

Desafios do tratamento psiquiátrico para crianças e adolescentes

Marcela Alves de Moura¹

Centro Médico Integrado do Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba, Piracicaba, São Paulo

O tratamento psiquiátrico é abrangente e multimodal, envolvendo desde variadas abordagens psicoterápicas, farmacoterapia, psicoeducação, orientação parental e familiar até uso de estratégias para manejo de sintomas e para desenvolvimento de habilidades que tornem o paciente mais competente e autônomo no desempenho das suas funções. Tratar de crianças e adolescentes apresenta ao psiquiatra muitos desafios. Alguns desses desafios são inerentes à peculiar condição de o paciente ser menor de idade. Como trataremos de algumas dessas dificuldades comuns aos dois grupos, crianças e adolescentes serão referidos neste artigo como “crianças”. A própria definição de quem é o paciente precisa ser mais ampla, uma vez que, no tratamento de vários transtornos que se manifestam nessa população, a família é peça fundamental para a recuperação da criança.¹

As dificuldades começam com o acesso ao tratamento, já que há ainda certa resistência por parte dos adultos em acreditarem que crianças sofrem de transtorno psiquiátrico. Muitas vezes, o sofrimento psíquico em crianças é traduzido em mau comportamento e, em consequência, tal sofrimento é mal-entendido, com as crianças sendo percebidas como simplesmente “manheiras” ou “mimadas”. A própria comunidade médica demorou, e na prática às vezes ainda resiste, a reconhecer a existência de transtornos psiquiátricos entre crianças. Exemplo disso é que a depressão infantil só foi reconhecida pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos em 1975.²

Geralmente, crianças são trazidas para tratamento por iniciativa dos seus pais e grande parte delas chega contrariada para avaliação. No primeiro contato, é muito importante investir numa interação que inspire acolhimento, confiança e compreensão, que possibilite uma conexão com a criança. Para poder se aproximar, acolher e ajudar a criança, o profissional precisa demonstrar empatia e atitude flexível,³ criando uma atmosfera de segurança. Além disso, é recomendável que se ajude a criança a achar a sua própria razão para estar em terapia ou identificar algum benefício que ela poderia ter com o tratamento. Motivação para mudança é fundamental para que a criança participe de forma ativa e efetiva da psicoterapia.⁴ Por outro lado, pais motivados com o tratamento podem contribuir para que seus filhos também se sintam motivados.¹

O processo diagnóstico com crianças é bastante interessante porque exige que apliquemos o conhecimento de psicopatologia para avaliar sintomas, porém, levando em consideração fatores ambientais (contexto e dinâmica familiar) e a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra. Assim, conta muito a idade e o desenvolvimento intelectual para determinar o quanto a criança é capaz de entender e descrever o quadro que ela pode estar experimentando. Habilidade e experiência do entrevistador também são necessárias para determinar o quanto há de real ou imaginário no relato do pequeno paciente. A entrevista com pais tem grande valor, na medida em que poderão descrever com maior objetividade o problema. No entanto, a percepção dos pais e da criança sobre os problemas com frequência é diferente, daí a importância de se fazer entrevista com crianças e pais separadamente. Em geral, pais descrevem melhor os sintomas comportamentais e as crianças descrevem melhor os sintomas emocionais, sendo, às vezes, a entrevista com a criança a única fonte de informação de que ela possa estar experimentando ideação suicida.⁵ Além disso, deve-se atentar para o fato de o paciente e seus pais terem demandas diferentes e para a necessidade da contínua avaliação de qual delas deverá ser atendida.⁶

Embora a decisão de procurar tratamento seja dos pais, com frequência é difícil incluí-los no processo terapêutico. A capacidade dos pais de se incluírem ou não nesse processo pode influenciar o resultado da terapia com a criança.¹ Muitos pais chegam ao consultório com a ideia de que o filho tem um problema e que o psiquiatra vai resolvê-lo e, quando é proposta uma abordagem que inclua a família, pais podem apresentar resistência, dificultando o trabalho terapêutico.⁷ Porém, quanto menor e/ou imatura a criança, maior a necessidade dos pais de se tornarem conscientes sobre a forma com que podem contribuir para os problemas apresentados por ela. A ligação entre pais e filhos é intensa e poderosa. Assim, é de fundamental importância que a família seja incluída no tratamento.⁸ Os problemas apresentados pela criança podem ser consequência do que é vivenciando na família ou determinados pelas condições emocionais dos pais.³

¹MD, PhD. Psiquiatra, mestre e doutora em Psicologia Clínica, Centro Médico Integrado do Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba, Piracicaba, São Paulo.

