

O que fazer? • Como ajudar? • O papel da prevenção • Fatores de proteção • Posvenção • O luto dos sobreviventes

3 | Transtornos mentais e suicídio na infância e adolescência

Andrea Amaro Quesada, Carlos Henrique de Aragão Netto,
Josianne Martins de Oliveira e Marina Saraiva Garcia



Prevenção ao Suicídio



DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
MULHER, DA FAMÍLIA E
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO GERAL

Ministro interino da Saúde

Eduardo Pazuello

Secretária da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Mayra Isabel Correia Pinheiro

Diretor do Departamento de Gestão da Educação em Saúde

Vinícius Nunes Azevedo

Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas, Inovações e Avaliação em Saúde

Musa Denaise de Sousa Morais de Melo

Equipe Técnica

Adriana Fortaleza Rocha da Silva, Bethânia Ramos Meireles, Cidália Luna Alencar Feitosa de Oliveira, Daniele Alencar Neves Bremgartner, Janaina Nogueira da Silva, Juliana Ferreira Lima Costa, Priscila Neves Dalcin, Rosanna Rocha Amazonas e Rosany Ferreira Rios Fonseca

OPAS/OMS

Coordenação Geral

Monica Padilla

Equipe técnica

Maria Alice B. Fortunato, Cristiane Gosch Scolari e Catarina Magalhães Dahl

CURSO PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Concepção e Coordenação Geral

Cliff Villar

Coordenação Executiva

Ana Cristina Barros

Coordenação Adjunta

Patrícia Alencar

Coordenação de Conteúdo

Renata Nayara da Silva Figueiredo

Coordenação Pedagógica

Patrícia Brun

Consultoria Técnica de Psicologia

Carlos Henrique de Aragão Neto e Andrea Amaro Quesada

Editorial e Revisão

Thaís Brito Mendonça

Projeto Gráfico

Amaurício Cortez

Edição de Design

Andrea Araujo e Kamilla Damasceno

Design e Diagramação

Karla Saraiva

Arte finalização

Miqueias Mesquita

Ilustração

Rafael Limaverde

Coordenação de Produção

Gilvana Marques

Produção

Rebeca Saboia e Beth Lopes

Marketing e Estratégia

Wanessa Lugoe

Performance Digital

Natércia Melo, Fernando Diego e Isadora Colares

Assessoria de Comunicação

Joelma Leal

Estratégia e Relacionamento

Alexandre Medina, Adryana Joca e Juliana Menezes

FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA (FDR)

Presidência

João Dummar Neto

Direção Administrativo-Financeira

André Avelino de Azevedo

Gerência Geral

Marcos Tardin

Gerência Editorial e de Projetos

Raymundo Netto

Análise de Projetos

Aurelino Freitas, Fabrícia Gois, Emanuela Fernandes

UNIVERSIDADE ABERTA DO NORDESTE (UANE)

Gerência Pedagógica

Viviane Pereira

Coordenação de Cursos

Marisa Ferreira

Designer Educacional

Joel Bruno

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Q54t Quesada, Andrea Amaro

Transtornos mentais e suicídio na infância e adolescência / Andrea Amaro Quesada, Antônio Gilberto Ramos Nogueira, Carlos Henrique de Aragão Neto e Vagner Silva Ramos Filho. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. 15 p. : il. color. (Curso Prevenção ao Suicídio; fascículo 3).

ISBN 978-65-86094-33-6

1. Transtornos mentais e emocionais. 2. Suicídio. 3. Prevenção ao suicídio. I. Nogueira, Antônio Gilberto Ramos. II. Aragão Neto, Carlos Henrique de. III. Ramos Filho, Vagner Silva. IV. Título.

CDD 616.858445

Elaborado por Francisco Edvander Pires Santos - CRB-3/1212



Todos os direitos desta edição reservados à:

Fundação Demócrito Rocha

Av. Aguanambi, 282/A - Joaquim Távora

CEP: 60.055-402 - Fortaleza-Ceará

Tel.: (85) 3255.6037 - 3255.6148

fdr.org.br | fundacao@fdr.org.br

Esse fascículo é parte integrante do projeto "Ações Integradas de Educomunicação para prevenção ao Suicídio e da Automutilação" que entre si celebram a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde e a Fundação Demócrito Rocha, através da Carta Acordo nº SCON2020-00088.

The background features a warm orange and yellow color palette. At the top, a stylized sun with triangular rays is partially visible. Below it are large, white, textured cloud shapes. In the lower-left corner, there is a yellow paper-cut style hand with fingers spread. The overall aesthetic is clean and modern, using layered paper-like textures.

Sumário

Introdução 4

1. Especificidades na infância e adolescência 5

- 1.1. Epidemiologia do suicídio na infância e adolescência 5
- 1.2. Peculiaridades da avaliação na infância e adolescência 6
- 1.3. Fatores de risco de acordo com a idade 7

2. Transtornos mentais em idade precoce 9

- 2.1. Transtornos depressivos 9
- 2.2. Transtorno Bipolar 10
- 2.3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 11
- 2.4. Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) 11
- 2.5. Transtorno de ansiedade 13
- 2.6. Transtorno Desafiador Opositivo 13
- 2.7. Transtorno de Conduta 13
- 2.8. Transtornos de Estresse Pós-Traumático 14

Referências bibliográficas 15

INTRODUÇÃO



suicídio, um fenômeno multifacetado e complexo, ocorre em razão da interação de fatores genéticos, epigenéticos, sociais, econômicos e culturais (BOTEGA, 2015; TURECKI; BRENT, 2016). Trata-se de um

problema relevante de saúde pública, cujas taxas têm aumentado significativamente na população jovem em diversos países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2019). Apesar disso, a discussão sobre suicídio ainda é cercada de mitos, tabus e estigma social.

