

IMPACTO DO ABUSO OU MAUS TRATOS CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Lúcia Abelha Lima¹

DEPRESSÃO

A depressão na infância e na adolescência pode se caracterizar por explosões de raiva e irritabilidade. Embora possa ocorrer em todas as idades, os adolescentes são particularmente vulneráveis às ideias e tentativas de suicídio.

O problema de se diagnosticar depressão na infância é que ela se apresenta de forma diferenciada de acordo com a idade da criança e pode se originar de outras causas que não sejam a violência e os maus tratos.

A depressão infantil se caracteriza principalmente por:

- 1- O humor disfórico;
- 2- A auto-depreciação;
- 3- A agressividade ou a irritação;
- 4- Os distúrbios do sono e da alimentação;
- 5- A queda no desempenho escolar;
- 6- A diminuição da socialização;
- 7- A modificação de atitudes em relação à escola ou amigos;
- 8- A perda da energia habitual, do apetite e/ou peso.

Principais sintomas clínicos de depressão encontrados em criança e adolescente

- Fase Pré-verbal
 - Manifestações não-verbais, como postura, expressão facial;
 - Inquietação/retraimento/apatia;
 - Recusa de alimentos;
 - Perturbação do sono.

¹ Lúcia Abelha Lima - Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1977), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1993) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1999). Atualmente é Professora Associada no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental do estudante universitário, reforma psiquiátrica, violência e tentativa de suicídio. Tem 58 artigos publicados em periódicos e 11 capítulos de livros publicados

- Fase Pré-escolar
 - Dores abdominais;
 - Falhas de ganho de peso para a idade;
 - Fisionomia triste ou de lamentação
 - Irritação;
 - Diminuição do apetite;
 - Agitação psicomotora ou hiperatividade;
 - Transtorno de sono;
 - Estereotípias

- De 2 a 5 anos
 - Dependência excessiva;
 - Humor irritável;
 - Ansiedade de separação;
 - Controle precário de impulsos;
 - Diminuição de apetites;
 - Agitação psicomotora e hiperatividade;
 - Transtornos de sono.

- De 6 a 12 anos
 - Tristeza e choro frequente;
 - Lentidão de movimentos;
 - Voz monótona e monossilábica;
 - Baixa auto-estima;
 - Agitação psicomotora ou hiperatividade;
 - Baixo rendimento escolar;
 - Pensamento suicida

- De 12 a 16 anos
 - Desesperança e perda de interesse;
 - Dificuldade de concentração na escola;
 - Insônia ou hipersonia;
 - Transtornos alimentares;

- Uso abusivo de drogas;
- Risco de suicídio*

Quando a criança ou adolescente procura ou é trazida a um serviço de saúde com histórico de violência ou abuso, é muito importante que ela seja ouvida e que seja dada atenção não só à sintomatologia apresentada no momento, mas também aos seus sentimentos e aos da família, em relação ao que está acontecendo. O entrosamento da equipe e a formação de uma rede inter-institucional efetiva são pontos fundamentais a serem discutidos para o bom resultado do tratamento, pois na maioria das vezes o apoio a essa criança ou adolescente envolve terapia familiar, farmacológica, e suporte social.

CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO – CID I0 (classificação internacional de doenças) F32 – EPISÓDIO DEPRESSIVO

Crítérios Gerais

G1- O episódio depressivo deve durar pelo menos duas semanas.

G2- Não houve sintomas hipomaníacos ou maníacos suficientes para satisfazer os critérios para episódio hipomaníaco ou maníaco (F30) em qualquer época de vida do indivíduo.

G3- *Cláusula de exclusão mais comumente usada.* O episódio não é atribuído ao uso de substância psicoativa(F10-F19) ou a qualquer transtorno mental orgânico (no sentido de F00-F09).

Síndrome somática

- 1- Marcante falta de interesse e prazer em atividades que são normalmente agradáveis;
- 2- Falta de reações emocionais a eventos ou atividades que normalmente produzem uma resposta emocional;
- 3- Alterações do horário de sono;
- 4- Depressão se mostra pior pela manhã;
- 5- Evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora marcante (observado ou relatado por outra pessoa);
- 6- Marcante perda de apetite;

*As ideias de suicídio ocorrem em todas as idades em diferentes intensidades sendo mais frequentes durante a adolescência.

7- Perda de peso (5% ou mais de peso corporal no último mês);

8- Marcante perda de libido;

A- Os critérios gerais para episódio depressivo (F32) devem estar satisfeitos

B- Pelo menos dois dos três sintomas seguintes devem estar presentes:

- 1- Humor deprimido em um grau que é definitivamente anormal para o indivíduo, presente pela maior parte do dia e quase todos os dias, largamente não influenciado pelas circunstâncias e mantido por pelo menos 2 semanas;
- 2- Perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis;
- 3- Energia diminuída ou fadabilidade;

C- Um sintoma ou sintomas adicional (is) da lista seguinte deve(m) estar presente(s), perfazendo um total de pelo menos quatro:

- 1- Perda de confiança ou auto estima;
- 2- Sentimentos irracionais de auto reprovação ou culpa excessiva e inapropriada;
- 3- Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio ou qualquer comportamento suicida;
- 4- Queixas ou evidências de diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, tais como indecisão ou vacilação;
- 5- Alteração ou atividade psicomotora com agitação ou lentificação (tanto subjetiva como objetiva);
- 6- Qualquer tipo de perturbação do sono;
- 7- Alteração do apetite (diminuição ou aumento), com correspondente alteração de peso.

Quando a criança ou adolescente procura ou é trazida a um serviço de saúde com histórico de violência ou abuso, é muito importante que ela seja ouvida e que seja dada atenção não só a sintomatologia apresentada no momento, mas também aos seus sentimentos e aos da família, em relação ao que está acontecendo.