Maturidade e “prontidão” são duas questões de desenvolvimento que podem interferir no tratamento. No presente artigo, prontidão refere-se à condição do paciente de estar aberto e apto a participar de forma ativa do processo terapêutico. Idade cronológica ajuda a fazer uma estimativa do que se pode esperar de cada paciente, entretanto, a maturidade de cada indivíduo é que determina qual a abordagem mais apropriada para cada caso. Pesquisas na área de desenvolvimento infantil sugerem que o desenvolvimento cognitivo que acompanha o amadurecimento facilita o entendimento do propósito da terapia e, conseqüentemente, uma participação mais efetiva no processo terapêutico.⁹ A falta de prontidão para esse processo pode criar grandes barreiras, com o paciente assumindo uma postura defensiva, fruto de uma sensação de vulnerabilidade experimentada por ele. Não é impossível trabalhar com paciente que não esteja pronto, no entanto, isso requer que o terapeuta seja ainda mais compreensivo e hábil para ajudar a criança a preparar-se para o trabalho terapêutico.

Um desafio difícil de vencer, muitas vezes, é quando os pais têm expectativas irrealistas ou negativas a respeito do tratamento.¹ Uma boa parte das pessoas ainda resiste à consulta psiquiátrica. Assim, é comum que a família espere até que o quadro apresentado pela criança se agrave, chegando todos à consulta com uma longa história de passagem por vários profissionais de saúde, desgastados e ávidos por uma solução rápida. O modelo médico tradicional nutre a ideia de que o médico “cura” e o paciente é passivamente curado. Diante do psiquiatra, não é rara a fantasia de um terapeuta “todo poderoso” que resolverá todos os problemas.¹⁰ Tratamento psiquiátrico é eficaz, mas a melhora costuma ser gradual, exigindo, na maioria das vezes, o trabalho conjunto do profissional, dos pais, da criança e da escola. Além disso, dependendo do diagnóstico e/ou da gravidade do quadro, a criança vai exigir muito empenho dos pais para atingir progressos modestos.

A garantia de sigilo dentro da relação médico-paciente é direito do paciente e, dentro da psicoterapia, imprescindível para o estabelecimento de um vínculo seguro.¹¹ Porém, os critérios para quebra do sigilo podem não ser tão claros quando considera-se comportamento de risco entre crianças, responsabilidade médica e responsabilidade dos pais, criando, por vezes, um grande dilema ético.⁶ Os pais têm o dever de proteger seus filhos e o direito de saber quando eles estão sofrendo risco iminente de morte. O médico, por sua vez, ao tomar conhecimento de comportamento ou de evidente intenção da criança de colocar em ação um comportamento que represente risco de morte, tem o dever de tomar todas as medidas possíveis para garantir a integridade do seu paciente. Isso, na maioria das vezes, significa comunicar aos pais, quebrando o sigilo. No entanto, a impulsividade inerente ao comportamento das crianças, a forma intensa, mas também volúvel com que os jovens experimentam suas emoções pode tornar nebulosa a avaliação desse potencial

de risco. Conseqüentemente, a decisão de quando envolver os pais nem sempre é óbvia.

Talvez nenhum desafio seja mais frustrante para o psicoterapeuta do que a terminação precoce da psicoterapia, um problema preocupante para os profissionais que trabalham com crianças.^{12,13} Vários fatores podem levar à interrupção precoce da terapia: uma fraca aliança terapêutica, pouco crédito dado ao tratamento pela família, grande comprometimento psicológico da criança e seus familiares, limitadas condições financeiras, expectativas de melhora imediata, entre outros.¹⁴ Além disso, na prática clínica, não raramente, pais acabam por abandonar o tratamento diante da melhora rápida da criança, muitas vezes sem uma chance de que essa opção seja trabalhada com o terapeuta, impossibilitando a avaliação e discussão sobre riscos de recorrência do quadro ou agravamento de sintomas.