Considerando a importância da informação para a prevenção ao suicídio e a necessidade de uma intervenção precoce, o presente fascículo aborda a epidemiologia do suicídio na infância e na adolescência, as peculiaridades da avaliação nessa faixa etária e os fatores de risco de acordo com a idade, com foco nos transtornos mentais.

O objetivo deste fascículo é fornecer mais subsídios ao leitor para uma melhor compreensão a respeito da infância e da adolescência, sobre os transtornos mentais mais comuns nessa faixa etária e os principais fatores de risco para o suicídio nessa idade. O acesso à informação é uma ferramenta fundamental para a prevenção.

1.

ESPECIFICIDADES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1.1. EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Você sabia que a cada três segundos uma pessoa tenta tirar a própria vida e que há um suicídio a cada 40 segundos ao redor do mundo? Além disso, para cada suicídio completo, ocorrem no mínimo 20 tentativas (OMS, 2014). E você sabia também que, no Brasil, 32 pessoas

por dia tiram a própria vida (DA SILVA, *et al.*, 2018)? Trata-se de um tema complexo a ser discutido, sendo muitas vezes evitado, devido ao receio de incentivar o jovem a tirar a própria vida. Já o suicídio em crianças é um evento raro, embora pensamentos e tentativas possam ocorrer (KUCZYNSKI, 2014; KORCZAK, 2015). No entanto, as maiores taxas de prevalência de ideação (12,1%) e tentativa de suicídio (4,1%) ocorrem na adolescência quando comparadas a todos os outros momentos da vida (MIRANDA, 2014).

Segundo a Cartilha de Agenda Estratégica do Ministério da Saúde (MS), “a autoagressão está entre as três primeiras causas de morte entre as pessoas com idade entre 15 e 35 anos” (BRASIL, 2017, p. 9). Tentativa de suicídio é o principal motivo de atendimento psiquiátrico de emergência em adolescentes (SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010).

As estatísticas são preocupantes. Porém, apesar de todas as vidas perdidas anualmente, os suicídios são evitáveis. Estima-se que 96,8% dos que tiraram a própria vida tinham algum transtorno mental, não necessariamente diagnosticado e/ou tratado (DA SILVA *et al.*, 2018). É importante buscar entender todo e qualquer meio que vise a prevenção ao suicídio; os esforços devem ser abrangentes e integrados entre os múltiplos setores da sociedade (saúde, educação, economia, política, justiça e meios de comunicação) com o propósito de proporcionar um acesso mais amplo ao tratamento e sensibilizar a população para identificar precocemente as pessoas em risco e estabelecer intervenções adequadas.

1.2. PECULIARIDADES DA AVALIAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A morte de um ente querido é um evento extremamente doloroso. Quando isso ocorre na infância ou na adolescência, contrariando a ordem natural, essa perda torna-se ainda mais difícil, principalmente quando se trata de um suicídio.

Atentar-se para os comportamentos, as emoções, sentimentos e pensamentos da população infanto-juvenil, bem como sua realidade, é fundamental para prevenção ao suicídio. Portanto, é preciso explorar as diversas “infâncias” e “adolescências” em suas pluralidades, singularidades e fragilidades. Nesse sentido, torna-se importante reconhecer jovens em sua integralidade, contemplando as dimensões pessoal, familiar e socioeconômica, e assim atuar em todos os fatores de vulnerabilidade.

Em cada fase do desenvolvimento humano, há um entendimento diferente sobre

a morte e o morrer. Assim, para avaliar o risco de suicídio e o potencial de letalidade do comportamento da criança/adolescente, é necessário considerar qual é o conceito de morte para aquele indivíduo, pois o entendimento das consequências do ato suicida requer a compreensão da morte e das emoções a ela relacionadas (REIMHERR; MCCLELLAN, 2004).

Ordinariamente, dos 18 meses aos seis anos de idade, as crianças não fazem distinção entre o que tem vida e o que não tem, entendendo a morte como reversível e mutável (sendo possível reverter a morte). Já entre sete e onze anos de idade, a morte é entendida como irreversível, porém elas não conseguem explicar as causas e consequências da morte. Após os 11 anos de idade, a morte já é entendida como um processo interno que implica na parada das atividades do corpo, sendo universal e absoluto (TORRES, 1996, 1999, 2002).

Outro aspecto que deve ser considerado por ser uma característica marcante da juventude é a impulsividade, oriunda da imaturidade do lobo frontal, responsável pelo controle das emoções e tomada de decisão, o que pode levar à ação de forma impensada ou inconsequente, motivada pelo impulso e emoções (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2010; DA SILVA *et al.*, 2018).

Por todas as peculiaridades próprias da idade e do tema, a abordagem sobre suicídio precisa acontecer em ambiente tranquilo e acolhedor. A escuta deve ser cuidadosa e compassiva, sempre despida de julgamentos e suposições, visando descobrir as competências e os fatores de proteção do indivíduo

sinta à vontade. A família, os educadores, os profissionais de saúde e toda a comunidade precisam olhar atentamente para a criança/adolescente, a fim de identificar sinais de sofrimento emocional e comportamento suicida. Ao perceber/ouvir algo que gere preocupação quanto à saúde mental, um médico deve ser consultado imediatamente.

