

Psiquiatria da
Infância e da
Adolescência

974p Psiquiatria da infância e da adolescência: guia para iniciantes /
organizado por Bruno Mendonça Coêlho, Juliana Gomes
Pereira, Tatiana Malheiros Assumpção e Geilson Lima
Santana Jr. – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2014.
800p. ; 17,5x25cm.

ISBN 978-85-64468-22-1

1. Psiquiatria – Infância – Adolescente. I. Coêlho, Bruno
Mendonça. II. Pereira, Juliana Gomes. III. Assumpção, Tatiana
Malheiros. IV. Santana Jr., Geilson Lima. V. Título.

CDU 616.89-053.2/.6

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

**Psiquiatria da
Infância e da
Adolescência**
Guia para iniciantes

BRUNO MENDONÇA COELHO
JULIANA GOMES PEREIRA
TATIANA MALHEIROS ASSUMPTÃO
GEILSON LIMA SANTANA JR.
Organizadores



2014

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2014

Psiquiatria da infância e da adolescência – Guia para iniciantes

Bruno Mendonça Coêlho, Juliana Gomes Pereira,

Tatiana Malheiros Assumpção e Geilson Lima Santana Jr. (orgs.)

Capa: *Maurício Pamplona*

Revisão: *Lívia Algayer Freitag*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Sinopsys Editora

Fone: (51) 3066-3690

E-mail: atendimento@sinopsyseditora.com.br

Site: www.sinopsyseditora.com.br

*Dedicamos este livro a nossos pacientes, que
compartilham conosco suas angústias, sonhos e anseios...*

*...e a nossos familiares, que doaram muito do seu tempo
conosco para que este projeto pudesse se concretizar.*

Autores

Bruno Mendonça Coêlho (org.). Médico pela UFPE. Psiquiatra pelo IPq-HC-FMUSP e pela EPM-Unifesp. Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Coordenador da Psiquiatria da Infância e da Adolescência da FMABC. Membro da *World Psychiatric Association Section of Suicidology*. Pesquisador do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do IPq-HC-FMUSP. Pós-graduando de Doutorado da FMUSP. Terapeuta Cognitivo-Comportamental.

Juliana Gomes Pereira (org.). Psiquiatra pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência e em Psicoterapia pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Psicanalista de Crianças e Adolescentes. Coordenadora dos Ambulatórios de Álcool e Drogas e de Violência na Infância e Adolescência da Faculdade de Medicina do ABC.

Tatiana Malheiros Assumpção (org.). Psiquiatra pelo Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela UNIFESP e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP.

Geilson Lima Santana Jr. (org.). Médico pela Universidade Federal da Bahia. Psiquiatra pelo Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Formação em Psicoterapia Dinâmica Breve e Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família. Aprimoramento em interconsultas pelo Hôpital Pitié-Salpêtrière da Université de Paris VI Pierre et Marie Curie. Pesquisador do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Pós-graduando do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP.

Alessandra Bernardes Caturani Wajnsztein. Psicóloga pela UMESp. Psicopedagoga pela UMESp. Neuropsicóloga pela FMABC. Mestranda em Ciências da Saúde pela FMABC. Coordenadora do Núcleo Especializado em Aprendizagem da FMABC.

Alessandra de Freitas Russo. Neurologista infantil e do adolescente. Especialista em Neurologia Infantil. Doutoranda do IPUSP.

Ana Gabriela Hounie. Psiquiatra. Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FMUSP. Supervisora do Ambulatório de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UNIFESP/UPIA.

Ana Paula Miessi Sanches. Psicóloga pela PUC-SP. Fez aperfeiçoamento clínico e institucional e tem experiência educacional no Colégio Marista Arquidiocesano e na Escola Mó-bile. Atualmente, ministra aulas e minicursos de Psicologia do Desenvolvimento nas Faculdades Integradas de Paranaíba. Atende crianças em consultório psicológico particular.

Anderson Martiniano de Souza. Psicólogo Clínico. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de São Paulo/CAISM.

Andreas Stravogiannis. Médico psiquiatra (FMUSP). Residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência (IPq – HCFMUSP). Assistente do Hospital Santa Mônica e do Centro de Referência em Transtornos do Espectro Autista Philippe Pinel (CREAPP – AMA).

