcionamento global de ambos os pais e criança, nível de stress nos pais e criança, capacidade de adaptação, nível de conflito e capacidade de resolução entre a idade e implicações da qualidade da relação no desenvolvimento da criança. Este eixo apresenta dois instrumentos para avaliar e classificar as Perturbações da relação: o PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale) e a RPCL (The Relationship Problems Checklist). Com o PIR-GAS avalia-se a qualidade da relação cuidadores-criança atribuindo-se valores que variam de 0 a 100. Correspondendo os valores no intervalo de 81 a 100 a uma relação adaptada, de 41 a 80 a uma relação em que podem existir características de relação perturbada e no intervalo de 0 a 40 a uma perturbação da relação. Com a RPCL podemos diagnosticar diferentes tipos de perturbação da relação: sobre-envolvida, sub-envolvida, ansiosatensa, zangada/hóstil e abusiva verbal, física e sexualmente.

O Eixo III refere-se a doenças médicas ou atrasos do desenvolvimento significativos.

O Eixo IV permite identificar e discriminar os factores de stress ambientais e psicossociais.

O Eixo V reflecte as capacidades de funcionamento emocional e social e diferencia-as em seis níveis.

Para a caracterização socioeconómica foi utilizada a Escala de Graffar¹¹ adaptada e para a avaliação do desenvolvimento foi utilizada a escala de Griffiths¹². Utilizou-se também o Questionário de Avaliação do Perfil Sensorial do Cuidador de W. Dunn em alguns casos.

Resultados

Neste período foram avaliadas em primeira consulta 76 crianças, sendo que 44/76 (58%) eram do sexo masculino. A faixa etária compreendia crianças desde os zero até aos quatro anos inclusive, e desta amostra mais de 50 % tinham idades entre os três e os quatro anos. A média de idades das crianças observadas foi de 39 meses.

Todas as crianças observadas foram enviadas pelos médicos do Serviço Nacional de Saúde e privados (76/76 - 100%). Os motivos mais frequentes de referência a esta consulta foram, por ordem decrescente: instabilidade, atraso na linguagem, dificuldades do sono, heteroagressividade, masturbação e comportamentos regressivos.

Uma percentagem significativa das crianças (34/76 - 45%) não apresentou qualquer diagnóstico no eixo I (doença na criança), dos restantes 55% (42/76) destacam-se: perturba-

ções do afecto (11/42 - 27%), seguidas da perturbação da relação e comunicação (7/42 - 17%) e das perturbações da regulação do processamento sensorial (5/42 - 7%). Relativamente ao grupo de crianças com o diagnóstico de perturbação do afecto, verificou-se que a idade média na primeira consulta foi de trinta e sete meses. Foram enviados sobretudo pelos Médicos de Família (7/11 - 64%), mas também por Pediatras (3/11 - 27%) e Pedopsiquiatras (1/11 - 9%). Os motivos de referência foram: instabilidade psicomotora (4/11 - 36%), atraso de linguagem (3/11 - 27%) e “medos” (2/11 - 18%), entre outros.

Nas crianças com perturbação da relação e comunicação a idade média na primeira observação foi de 42 meses, apenas um apresentava idade inferior a três anos. Estas crianças foram maioritariamente referenciadas pelo Médico de Família (4/7 - 57%), mas também por Pediatras (2/4 - 29%) e Pedopsiquiatras (1/7 - 14%). O motivo de consulta mais referido foi o atraso de linguagem (5/7 - 71%), mas a instabilidade psicomotora (2/7 - 29%) também surgiu como sintoma de referência. As crianças com perturbação da regulação do processamento sensorial apresentaram uma idade média de 32 meses na data da primeira consulta. Foram enviados pelos Médicos de Família (3/5 - 60%) e pelos Pediatras (2/5 - 40%), por apresentarem instabilidade psicomotora (2/5 - 40%), atraso desenvolvimento (1/5 - 20%), comportamentos regressivos (1/5 - 20%) e auto e heteroagressividade (1/5 - 20%).

No Eixo II (relacional) constatou-se a existência de uma elevada percentagem de crianças (30/76 - 39%) com diagnóstico apenas neste Eixo, sendo a perturbação da relação mais frequente a subenvolvida. Relativamente ao PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale) a maioria dos casos (19) pontuava na Afectada (51-60).

No Eixo III verificou-se que mais de 40% não apresentava patologia. No entanto, em alguns casos constatou-se a existência de atraso global do desenvolvimento, atraso da linguagem e em menor percentagem epilepsia.

O nível sócio-económico apresentou uma distribuição com predomínio das classes média e média baixa, correspondendo às classes III e IV de Graffar.