Lembre-se: às vezes, a criança ou adolescente que está pensando em suicídio não diz a você porque está preocupado com a sua reação. Perguntas diretas e sem julgamento podem incentivar a compartilhar seus pensamentos e sentimentos.

Perguntas que contribuem para avaliação da intencionalidade suicida em crianças e adolescentes:

- Você já ficou tão triste ou irritado que desejou estar morto?
- Você já fez algo com intenção de se machucar ou até mesmo de morrer?
- Você, às vezes, pensa em tirar a própria vida?
- Se sim, você já pensou em como faria isso?

(Adaptado de BOTEGA, 2015).

1.3. FATORES DE RISCO DE ACORDO COM A IDADE

Mesmo para um profissional com muita experiência, é impossível dizer com certeza se alguém irá ou não se suicidar. O que se pode fazer é avaliar o risco de isso acontecer em um determinado momento.

As razões que levam ao suicídio de um adolescente ou à tentativa de suicídio são multifatoriais e complexas. O desejo de morte pode variar, mas ele geralmente sofre a influência de pressões e estressores ambientais, o que acentua a relevância de avaliar, com atenção, as circunstâncias que tornam mais provável o comportamento suicida (TURRECKI; BRENT, 2016).

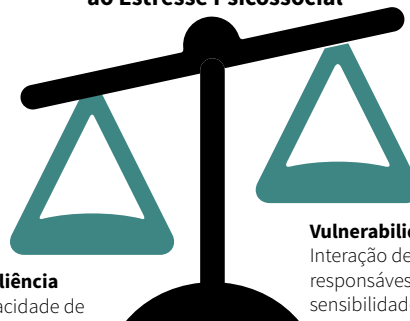
Os jovens com tendências suicidas normalmente emitem sinais de alerta. É importante prestar atenção a esses sinais, até porque nem sempre é fácil percebê-los.

A adolescência é cheia de conflitos e contradições, repleta de transformações biopsicossociais, período no qual o indivíduo não tem maturidade suficiente para ter independência, mas também não é mais criança para que possa deixar a responsabilidade de lado. É uma fase de intensa autocobrança e de pressão da sociedade para que o jovem se encaixe nos padrões. Muitas expectativas são criadas, podendo resultar em inseguranças e conflitos com as regras, sendo difícil distinguir os sinais que levam ao suicídio do comportamento esperado para a idade.

Esse período, turbulento por natureza, é caracterizado por inúmeros fatores de risco, os quais tornam os adolescentes ainda mais vulneráveis. São eles: fatores de risco sociodemográficos, genéticos e epigenéticos (mudanças de expressão gênica pelas experiências e ambiente), histórico e dinâmica familiar, psicopatologias, traumas, abusos, estresse, relações interpessoais disfuncionais, bem como características de personalidade, dentre outros.

As dificuldades de enfrentamento desses estressores representam um grande risco para a manifestação de psicopatologias e comportamento suicida. Como ilustrado na figura abaixo, a forma como o indivíduo vai responder ao estressor dependerá de seus recursos cognitivos, econômicos e sociais. Aliás, os recursos cognitivos são comprometidos nas psicopatologias, podendo aumentar ainda mais o risco de comportamento suicida (LUPIEN *et al.*, 2009).

Fatores que influenciam a resposta ao Estresse Psicossocial



Resiliência

Capacidade de minimizar ou superar efeitos nocivos.

Vulnerabilidade

Interação de fatores responsáveis: sensibilidade individual; estresse emocional.

FATORES DE RISCO

Pessoais: doenças psiquiátricas; desesperança; solidão; tristeza; impulsividade; preocupação; ansiedade; baixa autoestima; baixa resiliência; angústia, irritabilidade; agitação; sentimentos de inutilidade; perfeccionismo; pensamento desorganizado e/ou com conteúdo divergente da realidade; tentativa de suicídio prévia; uso de álcool e outras drogas; eventos estressantes; doenças clínicas crônicas e estigmatizantes; autolesão sem intenção suicida; ausência de rede de apoio; história de adoção; traumas decorrentes de abusos emocional, físico e/ou sexual; negligência; tentativa ou suicídio de pessoas conhecidas, famosas e/ou ídolos (efeito de contágio ou efeito Werther*).

Familiares: violência doméstica; pouca comunicação com os pais; grupo familiar em crise por separação conjugal; doença física ou morte; histórico familiar de transtornos mentais e/ou dependência química; histórico familiar de suicídio.

Sociodemográficos: pobreza; desemprego dos pais/responsáveis; baixo nível educacional; pertencer a minorias (LGBT**, indígena, pessoa em situação de rua); acesso aos meios letais para o suicídio.

Escolares: *bullying* e *cyberbullying*; baixo desempenho escolar; abandono escolar; problemas disciplinares; dificuldade de interação social.

**Os sofrimentos do jovem Werther*: livro banido na Europa no século XVIII pela acusação de induzir casos de suicídio entre jovens por identificação e imitação.

**LGBT: Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros e transsexuais.
Fonte: BOTEGA, 2015.

A prevenção ao suicídio envolve o reforço de fatores de proteção, bem como a diminuição de fatores de risco individuais e ambientais (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010). Segundo a OMS (2014), são fatores protetores: vínculos consistentes com familiares e pares; bom relacionamento no ambiente escolar (colegas e professores); habilidades socioemocionais como, autoconfiança, autocontrole e empatia; flexibilidade cognitiva; ter uma crença/religião e integração social.