Camila M^a. Silveira da Silva. Mestre e doutoranda em Psicologia Experimental pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com trabalho na área de desenvolvimento de procedimentos para o ensino de leitura a crianças. Tem experiência profissional no atendimento a crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem, intervindo também na área de transtornos invasivos do desenvolvimento.

Deise Lima Fernandes Barbosa. Psicóloga. Terapeuta Cognitivo-Comportamental. Especialista em Neuropsicologia (CFP). Mestre em Neurociências pelo Departamento de Psicobiologia da Unifesp.

Eliana Curatolo. Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Mestre em Psiquiatria Infantil pelo Hospital do Servidor do Estado de São Paulo. Professora de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes. Psiquiatra da Infância e Adolescência da Associação Brasileira de Assistência e Desenvolvimento Social (ABADS).

Evelyn Kuczynski. Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutora pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Francisco B. Assumpção Jr. Professor Livre Docente pela FMUSP. Professor Associado do IPUSP. Membro das Academias Paulista de Medicina (cadeira 103) e Psicologia (cadeira 17).

Ivete Gianfaldoni Gattás. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Coordenadora da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Juliana Kimie Izukawa. Residente de Psiquiatria na Faculdade de Medicina do ABC.

Kette D. R. Valente. Livre Docente em Neurologia – Neurologia Infantil – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretora do Laboratório de Neurofisiologia

Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Laura Helena Andrade. Possui graduação em Medicina, residência-médica e doutorado em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado no Department of Mental Health Johns Hopkins University School of Public Health. É médica assistente do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP e orientadora de mestrado, doutorado e pós-doutorado no Programa de Pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Coordena o Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do IPq HCFMUSP.

Letícia Albernaz Guimarães Lyle. cursou Administração na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP) e Comunicação na Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP-SP). Mestre em Educação Inclusiva pela Columbia University, Estados Unidos. Fundadora e diretora de produtos da Casa Cuca Ferramentas de Ensino. Especializada em Desenvolvimento de Currículo. Trabalha na individualização de materiais e na diferenciação de conteúdos para alunos com dificuldades de aprendizagem.

Letícia Calmon Drummond Amorim. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Mestre em psicologia pela USP.

Lídia Nakamura Teles. Graduação pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência Médica em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Pós-Graduada do curso de Formação em Psicanálise Winnicottiana pelo Centro Winicott de São Paulo.

Liliane Cristina Cardoso. Psicóloga pela Universidade Metodista de São Paulo. Especialista em Psicologia Clínica pela USP. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela USP.

Luzia Flavia Coelho. Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto de Psicologia e Controle do Stress. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Psicóloga e pesquisadora do Núcleo de Atendimento Neuropsicológico Infantil (NANI/UNIFESP).

Marcela Braz Ferraretto. Psicóloga Clínica. Especialista pela Universidade de São Paulo (IP/USP) em Terapia Comportamental Cognitiva. Aprimoramento em Terapia Comportamental Cognitiva do Programa de Ansiedade (AMBAN) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora e Supervisora convidada no Curso de Acompanhante Terapêutico pelo Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora e coordenadora do curso de Forma-

ção em Terapia Cognitivo-Comportamental do Núcleo de Estudos do Comportamento e Saúde Mental: Conscientia.

Marcelo da Rocha Carvalho. Psicólogo Clínico. Especialista em Terapia Comportamental e Cognitiva pela USP. Professor Convidado do Curso de Formação para Acompanhantes Terapêuticos pelo AMBAN/ HC/FMUSP. Professor e Supervisor Convidado do Curso de Especialização em TCC pelo AMBAN/ HC/FMUSP. Especialista em TCC e Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) pelo Instituto Albert Ellis e Universidade de Flores.

Marcia Maciel Santiago. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP. *Fellowship* em Psiquiatria pela Universidade de Toronto.

Márcia Morikawa. Médica Psiquiatra pela FMUSP. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo SEPIA/IPQ/HCFMUSP. Médica do NMPP do Hospital Israelita Albert Einstein.

Maria Beatriz Brisola dos Santos. Psiquiatra pela Faculdade de Medicina do ABC. Psiquiatra do Hospital Estadual Mário Covas.

Marina Cardeal. Neuropediatra pela UNIFESP.

Marisol Montero Sendin. Médica Pediatra, Hebiatra pela FMUSP- ICrHCFMUSP. Psicanalista e Ludoterapeuta pelo GEPPPI, Instituto Sedes Sapientiae, Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana.