Para a avaliação do desenvolvimento das crianças utilizou-se a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de R. Griffiths. Os resultados obtidos permitem-nos apontar como áreas mais problemáticas a Área da Audição-Linguagem, Coordenação Óculo-Motora e Raciocínio Prático. De uma forma geral os resultados foram médios/médios-baixos, sendo pequena a percentagem de valores superiores aos normativos (88-113). A área onde se obtiveram melhores resultados foi a Área Locomotora.

Discussão

Começamos por caracterizar resumidamente a população que nos procura e compará-la com a que procurou a Unidade da PI de Lisboa (UPI)¹³. Verificamos que enquanto que na UPI apenas 67,2% foram referenciados pelo Médico¹³, no nosso serviço todos foram enviados pelos Médicos do Sistema Nacional Saúde e Privados (100%).

Quanto à média de idades, na nossa consulta esta foi ligeiramente superior (39 meses) à da UPI cuja idade média foi de 26 meses. As crianças com perturbações do afecto foram referenciadas à nossa consulta com idades médias (37 meses) inferiores à média de idades do total da amostra (39 meses). No entanto, os motivos de pedido de consulta foram pouco específicos, o que demonstra a dificuldade em reconhecer e referenciar a presença destas perturbações em idades precoces. De salientar o facto das crianças que são diagnosticadas com perturbação da relação e comunicação apresentarem uma idade média superior (42 meses), em relação à média de idades do total da amostra (39 meses). A referência mais tardia das crianças com este diagnóstico pode ser consequente à falta de sensibilização dos médicos para os sinais de alarme precoces desta patologia.

A média de idades das crianças com PRPS foi inferior à média de idades do total da amostra, o que pode traduzir o facto desta perturbação dar sinais em áreas significativas, como a alimentação, o sono e a actividade motora. Parece-nos, no entanto, importante alertar que nesta perturbação os motivos de referência à consulta mais frequentes são a suspeita de PEA e de PHDA, que correspondem aos diagnósticos diferenciais do tipo hipossensível e impulsivo respectivamente.

A limitação principal deste estudo foi o tamanho reduzido da amostra. No entanto, quando comparado com um estudo com amostra muito superior¹³, de 527 casos, (UPI) verificou-se uma semelhança significativa nos resultados obtidos.

Conclusões

Os motivos mais frequentes de referência à consulta da primeira infância foram instabilidade e atraso na linguagem. Apenas um número reduzido de crianças foi orientado antes dos três anos, sendo este número ainda menos representativo nos casos em que foi diagnosticada perturbação da relação e comunicação, o que poderá ter um impacto negativo no prognóstico.

A maioria das crianças referenciadas tinha psicopatologia. No entanto, um número significativo não apresentava critérios para diagnóstico de descompensação psicopatológica, mas sim perturbação na relação com os cuidadores.

Todas as crianças foram referenciadas à nossa consulta por médicos, sobretudo de Medicina Geral e Familiar e Pediatria.

Assim, parece-nos importante a sensibilização dos Cuidados Primários de Saúde e dos Serviços de Pediatria para a psicopatologia desta faixa etária.

Referências

1. Zeanah CH. *Handbook of Infant Mental Health*. 2ª Edição. New York: The Guilford Press; 2005.
2. Gonçalves MJ. Uma nova perspectiva em saúde mental do bebé. A experiência da Unidade da Primeira Infância. *Análise Psicológica* 2003; 1 (XXI): 5-12.
3. Greenspan S. *Infancy and Early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison CT: International University Press; 1992.
4. Cabanyes TJ, Garcia VD. Identification and early diagnosis of the autistic spectrum disorders. *Rev Neurol* 2004; 39:81-90.
5. Autism Spectrum Disorders (ASDs); Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Acessível em <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>
6. Ozonoff S. Causal mechanism of autism: unifying perspectives from an information processing framework. In Cohen DJ & Volkmar (Eds). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 2ª Edição; New York: Wiley; 1997; 868-79.
7. DelCarmen-Wiggins R, Carter A. *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment*. 1ª Edição; New York: Oxford University Press; 2004.
8. Greenspan S, Wieder S. Regulatory disorders. In Zeanah CH (Ed.). *Infant mental health*. 2ª Edição; New York: The Guilford Press; 1993.
9. Egger HL, Fenichel E, Guedeney A, Wise BK, Wright HH, Emde RN. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC: 0-3R)*. Washington DC: Zero to Three Press; 2005.
10. Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Arlington VA; 1994.
11. Graffar M. *Une méthode de classification sociale - échantillons de la Population*. Courrier 1956; 6:455-9.
12. Griffiths R. *The abilities of young children*. London: Child developmental research centre; 1970.
13. Gonçalves MJ, Caldeira SP. A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica* 2003; 1 (XXI): 13-21.