Quanto mais fatores de risco para o adolescente, maior será o risco de suicídio.

Quanto mais sólidos os fatores de proteção, menor chance de suicídio, mesmo na presença de fatores de risco.

2.

TRANSTORNOS MENTAIS EM IDADE PRECOCE

D

iversos distúrbios de saúde mental podem surgir na infância/adolescência, tais como depressão, ansiedade, transtornos alimentares, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos

de conduta, transtorno de estresse pós-traumático, dentre outros. O que diferencia uma psicopatologia de uma emoção típica como ansiedade é o seu caráter disruptivo e disfuncional.

Na maioria destes transtornos, os sintomas tendem a ser semelhantes a sentimentos que todos vivenciam, como tristeza, raiva, impulsividade, desconfiança, excitação, distração, hiperatividade e solidão. A diferença entre um transtorno e um sentimento normal é a intensidade com que este se apresenta e o tempo de duração dos sentimentos/sintomas. Esse quadro pode ser tão acentuado a ponto de interferir nas atividades normais e trazer sofrimento. Em razão do alto risco de comportamento impulsivo e autolesivo, as mudanças patológicas do comportamento não devem passar despercebidas ou ser confundidas com uma fase de temperamento difícil ou retraído.

Dentre os transtornos mentais, aqueles mais associados ao comportamento suicida são: (1) Transtornos de Humor (depressão e transtorno afetivo bipolar); (2) uso/abuso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); (3) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; (4) Transtornos de Ansiedade; (5) Transtorno Desafiador Opositivo; (6) Transtorno de Conduta; e (7) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, que serão abordados posteriormente (BOTEGA, 2015; SOUZA *et al.*, 2017).

2.1. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

A depressão, cuja origem é genética e ambiental, atinge cerca de 2% das crianças e 5% dos adolescentes. É caracterizada por comprometimentos cognitivos, emocionais e sociais. Atualmente ela é muito mais vista como alterações do hormônio do estresse, o cortisol. Na depressão, há um aumento desse hormônio, o que pode estar associado à atrofia hipocampal e a prejuízos de funções dependentes do lobo frontal, como as executivas: tomada de decisão, planejamento, controle das emoções, além de déficits na memória de trabalho (KANDEL *et al.*, 2014).

O diagnóstico nessa fase é mais difícil porque os sintomas se confundem com birra, tristeza, irritabilidade, agressividade e rebeldia. O que diferencia a depressão de tristeza é a intensidade e a persistência das emoções e comportamentos. (QUEVEDO; NARDI; DA SILVA, 2019).

A manifestação da depressão, na infância e adolescência, pode estar associada a eventos estressantes e traumáticos, privação de sono e deficiência nutricional. Dentre os eventos estressantes e traumáticos, pode-se citar: separação dos pais, abuso físico, emocional e/ou sexual, negligência, mudança de residência e/ou de escola, morte de parentes, amigos e/ou colegas, perda ou morte do animal de estimação. Essa psicopatologia é caracterizada por inúmeros sintomas, como citados no quadro da próxima página.

Sintomas:

- Tristeza profunda;
- Isolamento social;
- Apatia;
- Sentimento de culpa;
- Irritabilidade intensa;
- Anedonia: perda de prazer em atividades anteriormente prazerosas;
- Sentimentos de desesperança;
- Dificuldades de concentração e memória;
- Retardo ou agitação psicomotora;
- Angústia;
- Agressividade;
- Pessimismo;
- Alterações no apetite e/ou mudanças repentinas de peso;
- Mudanças bruscas de comportamento;
- Descuido com a aparência pessoal;
- Cansaço frequente;
- Perda de energia;
- Alterações no padrão de sono;
- Sintomas físicos, como dores de cabeça e estômago;
- Baixa autoestima e sentimento de inferioridade;
- Uso de álcool e/ou outras drogas;
- Ideação suicida ou pensamentos trágicos, incluindo o de morte.

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; QUEVEDO, NARDI; DA SILVA, 2019)

Fique atento!

Compreender a depressão nos adolescentes é fundamental. Observe os sinais e comportamentos dos adolescentes. É importante tentar manter a comunicação e expressar preocupação, apoio e amor.

Se o adolescente confia em você, mostre empatia e leve a questão a sério.

2.2. TRANSTORNO BIPOLAR

O diagnóstico do Transtorno Bipolar (TB), também conhecido como Transtorno de Humor Bipolar (THB), em crianças e adolescentes tem aumentado significativamente nos últimos anos. Na adolescência, a interação de fatores genéticos e ambientais aumentam a susceptibilidade de manifestação do transtorno (BALANZÁ-MARTÍNEZ; TABARÉS-SEISDEDOS, 2015).

Nessa faixa etária, geralmente aparece de forma atípica com prevalência maior de humor irritável do que euforia. O curso da doença tende a ser mais crônico do que episódico, e sintomas mistos com depressão e mania concomitantes são comuns. Apresenta alta prevalência de comorbidades, principalmente com o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (APA, 2013; BALANZÁ-MARTÍNEZ; TABARÉS-SEISDEDOS, 2015).