Melanie Mendoza. Mestre em Psicologia Clínica pela USP. Especialista em Terapia Comportamental e Cognitiva pela USP. Especialista em Neuropsicologia pelo INESP.

Merylucia Muniz Klauss e Silva. Psiquiatra pelo Hospital Regional de Presidente Prudente-UNOESTE. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Serviço de Infância e Adolescência (SEPIA) pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). Coordenadora do Centro de Apoio Psicossocial da Infância e Adolescência Trilha (CAPSi), Barueri.

Milena Mazetti Spolon. Psiquiatra pela Universidade do Oeste Paulista Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Associação Brasileira de Psiquiatria. Preceptora da Residência Médica em Psiquiatria da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Natascha Cardoso da Fonseca. Neurologista Infantil. Neurofisiologista. Médica Pós-Graduada do Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Pollyana Scutti Palma. Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Católica Dom Bosco. Psicomotricista pelo Instituto Superior de Psicomotricidade e Educação – Grupo de Atividades Especializadas, vinculada à Organização Internacional de Psicomotricidade

e Relaxação. Participante da Unité Internationale de Formation Permanente em Psychomotricité et Relaxation Université D'Été (Paris/FR). Tem experiência na área de Terapia Ocupacional, com ênfase em Psicomotricidade.

Rafaela Machado Gualdi. Psicóloga Clínica. Especialista em Terapia Comportamental Cognitiva pela Universidade de São Paulo (IP/USP). Formação em Clínica Analítico-Comportamental Infantil pelo Núcleo Paradigma. Professora e Coordenadora do curso de Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental do Núcleo de Estudos do Comportamento e Saúde Mental: Conscientia.

Rubens Wajnsztein. Médico pela FMUSP. Neurologista da Infância e Adolescência pelo HCFMUSP. Mestre pela UNIFESP. Doutor em Ciências da Saúde pela FMABC. Professor Assistente de Neurologia da FMABC. Coordenador do Programa de Residência em Neurologia da Infância e Adolescência da FMABC.

Simone Cucolicchio. Fonoaudióloga clínica. Especializanda em Neuroeducação.

Thais Albernaz Guimarães. Psicóloga e mestre e doutoranda em Psicologia Experimental pela PUC-SP. Fundadora e diretora da Casa Cuca Ferramentas de Ensino. Trabalha há mais de 10 anos com crianças e jovens com dificuldades de aprendizagem, no desenvolvimento de tratamentos com foco em dislexia e discalculia.

Virna Teixeira. Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialização em Neurologia pela Universidade de São Paulo. Mestre em Medicina do Sono pela Edinburgh University. Especialização em Dependência Química pela UNIFESP. Pós-Graduada em Medical Humanities no King's College, em Londres.

Yuan-Pang Wang. Médico Psiquiatra pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com residência, mestrado e doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Orientador Colaborador do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Pesquisador Associado do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP) do Laboratório de Investigações Médicas de Psicofarmacologia e Psicofisiologia Clínica (LIM-23) da FMUSP.

Sumário

Prefácio	17
<i>Francisco B. Assumpção Jr.</i>	
Apresentação	21
<i>Bruno Mendonça Coêlho, Juliana Gomes Pereira, Tatiana Malheiros Assumpção e Geilson Lima Santana Jr.</i>	

PARTE I

Temas gerais: a criança normal

1	Uma breve história da psiquiatria da infância e da adolescência	24
<i>Bruno Mendonça Coêlho e Geilson Lima Santana Jr.</i>		
2	Desenvolvimento normal	36
<i>Tatiana Malheiros Assumpção</i>		
3	Características peculiares da semiologia e da psicopatologia na infância e na adolescência	52
<i>Juliana Gomes Pereira</i>		
4	Epidemiologia dos transtornos mentais na infância e na adolescência	66
<i>Geilson Lima Santana Jr., Yuan-Pang Wang e Laura Helena Andrade</i>		
5	Escalas de avaliação em psiquiatria da infância e da adolescência	95
<i>Bruno Mendonça Coêlho, Juliana Gomes Pereira, Tatiana Malheiros Assumpção e Geilson Lima Santana Jr.</i>		