A medicação psiquiátrica também tem suas limitações na população pediátrica. As pesquisas sobre eficácia dos medicamentos, por razões óbvias, são feitas essencialmente com adultos.¹⁴ Dessa forma, leva mais tempo para as informações e a liberação para o uso da medicação em crianças chegarem ao alcance do psiquiatra. Além disso, alguns medicamentos não são metabolizados em crianças da mesma forma que em adultos, fazendo com que tenham características diferentes quando administrados nelas.¹⁵ É impossível precisar antecipadamente qual a melhor medicação para cada criança e, com frequência, precisa-se trocar ou associar medicamentos.⁵ Alguns remédios têm sua forma de apresentação limitada, por exemplo, apenas comprimidos, que nem toda criança é capaz de tomar. Medicação de uso contínuo pode ser difícil em qualquer idade, mas na adolescência, questões relacionadas à necessidade de inclusão, de não ser diferente dos outros, costumam incitar certa resistência ao uso de medicação. É importante que todos esses pontos sejam cuidadosamente conversados com os pais e a criança antes e durante o uso de medicação.

O trabalho com crianças está sempre colocando o profissional à prova, exigindo atenção, paciência, persistência, habilidade e criatividade. Por outro lado, através da superação dos obstáculos, psicoterapeuta, criança e pais podem ter uma relação fundamentada na confiança, colaboração e conhecimento mútuos que serve de instrumento na recuperação do paciente. No mundo moderno, as crianças precisam lidar com muitas demandas: responsabilidades acadêmicas e excesso de atividades extracurriculares, exposição e uso indevido da internet e redes sociais, separação dos pais e adaptação a novas organizações familiares, preocupações com aceitação social e popularidade. Os pais, por sua vez, cada vez mais ocupados, com frequência têm limitado o nível de supervisão e participação parental na vida de seus filhos. Essa nova realidade torna o trabalho do profissional de saúde mental premente e essencial para garantir a saúde, o bem-estar e uma boa qualidade de vida desses jovens pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira IT. Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais [Criteria of indication for brief psychotherapy with children and parents]. *Psicol Teor e Prát.* 2002;4(1):39-48.
2. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes [Depression in childhood and adolescence: clinical features]. *J Pediatr (Rio J).* 2002;78(5):359-66.
3. Golfeto JH, Mian H. Abordagem psicoterápica da criança e da família no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. [Psychotherapeutic approach to children and family of the University of São Paulo-Ribeirão Preto General Hospital]. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1999;32(2):203-10.
4. Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança [Group psychotherapy and considerations concerning the patient as na agent for his own change]. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10(3):383-91.
5. Fu-I L. Transtorno bipolar na infância e na adolescência. São Paulo: Segmento Farma; 2007.
6. Alves LCA. Ética e psiquiatria. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007.
7. Costa MIM, Dias CMSB. A prática da psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: psicodrama, Gestalt terapia e centrada na pessoa [The child psychotherapy practice according to the following approaches: psychodrama, Gestalt therapy and person-centered]. *Estud Psicol (Campinas).* 2005;22(1):43-51.
8. Finkel LA. O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública [The mother's place in the child psychotherapy: an experience of psychological attendance in public health]. *Psicol Cienc Prof.* 2009;29(1):190-203.
9. Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Morton T. Effects of psychotherapy with children and adolescent revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychol Bull.* 1995;117(3):450-68.
10. Bechelli LPC, dos Santos MA. O paciente na psicoterapia de grupo [Patients in group psychotherapy]. *Rev Latinoam Enferm.* 2005;13(1):118-25.
11. Trancas BV, Melo JC, Santos NB. O pássaro de Dodó e os factores comuns em psicoterapia. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.* 2005;75-87. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Trancas.pdf>. Acessado em 2011 (Mai 12).
12. Deakin EK, Nunes MLT. Abandono de psicoterapia com crianças [Child psychotherapy dropout]. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(3):145-51.
13. Gastaud MB, Nunes MLT. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças [Predictors of treatment dropout in child psychoanalytical psychotherapy]. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(1):13-23.
14. Brasil HHA, Belisário Filho JF. Psicofarmacoterapia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl 2):42-7.
15. Assumpção Jr FB, Curátolo E. *Psiquiatria infantil: guia prático.* Barueri: Manole; 2004.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Marcela Alves de Moura
Av. Independência, 940 – sala 62
Piracicaba (SP)
CEP 13419-155
Tel. (19) 3429-7300/3041-0435
E-mail: marcelamoura@hotmail.com

Fontes de fomento: nenhuma declarada

Conflitos de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 1 de março de 2011

Data da última modificação: 21 de abril de 2011

Data de aceitação: 17 de maio de 2011