Esse transtorno afeta seriamente o desenvolvimento biopsicossocial dos jovens, estando associado a altas taxas de tentativa de suicídio, a dificuldades escolares, à promiscuidade sexual, ao abuso de substâncias, a problemas legais, a dificuldades nas relações interpessoais e a um risco mais elevado de hospitalizações. Pessoas com transtorno bipolar apresentam de dez a 30 vezes mais risco de suicídio do que a população típica (DOME, RIHMER; GONDA, 2019). Tantos prejuízos, por sua vez, justificam a importância de um diagnóstico precoce e de tratamento adequado, o qual envolve prescrição medicamentosa, psicoterapia individual, terapia familiar e mudanças no estilo de vida.

Alguns sintomas do THB na adolescência:

- Oscilações de humor repentinas;
- Variação de estados de depressão e euforia;
- Episódios prolongados de raiva ou fúria;
- Ansiedade ou preocupação excessivas;
- Hiperatividade e excitabilidade;
- Alterações no padrão de sono (dificuldades para dormir e acordar, terror noturno, e/ou despertares recorrentes durante o sono);
- Dificuldades de concentração, planejamento, tomada de decisão e memória;
- Verbosidade (fala excessiva e rápida);
- Comportamento sexual de risco, principalmente na fase de mania.

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; DOME; RIHMER; GONDA, 2019)

Importantes recomendações:

- Acompanhamento médico-psiquiátrico e psicoterápico;
- Uso de medicação conforme recomendação médica;
- Não interromper o tratamento sem a recomendação médica, pois isso pode desencadear estados intensos de depressão e/ou euforia;
- Abstinência de álcool, drogas e estimulantes;
- Buscar hábitos saudáveis de vida, como horas de sono suficientes e em horário regular, alimentação equilibrada e atividade física.

Você sabia?

Os estudos apontam que o uso de maconha pode potencializar os sintomas de doenças mentais como esquizofrenia, ansiedade, transtorno bipolar, depressão, dentre outras. (DIEHL et al., 2010).

Sinais de alerta para ideação suicida em adolescentes com transtorno bipolar:

- Humor deprimido;
- Queda do rendimento escolar;
- Isolamento social;
- Negligência com cuidados pessoais;
- Preocupação com temas relacionados à morte;
- Aumento da irritabilidade, crises intensas de raiva;
- Desfazer de pertences;
- Uso de álcool e/ou outras drogas;
- Alterações no padrão do sono e/ou apetite;
- Uso de expressões melancólicas e "autodestrutivas" - "A vida não tem mais sentido; quero sumir";
- Não fazer planos para o futuro.

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013)

2.3. TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS

O consumo de álcool e de outras drogas na adolescência pode causar danos ao cérebro jovem, que ainda está em desenvolvimento, podendo acarretar prejuízos à memória, ao aprendizado, à capacidade de abstração, além de aumentar a susceptibilidade dos jovens a atitudes impulsivas e à dependência química (SQUEGLIA; GRAY, 2016).

Os adolescentes são mais vulneráveis aos efeitos do uso de substâncias e apresentam um risco maior de envolvimento em acidentes, brigas, atividades sexuais de risco, overdose, distúrbios de saúde mental e baixo rendimento escolar.

Neste período, a necessidade de autonomia e rejeição à proteção dos pais podem levar os jovens a comportamentos de risco. Esses comportamentos estão também associados a: presença de comorbidade psiquiátrica, fácil acesso às substâncias, início precoce do uso de drogas e maior susceptibilidade aos seus efeitos, vulnerabilidade herdada, dinâmica familiar disfuncional, baixo rendimento escolar e crise de orientação sexual.

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias normalmente apresentam como comorbidades: depressão, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno bipolar, que podem dificultar a realização do diagnóstico diferencial (HIGA *et al.*, 2013).

Atenção!

O uso de substâncias psicoativas causa alterações cerebrais, que podem ser irreversíveis, desencadear psicopatologias e tentativa de suicídio na idade adulta jovem.

Em pessoas que fazem uso abusivo de álcool, maconha e cocaína, o risco de suicídio, ao longo da vida, é quase seis vezes maior do que o observado na população geral.

O uso abusivo de álcool ou outras drogas aumenta a impulsividade e eleva o grau de letalidade das tentativas de suicídio.

Pelo menos 20% das pessoas que tentaram suicídio fizeram uso de álcool nas seis horas que antecederam a tentativa e 10% da amostra têm dependência de substâncias.

(DIEHL; LARANJEIRA, 2019; WIENER *et al.*, 2018; DIAS; SILVA, 2019; ROLLIO; KESSLER, 2019).

2.4. TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se pela tríade sintomatológica clássica de desatenção, hiperatividade e impulsividade, com prevalência entre 3% e 6%, em sua maioria em crianças em idade escolar. Ao contrário do que tem sido divulgado, a prevalência tem se mantido estável ao longo das três últimas décadas, sugerindo que o aumento do diagnóstico na população se deva ao reconhecimento clínico (POLANCZYK *et al.*, 2014).

Dentre os sintomas de TDAH, pode-se citar: dificuldades de atenção sustentada e de atenção concentrada, dificuldade no controle das emoções, uma menor capacidade de concluir tarefas e prejuízos nas funções executivas, como planejamento e tomada de decisões, além de maior impulsividade e hiperatividade (MATTOS, 2010; APA, 2013). A principal área cerebral afetada é o lobo frontal, responsável pelas funções citadas acima (KANDEL *et al.*, 2014).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, sendo importante o uso de ferramentas complementares, como avaliações neuropsicológicas e exames neurológicos para excluir outros diagnósticos. Os sintomas de TDAH variam em uma escala entre leves e graves, sendo necessária a manifestação deles em pelo menos dois ambientes diferentes.