PARTE II
Principais síndromes psiquiátricas

6	O diagnóstico nos transtornos do espectro autístico	122
	<i>Francisco B. Assumpção Jr.</i>	
7	Deficiência intelectual/retardo mental	138
	<i>Tatiana Malheiros Assumpção</i>	
8	Transtornos de aprendizagem	153
	<i>Alessandra Bernardes Caturani Wajnsztein e Rubens Wajnsztein</i>	
9	Transtornos de humor	173
	<i>Marcia Maciel Santiago</i>	
10	Transtornos psicóticos na infância e na adolescência	213
	<i>Marisol Montero Sendin</i>	
11	Transtornos fóbico-ansiosos	239
	<i>Lídia Nakamura Teles</i>	
12	Transtornos dissociativos (ou conversivos) na infância e na adolescência.....	265
	<i>Marina Cardeal e Letícia Calmon Drummond Amorim</i>	
13	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.....	277
	<i>Ivete Gianfaldoni Gattás</i>	
14	Transtornos alimentares na infância e na adolescência.....	307
	<i>Maria Beatriz Brisola dos Santos, Marcelo da Rocha Carvalho e Bruno Mendonça Coêlho</i>	
15	Suicídio na infância e na adolescência	335
	<i>Bruno Mendonça Coêlho</i>	
16	Assédio moral (<i>bullying</i>).....	364
	<i>Andreas Stravogiannis e Márcia Morikawa</i>	
17	Distúrbios do sono em crianças e adolescentes.....	380
	<i>Virna Teixeira</i>	
18	Desenvolvimento da sexualidade.....	405
	<i>Francisco B. Assumpção Jr.</i>	
19	Transtornos por uso de substâncias psicoativas em crianças e adolescentes.....	417
	<i>Juliana Gomes Pereira</i>	
20	Transtorno de conduta.....	440
	<i>Juliana Kimie Izukawa e Bruno Mendonça Coêlho</i>	

21	Emergências psiquiátricas na infância e na adolescência.....	463
	<i>Juliana Gomes Pereira e Bruno Mendonça Coêlho</i>	
22	Epilepsia na infância e na adolescência: aspectos relacionados ao neurodesenvolvimento	490
	<i>Kette D. R. Valente e Natascha Cardoso da Fonseca</i>	
23	Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo em crianças e adolescentes	512
	<i>Ana Gabriela Hounie</i>	

PARTE III

Tratamentos em psiquiatria

24	Psicoterapias para transtornos psiquiátricos da infância e da adolescência.....	532
	<i>Marcelo da Rocha Carvalho e Anderson Martiniano de Souza</i>	
25	Acompanhamento terapêutico em psiquiatria da infância e da adolescência.....	567
	<i>Marcelo da Rocha Carvalho e Anderson Martiniano de Souza</i>	
26	Análise funcional e avaliação comportamental em crianças e adolescentes.....	590
	<i>Anderson Martiniano de Souza, Liliane Cristina Cardoso e Marcelo da Rocha Carvalho</i>	
27	Tratamento psicofarmacológico na infância e na adolescência	615
	<i>Eliana Curatolo e Bruno Mendonça Coêlho</i>	
28	Manejo familiar dos transtornos psiquiátricos da infância e da adolescência.....	639
	<i>Marcela Braz Ferraretto e Rafaela Machado Gualdi</i>	
29	A terapia ocupacional nos transtornos psiquiátricos da infância e da adolescência.....	657
	<i>Pollyana Scutti Palma</i>	
30	Terapia educacional: um enfoque analítico-comportamental de intervenções educacionais.....	678
	<i>Letícia Albernaz Guimarães Lyle, Camila Ma. Silveira da Silva, Thais Albernaz Guimarães e Ana Paula Miessi Sanches</i>	
31	Avaliação neuropsicológica na infância e na adolescência.....	704
	<i>Luzia Flavia Coelho e Deise Lima Fernandes Barbosa</i>	

32	Psicodiagnóstico	721
	<i>Melanie Mendoza</i>	
33	Interface entre psiquiatria e fonoaudiologia	734
	<i>Simone Cucolicchio</i>	

PARTE IV
Interdisciplinaridade

34	Interdisciplinaridade no atendimento à criança e ao adolescente	748
	<i>Merylucia Muniz Klauss e Silva e Milena Mazetti Spolon</i>	
35	Interface entre pediatria e psiquiatria infantil	757
	<i>Evelyn Kuczynski</i>	
36	Interface entre neuropediatria e psiquiatria da infância e da adolescência	789
	<i>Alessandra de Freitas Russo</i>	

As Questões apresentadas no fim de cada capítulo estão disponíveis
www.sinopsyseditora.com.br/psiquia

Prefácio

É um prazer e, principalmente, uma honra ser convidado por um grupo de jovens psiquiatras da infância para escrever o prefácio de um livro que se propõe a ser um “guia para iniciantes”.