O entrosamento da equipe e a formação de uma rede interinstitucional efetiva são pontos fundamentais a serem discutidos para o bom resultado do tratamento, pois na maioria das vezes o apoio a essa criança ou adolescente, envolve terapia familiar, farmacológica, e suporte social.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

- Definição: é o desenvolvimento de sintomas característicos, após a exposição a um extremo estressor traumático, envolvendo experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa.
- Pode ocorrer em qualquer idade
- A gravidade, duração e proximidade da exposição de um indivíduo ao evento traumático são os fatores mais importantes para o desenvolvimento desta síndrome.
- Fatores que influenciam o transtorno:
 - Sociais
 - História familiar
 - Experiências da infância
 - Variações de personalidade;
 - Transtornos mentais pré-existentes
- Eventos traumáticos diretos
 - Não se limitam aos combates militares;
 - Agressão pessoal violenta (sexual, física, assalto à mão armada, roubo);
 - Sequestro;
 - Tortura;
 - Desastres naturais;
 - Desastres causados pelo homem;
 - Graves acidentes automobilísticos;
 - Ataque terrorista;
 - Receber o diagnóstico de uma doença que traz risco de vida;
 - Eventos sexualmente traumáticos para crianças e adolescentes;
- Eventos traumáticos vivenciados indiretamente

Eventos vivenciados por outros, dos quais o indivíduo toma conhecimento:

 - Agressão pessoal violenta;
 - Sério acidente ou ferimentos graves sofridos por um membro da família ou amigo íntimo;
 - Conhecimento da morte súbita;

- Conhecimento de uma doença de risco de vida, em familiar ou pessoa do convívio.
- O evento traumático pode ser revivido de várias maneiras:
 - Recordações recorrentes e intrusivas do evento;
 - Sonhos aflitivos recorrentes;
 - Intenso sofrimento psicológico;
 - Reatividade fisiológica;
 - Estado dissociativo.

Isto quando a pessoa é exposta a eventos ativadores que trazem à lembrança ou simbolizam um aspecto ocorrido no evento traumático.
- Especificadores usados para definir o início e a duração dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático:
 - Agudo: duração dos sintomas inferior a três meses;
 - Crônico: os sintomas duram 3 meses ou mais;
 - Com início tardio: 6 meses decorrentes entre o evento traumático e o início dos sintomas.
- Quadro clínico:
 - Ansiedade ou excitação que não estavam presentes antes do trauma;
 - Insônia, pesadelo;
 - Hipervigilância;
 - Irritabilidade ou ataque de raiva;
 - Dificuldade em concentrar-se ou completar tarefas;
- Achados no exame físico:
 - Dor ou sequelas do próprio trauma;
 - Aumento da excitabilidade;
 - Taquicardia;
 - Taquipnéia;
 - Contratura muscular intensa;
 - Sudorese profusa

Outros Sintomas

- Os estímulos associados com o trauma são evitados;

- Evita pensamentos, sentimentos ou conversa sobre o evento traumático;
- Evita as atividades, situações, e pessoas que provoquem recordações do evento;
- Indivíduo pode queixar-se de acentuada diminuição do interesse ou participação em atividades anteriormente prazerosas;
- Sentir-se deslocado ou afastado de outras pessoas;
- Capacidade reduzida de sentir emoções (sexualidade);
- Sentimento de futuro abreviado;
- Sentimento de culpa (sobrevivência);
- Conflito conjugal, divórcio, perda de emprego;
- Outros transtornos associados:
 - Transtorno do pânico;
 - Agorafobia (medo de estar em ambientes abertos ou públicos);
 - Transtorno obsessivo-compulsivo;
 - Fobia social;
 - Fobia específica;
 - Transtorno de somatização;
 - Transtorno relacionado ao uso de substâncias;
 - Transtorno depressivo maior

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO – F43.1 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

- A- O paciente deve ter sido exposto a um evento ou situação estressante (de longa ou curta duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causaria angústia invasiva em quase todas as pessoas;
- B- Deve haver rememoração ou revivência persistente do estressor nos flashbacks intrusos, memórias vividas, sonhos recorrentes ou em sentir angústia quando da exposição a circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor.
- C- O paciente deve evitar (ou preferir fazê-lo) circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor, o que não estava presente antes da exposição ao estressor.
- D- Um dos seguintes deve estar presente:
- 1- Incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;

- 2- Sintomas persistentes de sensibilidade e excitação psicológica aumentada (não presentes antes da exposição ao estressor), mostrados por dois dos seguintes
- a) Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo;
 - b) Irritabilidade ou explosões de raiva;
 - c) Dificuldade de concentração;
 - d) Hipervigilância;
 - e) Resposta de susto exagerada.

E- Os critérios B, C e D devem ser todos satisfeitos dentro de 6 meses do evento estressante ou ao final de um período de estresse (para alguns propósitos, um início demorado mais de 6 meses pode ser incluído, mas isso deve ser claramente especificado).

- **Diagnóstico diferencial**
 - Transtorno do humor;
 - Transtorno de ansiedade;
 - Transtorno de pânico;
 - Transtorno depressivo;
 - Transtorno de estresse agudo;
 - Transtorno obsessivo-compulsivo;
 - Transtorno psicótico leve;
 - Esquizofrenia;
 - Delirium.

Os flashbacks do transtorno de estresse pós-traumático devem ser diferenciados das ilusões, alucinações e perturbação da percepção.

Apesar de sanados os outros problemas clínicos, permanecem os danos emocionais, e as crianças e adolescentes deverão ser acompanhados com apoio psicoterapêutico e social.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª ver. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.