Desatenção:

- Dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho;
- Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- Não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais;
- Dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- Evitar ou relutar em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante;
- Perder coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- Distrair facilmente por estímulos alheios à tarefa;
- Apresentar esquecimentos em atividades diárias.

Hiperatividade:

- Agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;
- Dificuldades em permanecer parado em determinadas situações (ex. geralmente, não consegue ficar sentado durante as aulas);
- Se movimentar em excesso, subir em locais altos, correndo riscos desnecessários de se machucar;
- Dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- Estar constantemente muito agitado;
- Falar em excesso.

Impulsividade:

- Antecipar respostas antes das perguntas serem finalizadas;
 - Dificuldade em esperar (ex. ordem da fila; sua vez de falar);
 - Fazer colocações em assuntos que não lhes dizem respeito.
- (RODHE, 2010; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O impacto desse transtorno na sociedade é significativo, considerando os prejuízos nas dimensões pessoal, familiar, acadêmico, profissional, bem como seus efeitos negativos na autoestima das crianças e adolescentes. Destaca-se ainda a alta prevalência de comorbida-

des, como: transtorno opositor desafiador, transtorno de conduta, depressão e ansiedade (MATTOS, 2010).

O tratamento do TDAH requer uma abordagem multidisciplinar com intervenções psicoterápicas e farmacológicas. É relevante a participação de toda a rede de apoio social, a qual envolve pais, familiares, profissionais de saúde e educação, bem como ambientes estruturados e rotinas em casa e na escola. Nesse sentido, a psicoeducação é fundamental para o tratamento tanto com as crianças/adolescentes como com suas famílias.

2.5. TRANSTORNO DE ANSIEDADE

A ansiedade é uma resposta emocional à antecipação de uma ameaça futura, sendo fundamental para a sobrevivência das espécies. Muitas vezes, é vista como motivação para determinados comportamentos. Contudo, quando esta se apresenta em níveis excessivos e causa prejuízos funcionais ou sofrimento intenso — ou seja, quando ela é disruptiva —, caracteriza-se o transtorno de ansiedade (BENTLEY *et al.*, 2016).

O Brasil lidera o ranking mundial de transtornos de ansiedade. Estes, inclusive, são a classe mais prevalente entre todos os transtornos mentais (SOUZA; SOUZA, 2017; LUCIANO *et al.*, 2018). Dentre os transtornos de ansiedade, pode-se citar: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de fobia específica, transtorno de fobia social, transtorno de pânico, mutismo seletivo, transtorno de ansiedade de separação, dentre outros (APA, 2013). Cada um destes tem seus sintomas específicos, mas, em geral, são comuns alterações do sono, apetite, sudorese, tristeza, evitações e sintomas físicos - dor de estômago, dores musculares e dor de cabeça.

O diagnóstico é clínico, podendo utilizar instrumentos complementares de avaliação, como: entrevista de anamnese, escalas de triagem, avaliação neurológica e neuropsicológica. O tratamento envolve psicoterapias, técnicas de relaxamento, uso de medicações e Psicoeducação (BARBIRATO; ASBAHR, 2014).

2.6. TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO

As crianças com Transtorno Desafiador Opositivo (TOD) apresentam humor raivoso e irritável, comportamento questionador desafiante, principalmente com figuras de

autoridade, e têm dificuldades em seguir regras. Incomodam outras pessoas, apresentam índole vingativa, têm dificuldades com habilidades sociais e culpam os outros pelos seus erros ou mau comportamento. O TOD é diagnosticado quando há persistência dos comportamentos por seis meses ou mais, a ponto de interferir no desempenho social e/ou acadêmico. No entanto, crianças e adolescentes que manifestam esse transtorno não apresentam comportamentos delituosos ou condutas agressivas graves (APA, 2013).

Os sintomas do TOD costumam ter início no período entre a pré-escola e o ensino médio. Comportamentos característicos dessas crianças incluem:

- Discutir com adultos;
- Perder a calma fácil e frequentemente;
- Desafiar ativamente regras e instruções;
- Importunar outras pessoas deliberadamente;
- Culpar terceiros por seus próprios erros;
- Ficar com raiva, ressentido e ser facilmente perturbado;
- Ser cruel e vingativo.


Quando houver suspeita de TOD, deve-se avaliar cuidadosamente as crianças em busca de sinais de comorbidades, como depressão, transtorno bipolar, ansiedade, TDAH e história de abusos (LINDHIEM *et al.*, 2015).

2.7. TRANSTORNO DE CONDUTA

O Transtorno de Conduta (TC) tem início no final da infância ou no começo da adolescência e é mais comum em meninos do que em meninas. A hereditariedade e o ambiente influenciam o desenvolvimento deste transtorno. Enquadram-se no diagnóstico de TC indivíduos que apresentam: violações graves às regras, o que aumenta o risco para delitos criminais e uso de substâncias; agressão física constante a outras pessoas; confronto com figuras de autoridade e pares; insensibilidade emocional; busca por fortes emoções; e insensibilidade a punições. Os sintomas devem ser intensos o bastante para prejudicar o desempenho em relacionamentos, na escola ou no trabalho (APA, 2013; LINDHIEM *et al.*, 2015).