Isso porque, depois de um determinado momento de vida, nos transformamos em objetos semelhantes a estátuas de bronze que, habitualmente, só servem para decorar determinados ambientes. Assim, a lembrança e o convite são por demais lisonjeiros.

Em segundo lugar, um texto para iniciantes pressupõe capacidade de comunicação com a juventude e, assim, ao menos o consolo de um “espírito jovem” parece estar implícito no convite.

Quando observamos as características da obra temos que considerá-la de diferentes maneiras. Assim, seu objetivo é trazer temas básicos da psiquiatria da infância e da adolescência para alunos de graduação, residentes, médicos em geral ou psiquiatras sem experiência em psiquiatria infantil. Ora, isso deve representar quase todo o universo de profissionais, uma vez que a psiquiatria da infância e da adolescência não se constitui em uma disciplina da graduação em medicina – sendo, quando muito, pincelada em algumas horas de aula, isso quando o professor tem algum interesse no tema. Um levantamento realizado há vários anos revelou que, durante todo o curso médico, menos de um terço das faculdades dedicava algum horário para a área da psiquiatria da infância e da adolescência, e que mesmo estas destinavam menos de quatro horas a ela. Isso em um curso de seis anos. Caracteriza-se assim, em nosso meio, o mais puro descaso.

Se somarmos isso ao fato de termos hoje, segundo os dados da Associação Brasileira de Psiquiatria, menos de 300 psiquiatras da infância em todo território nacional, irregularmente distribuídos e situados, principalmente, nos estados de SP, RS, MG e RJ, confirmaremos que esse descaso é explícito e que, portanto, ou as crianças que necessitam de atendimento não são cuidadas ou o são por psiquiatras sem a menor experiência e formação na área. Isso porque a desativação das residências específicas em psiquiatria da infância e a sua abordagem como área de atuação fez com que, teoricamente (e só teoricamente) ela fosse ensinada em apenas um ano de formação. Assim, passamos a ter inúmeros psiquiatras que conhecem crianças somente porque tiveram filhos (e podem se incluir aqui até mesmo alguns professores) e que passaram a se arvorar como conhecedores da área, ditando regras e, o que é muito pior, atendendo (e mal) a muitas crianças.

Se lembrarmos que, em sua origem, as primeiras abordagens à criança, em finais do século XVIII, já se constituíam em modelos médico-pedagógicos, esses quase 300 anos nos obrigam a pensar que seu desenvolvimento (menor e mais lento) não foi similar ao da psiquiatria geral. Esse desenvolvimento envolveu uma série de conhecimentos oriundos de outras áreas que não da medicina e que demandam muito mais tempo de formação do que aquele que habitualmente destinamos a treinar um profissional.

Neste panorama caótico em que vivemos, é animador que surja um grupo de psiquiatras de infância jovens que se propõe a escrever para outros jovens. É dentro desse espírito que devemos considerar a obra em questão. A maioria dos autores dos capítulos é jovem, o que dá à obra uma característica bastante específica.

Em sua primeira parte remete a algo que a psiquiatria da infância, com suas escalas e *screenings*, tem se esquecido nos últimos anos: a criança normal, com suas características e peculiaridades. Isto é interessante, uma vez que a especialidade tem na sua base de formação a pediatria e a psiquiatria. Além disso, nos últimos anos, temos nos esquecido dessas origens e, conseqüentemente, abandonado totalmente as questões da criança normal e seu desenvolvimento, as quais, em verdade, devem balizar, muito mais que descrições sintomatológicas descritivas e algoritmos diagnósticos rígidos, os aspectos referentes ao diagnóstico e ao tratamento. Desta maneira, quatro dos seis pri-

meiros capítulos buscam situar, epistemologicamente, a questão da psiquiatria da infância. Isto parece ser importante quando pensamos em jovens, pois a troca das “escolas pelas escalas” trouxe em seu bojo a possibilidade de raciocínios rasos, maniqueístas e lineares que, em psiquiatria da infância, induzem ao erro e à superficialização das condutas.

A segunda parte aborda as principais síndromes do período. Como era de se esperar, uma parcela substancial delas remete-nos às alterações do neurodesenvolvimento características da especialidade. Tais síndromes envolvem os transtornos do espectro autístico, os transtornos específicos de aprendizagem, os transtornos do desenvolvimento intelectual (que, em nosso país, pela utilização oficial da CID-10, deve ainda ser considerado como retardo mental, a despeito dos “politicamente corretos”), o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e os transtornos de conduta. Somente a observação desses quadros nosográficos já nos permite verificar um axioma clássico de que tratamos a criança e não a doença (no mais puro espírito da escola de Cós e a despeito de vários professores que pensam o contrário), uma vez que os demais temas, com descrições predominantemente adultomorfos, além de menos importantes, têm que ser adaptados para a população infantil.

A terceira parte aborda a questão terapêutica que traz, também, uma diferença marcante em relação à psiquiatria geral, uma vez que a origem da pedopsiquiatria remete-nos a uma interface médica imbricada com a pediatria, a neuropsiquiatria e a genética. Remete-nos, também, a uma interface, eminentemente não médica, influenciada e entrelaçada com a psicologia (principalmente a do desenvolvimento), a pedagogia, a terapia ocupacional e as abordagens familiares e de linguagem. A maior parte delas é totalmente alheia ao universo do psiquiatra com formação eminentemente médica.

Finalmente, surge a questão da interdisciplinaridade, tão discutida e tão pouco aplicada em nosso ambiente, no qual os serviços de saúde baseiam-se ainda em modelos predominantemente hospitalocêntricos que, longe de não terem valor, possuem uma importância específica e característica que deve ser considerada dentro das necessidades e das possibilidades. Isso se reflete nos serviços de interconsulta, que, em nosso meio, poucas vezes podem ser considerados serviços de psiquiatria de ligação (exatamente em virtude dessa falta de interdisciplinaridade), nos atendimentos am-

bulatoriais e nos atendimentos dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Tais serviços, mesmo quando se propõem a isso, dificilmente atingem os modelos almejados e, portanto, apresentam, na maior parte das vezes, uma eficácia discutível. Até mesmo os raríssimos ambientes hospitalares infantis passam muito longe daquilo que se gostaria de ter como modelo interdisciplinar.

Assim, a ideia do livro me parece muito boa. Em minha opinião, a preocupação com a próxima geração, por parte daquela que está iniciando agora sua trajetória profissional, me parece totalmente cabível. Além disso, a proposta de formar (ou ao menos informar) aqueles que pretendem atender crianças (não de maneira onipotente e pretensiosa, mas de forma honesta) é necessária e extremamente útil.

Cabe-me desejar sucesso aos autores e esperar que consigam aquilo que as gerações anteriores não conseguiram: mostrar que pensar a criança é pensar sobre o futuro, e que não existe especialidade, aliás, não existe país que não se preocupe com suas crianças. Infelizmente, não somos um exemplo disso.

Espero que esta obra possa ser vista como um prenúncio de mudança.

Prof. Dr. Francisco B. Assumpção Jr.

Apresentação

A psiquiatria da infância e da adolescência, ou pedopsiquiatria, é uma especialidade médica recente. O marco de seu surgimento foi o I Congresso de Psiquiatria Infantil, realizado em Paris, França, em 1937. Desde então, têm sido observados notáveis avanços epistemológicos e clínicos, mas alguns entraves limitam a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Estima-se que 10 a 20% dos jovens apresentem algum transtorno mental. No Brasil, entretanto, há menos de 300 psiquiatras habilitados em pedopsiquiatria, e os demais profissionais da saúde mental, apesar de existirem em maior número, estão concentrados em grandes centros. Outro aspecto que dificulta o acesso à ajuda especializada refere-se às barreiras impostas pelo desconhecimento e pelo estigma, o que leva a maior parte dos atendimentos a ser realizada por não especialistas.

Cientes do papel-chave dos colegas de outras áreas, apresentamos o livro *Psiquiatria da infância e da adolescência: guia para iniciantes*. Voltada para não especialistas, a obra aborda os temas mais importantes da psiquiatria da infância e adolescência em uma linguagem clara e objetiva.