Entre os principais fatores de risco para a manifestação do TC, pode-se citar: dinâmica familiar caótica com violências; abuso sexual, emocional e/ou físico; negligência; disciplina rígida; histórico de criminalidade e psicopatologias na família; rejeição pelos pares; *bullying* e *cyberbullying*; exposição à pobreza e a altas taxas de violência.

Em geral, a criança com um transtorno



de conduta tem as seguintes características:

- Egoísmo;
- Dificuldades em relacionamentos interpessoais;
- Pouca empatia, prática de *bullying*, de ameaças e brigas frequentes;
- Tendência a interpretar equivocadamente o comportamento dos outros como ameaçador e a reagir de maneira agressiva;
- Crueldade com animais;
- Danificar propriedades (ex. por meio de incêndios);
- Tendência a mentir e furto.

O tratamento é desafiador, uma vez que a criança ou adolescente com TC dificilmente percebe que há algo de errado com seu comportamento. O tratamento envolve uso de medicações, psicoterapia com foco nas emoções, autocontrole e autoestima, bem como psicoeducação voltada para a família. É importante também propiciar um ambiente acolhedor, afetivo, com práticas parentais positivas, que incentive atividades pró-sociais (VILHENA; DE PAULA, 2017).

2.8. TRANSTORNOS DE

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

De acordo com APA (2013), o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) decorre de “eventos estressores traumáticos que envolvem a experiência pessoal direta, o testemunho ou o conhecimento de situações cujo conteúdo inclui morte, sério ferimento ou ameaça à integridade física da própria pessoa ou de outros” (apud SCHAEFER *et al.*, 2016, p. 112).

Os eventos traumáticos mais comuns na infância e na adolescência são: violência doméstica; assaltos; abusos sexual, emocional e/ou físico; negligência; acidentes de carro; queimaduras; desastres naturais e mortes.

Dentre os sintomas do TEPT, pode-se citar: revivência de experiências traumáticas, irritabilidade, nervosismo e isolamento.

Neste ponto, é importante diferenciar o Transtorno de Estresse Agudo do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Geralmente, o Transtorno de Estresse Agudo tem início imediatamente depois do evento traumático com duração de, no máximo, um mês, enquanto o TEPT pode ser uma continuação do Transtorno de Estresse Agudo ou até mesmo não se manifestar até seis meses depois do evento.

Você sabia?

Em crianças, a violência doméstica é a causa mais comum de Transtorno de Estresse Pós-traumático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- BALANZÁ-MARTÍNEZ V, TABARÉS-SEISDEDOS R. The prevalence of bipolar disorders in the general population: a growing trending topic? **Braz J Psychiatry**, v. 37, n.2, p. 91-92, 2015.
- BARBIRATO, F., ASBAHR, F. Infância e adolescência. In: Nardi, A.E, Quevedo J, da Silva, A.G. (orgs). **Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica**. (pp. 85-93). Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BEAR, M.F., CONNORS, B. W., PARADISO, M.A. **Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso**. Porto Alegre: Artmed (3ª Edição), 2010.
- BENTLEY, K. H. et al. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, v. 43, p.30-46, 2016. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
- BOTEGA, N. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim epidemiológico, v. 50, n.24, p.1-14, 2019.
- DA SILVA, A.G., MALLOY-DINIZ, L.F., GARCIA, M.S., FIGUEIREDO, C.G.S., FIGUEIREDO, R.N., DIAZ, A.P., PALHA, A.P. Cognition as therapeutic target in the suicidal patient approach. **Front. Psychiatry**, v. 9, n.31, p. 1-5, 2018. doi: 10.3389/fpsy.2018.00031.
- DIAZ, A.P, SILVA, A.G. Dissemination science for prevention of adverse health outcomes from cannabis use. **Braz J Psychiatry**, v. 41, n. 6, p. 477-478, 2019.
- DIEHL, A., LARANJEIRA, R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. **J. Bras. Psiquiatr**, v. 58, n. 2, p. 86-91, 2009
- DOMÉ, P., RIHMER, Z., GONDA, X. Suicide risk in bipolar disorder: a brief review. **Medicina**, v. 55, n.8, E403, 2019.
- HIGA, R.C. B. L. et al. Uso de substâncias e outras comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 106-116, 2013
- KANDEL et al. **Princípios em Neurociências**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.
- KORCZAK, D. J. Suicidal ideation and behaviour. **Paediatr Child Health**, v. 20, n. 5, p. 257 – 260, 2015.
- KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP**, v.25, n. 3, p. 246-252, 2014.
- LINDHIEM, O. et al. Beyond symptom counts for diagnosing oppositional defiant disorder and conduct disorder? **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 43, n.7, p.1379–1387, 2015.
- LUCIANO, A.C. et al. Transtornos de ansiedade. In: MELEIRO, A. **Psiquiatria: estudos fundamentais**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2018.
- LUPIEN, S. J. et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. **Nat. Rev. Neurosci.**, v. 10, n.51, p. 434-445, 2009.
- MATTOS, P. **No Mundo da Lua**. 9ª ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.
- MIRANDA, R. et al. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 55, n.11, p. 1288–1296, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um imperativo global. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicidprevention/world_report_2014/en/
- QUEVEDO, J., NARDI, A.E., DA SILVA, A. G. **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- REIMHERR, J. P., MCCLELLAN, J.M. Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorders. **J. Clin. Psychiatry**, v. 65, suppl 6, p.5-11, 2004.
- ROGLIO, V.S., KESSLER, F.H. Drugs and suicidal behavior: a call for positive, broad and preventive interventions. **Braz J Psychiatry**, v. 41, n.5, p.373-374, 2019.
- SCHAEFER et al. Reações pós-traumática em crianças: como, por que e quais aspectos avaliar. **Interação em Psicologia**, v. 20, n.1, p.112-123, 2016.
- SCIVOLETTO, S., BOARATI, M. A., TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 32, supl. 2, p. S112-S120, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008>.
- SOUSA, G. S. et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.9, p.3099-3110, 2017.
- SOUZA, I.M., SOUZA, J.P.M. Brazil: world leader in anxiety and depression rates. **Rev Bras. Psiquiat.**, v.29, n.4:384, 2017.
- SQUEGLIA, L.M., GRAY, K.M. Alcohol and drug use and the developing brain. **Curr Psychiatry Rep.**, v.18: 46, 2016.
- TORRES, W.C. O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. **Psicol. Teoria Pesq.**, v. 18, n.2, p. 221-229, 2002.
- TORRES, W.C. **A criança diante da morte: desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- TORRES, W.C. **O desenvolvimento cognitivo e a aquisição do conceito de morte em crianças de diferentes condições sócio-experienciais**. Tese [Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- TURECKI G., BRENT D.A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet**, v. 387, p.1227–39, 2016.
- VILHENA, K., DE PAULA, C. S. Problemas de conduta: prevalência, fatores de risco/proteção, impacto na vida escolar e adulta. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n.1., p. 39-52, 2017.
- WIENER, C.D et al. Mood disorder, anxiety, and suicide risk among subjects with alcohol abuse and/or dependence: a population-based study. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 40, n.1, p.1-5, 2018.

AUTORES

Andrea Amaro Quesada

PhD em Neurociências e Cognição pela Ruhr-Universität Bochum. Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora do curso de Especialização em Neurociências e Reabilitação (UNIFOR). Professora do curso de pós-graduação em Neuropsicologia e Terapia Cognitiva Comportamental na Unichristus. Trabalhos apresentados em Congressos Nacionais e Internacionais (Alemanha, EUA, Japão, Argentina). Artigos publicados nos periódicos internacionais Psychoneuroendocrinology, Stress. Pesquisadora nas áreas de estresse, maus-tratos, Síndrome Congênita do Zika vírus e Fenilcetonúria (PKU). Autora do livro infantil-juvenil *A Caixa Mágica e a Busca do Tesouro Escondido*.

Carlos Henrique de Aragão Neto

Psicólogo e Psicoterapeuta; Especialista em Tanatologia; Formação em Estudos do Luto; Mestre em Antropologia (UFPI) com a dissertação “Os Aspectos Socioantropológicos da Tentativa de Suicídio”; Doutor em Psicologia Clínica e Cultura (UnB) com a tese “A Relação entre Autolesão sem Intenção Suicida e Ideação Suicida”; Membro da Associação Brasileira para Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS). Membro da International Society for the Study of Self-Injury (ISSI). Membro da International Association for Suicide Prevention (IASP).

Marina Saraiva Garcia

Psicóloga, formação em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Beck Institute (EUA), especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), neuropsicóloga, Mestre em Medicina Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-DF) na gestão 2016-2019 e vice-presidente no período de 2017 a 2019. Diretora Secretária da Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) desde 2016. Atua como psicóloga na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) desde 2005 e trabalha no Centro de Referência, Pesquisa e Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família (Adolescento) desde 2006. Atua na rede privada em Marina Saraiva - Clínica de Psicologia.

Josianne Martins de Oliveira

Médica formada pela Universidade Federal de Goiás. Psiquiatra Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Residência Médica em Psiquiatria pela Pax Clínica – Instituto de Neurociência. Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital São Vicente de Paulo. Diretora Secretária Adjunta da Associação Psiquiátrica de Brasília no período de 2017 a 2019, quando atuou como Coordenadora Regional da Campanha de Prevenção ao Suicídio do Setembro Amarelo. Trabalhou no Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (Hospital da Criança de Brasília José Alencar) no período de 2016 a 2018, atuando como médica psiquiatra assistente e preceptora voluntária na Residência Médica de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica. Trabalhou na Saúde BRB Caixa de Assistência, atuando como médica psiquiatra assistente no período de 2014 a 2020 e como coordenadora da equipe médica e da psiquiatria no período de 2018 a 2019. Atualmente, é membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), Diretora-Tesoureira da Associação Psiquiátrica de Brasília e atua na rede privada como médica psiquiatra assistente e diretora técnica médica da Clínica EKIP – Emil Kraepelin Instituto de Psiquiatria.

ILUSTRADOR

Rafael Limaverde

Nascido em Belém/PA, naturalizado cearense, formado em Artes Visuais pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE), é xilogravurista e ilustrador. Possui mais de 40 livros ilustrados em diversas editoras do País. É um dos organizadores do “Festival de Ilustração de Fortaleza”, evento realizado dentro da Bienal do Livro do Ceará. É curador das seguintes exposições: “Eco Barroco”, no Centro Cultural Banco do Nordeste – Fortaleza/CE (2011); “Bestiário Nordestino”, na Multigaleria do Centro de Arte e Cultura Dragão do Mar – Fortaleza/CE (2016); “III Festival de Ilustração de Fortaleza”, que ocorreu durante a XII Bienal Internacional do Livro no Centro de Eventos do Ceará (2017).



DISQUE
SAÚDE
136

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA
MULHER, DA FAMÍLIA E
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