Para facilitar a apreensão do conteúdo, os capítulos contam com tabelas, gráficos, fluxogramas e questões de múltipla escolha. Eles foram divididos em quatro partes. A primeira diz respeito aos temas gerais da área, com capítulos contendo uma breve história da psiquiatria infantil, uma introdução ao desenvolvimento normal, uma apresentação das características peculiares da semiologia e da psicopatologia e uma revisão sobre a epidemiologia

dos transtornos mentais nessa faixa etária. Na parte seguinte, são abordadas as principais síndromes psiquiátricas da infância e da adolescência, com ênfase nas manifestações clínicas, no diagnóstico e na terapêutica. A terceira parte apresenta as principais modalidades de tratamento farmacológico e não farmacológico, e a última seção foca a interdisciplinaridade e as interfaces entre a psiquiatria, a pediatria e a neuropsiquiatria.

Cada capítulo foi escrito por profissionais que aliam duas importantes qualidades: são clínicos habilidosos e pesquisadores de excelência. Além disso, caracterizam-se por serem extremamente empenhados no cuidado dos seus pacientes e muito generosos ao compartilhar seu conhecimento. Agradecemos com carinho a sua participação neste projeto.

Os organizadores



PARTE I

**Temas gerais:
a criança normal**



Uma breve história da psiquiatria da infância e da adolescência

Bruno Mendonça Coêlho e Geilson Lima Santana Jr.

OBJETIVOS

Ao fim deste capítulo, o leitor deverá ser capaz de:

- ✓ Reconhecer a importância de uma análise histórica para o entendimento do contexto atual da psiquiatria infantil.
- ✓ Discutir os antecedentes filosóficos e históricos da psiquiatria da infância e da adolescência.
- ✓ Explicar o surgimento da psiquiatria infantil à luz do espírito científico do século XIX.
- ✓ Argumentar sobre os desenvolvimentos teóricos e metodológicos da psiquiatria da infância e da adolescência.
- ✓ Listar os aspectos históricos do tratamento de crianças e adolescentes.
- ✓ Debater sobre as limitações relacionadas ao número de especialistas e o papel dos não especialistas.

INTRODUÇÃO

A pergunta inicial de muitas pessoas ao se depararem com um capítulo “não científico” em um livro médico é: “Por que falar da história da psiquiatria infantil no contexto atual?”. Antecipando o que (e por que) discutiremos daqui para frente, é necessário colocar que uma análise histórica pode contribuir para o entendimento das discussões atuais no nosso campo (1).

Apenas nos séculos XVII e XVIII alguns filósofos passaram a entender a infância como um período único da vida do indivíduo. Antes disso, a criança era vista (e representada pelos artistas da época) como um adulto em escala reduzida, e, tão logo as primeiras características da puberdade aparecessem, tornava-se um jovem adulto (2). Portanto, a noção de infância não é uma categoria **natural** e imutável, mas um construto sociocultural passível de mudanças ao longo do tempo (3).

A partir do século XVIII, em consequência da percepção das especificidades da infância, começaram a ser escritos diversos livros sobre a criação e a educação das crianças, já se levando em conta algumas diferenças em relação aos adultos (4). Apesar dos três séculos que nos separam dessas primeiras publicações, ainda hoje são comuns teorias e textos com pouco rigor científico, que propagam uma série de “verdades” a respeito do comportamento e do desenvolvimento **normal** das crianças.

A sistematização do conhecimento e das práticas relacionadas à saúde mental dos jovens é um fenômeno recente, que surgiu à luz do pensamento científico do século XIX. Neste sentido, a psiquiatria da infância e da adolescência representa uma especialidade **moderna**. O primeiro capítulo com foco em crianças e adolescentes em um tratado de psiquiatria foi publicado em 1867 por Maudsley (5). O primeiro congresso da área, o First International Conference on Child Psychiatry, ocorreu em 1937, e foi só no ano seguinte que surgiu a primeira cátedra de psiquiatria infantil, criada na Université de Paris pelo professor George Heuyer, que fora o presidente daquele congresso (4).

Como ocorre em outras áreas da psiquiatria, diversos dilemas práticos e conceituais cercam a psiquiatria da infância e da adolescência. Mesmo o sistema de classificação mais recente, a 5ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), carece de cate-

gorias diagnósticas com discriminação adequada a cada fase do desenvolvimento (6). Apesar dos avanços, muitas questões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento permanecem em aberto.

DESENVOLVIMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

Do ponto de vista teórico, foi no início dos anos de 1900 que Sigmund Freud publicou *Três ensaios sobre sexualidade* (7), obra na qual foram fundados os alicerces teóricos das neuroses infantis (4). Desde então, uma série de proposições teóricas e de inovações metodológicas tem transformado a psiquiatria da infância e da adolescência.

Os primeiros trabalhos na área caracterizavam-se por relatos, séries de casos e estudos especulativos, sem o devido teste das hipóteses formuladas. Os dados eram provenientes de populações clínicas e não havia comparação com grupos de controle. Também havia uma marcante imprecisão conceitual, em que termos iguais eram empregados com diferentes definições.

De modo geral, as mais importantes contribuições se devem a um maior rigor metodológico para avaliar os diversos aspectos dos quadros clínicos nessa população. Alguns aportes da epidemiologia e da bioestatística foram determinantes, como a necessidade de selecionar adequadamente a amostra; a presença de um grupo de controle, que permite comparações e o controle de potenciais vieses; a sistematização da coleta de dados por meio de instrumentos confiáveis e válidos; a adoção de critérios diagnósticos objetivos; e o uso de métodos quantitativos, os quais permitem estimar a ocorrência dos fenômenos e possibilitam o teste de hipóteses. Também foi relevante a introdução de delineamentos inovadores, como é o caso dos estudos longitudinais, que oferecem informações valiosas sobre a psicopatologia do desenvolvimento e possuem maior potencial de evidenciar relações causais.

Em 1946, por exemplo, uma das primeiras coortes desde o nascimento foi realizada no Reino Unido, permitindo demonstrar as alterações na psicopatologia ao longo do desenvolvimento (8). Pouco depois, outro

estudo longitudinal apresentou a relação entre problemas de conduta na infância e transtorno de personalidade antissocial na vida adulta (9), estabelecendo novos paradigmas na pesquisa em pedopsiquiatria. Além disso, o desenvolvimento de técnicas metodológicas e estatísticas mais adequadas possibilitou análises mais precisas sobre fatores de risco e de proteção (10).

Entre os mais importantes trabalhos do início do século XX, destaca-se a revisão feita por John Bowlby para a Organização Mundial de Saúde, em 1951, sobre os efeitos da privação materna (11). Nela, foi evidenciado o papel essencial das experiências vividas ao longo da infância. Estudos como o da Ilha de Wight (12), o de Waltham Forest (13), o de Dunedin (14) e o de Christchurch (15), além de algumas coortes, como a que seguiu meninos delinquentes até a idade de 70 anos (16) e a de 20 anos de seguimento feita em Estocolmo (17), representaram importantes passos para a compreensão dos fatores de risco e de proteção e forneceram subsídios para melhorar a organização dos serviços de atendimento. É relevante salientar que boa parte destas pesquisas foi possibilitada pelo uso de instrumentos padronizados de coleta de informações (10).

Antes da década de 1960, pouca atenção era dada à diferenciação diagnóstica e a maior parte dos diagnósticos se baseava em observações clínicas, e não em critérios respaldados pela pesquisa (18). Além disso, apesar dos clínicos dos mais diversos locais apresentarem uma concordância em relação à percepção dos sintomas, eles diferiam muito no usos que faziam destes, como demonstrou, por exemplo, o já clássico estudo US-UK (19). Isso ocorria porque, nos diversos centros, tentava-se adequar os sintomas observados a construtos teóricos preconcebidos (os quais diferiam em diferentes locais) resultando diagnósticos subjetivos e com pouca validade (10). Foi então que o grupo da Washington University demonstrou que a distinção entre os diagnósticos importava e que a fenomenologia poderia ser usada para fazer tal distinção entre os diagnósticos. Eles estabeleceram padrões para verificar a validade das diferenças entre diagnósticos distintos o que acabou por ser um dos mais marcantes avanços, não apenas no campo da psiquiatria da infância e da adolescência, mas de toda a psiquiatria. A evolução dessa abordagem foi a adoção de critérios diagnósticos para a diferenciação dos diversos transtornos como temos atualmente (18). Apesar des-

ses avanços, os diagnósticos baseados em critérios psicopatológicos continuavam sujeitos a questões de validade diagnóstica, visto que não levavam em conta estudos sobre a etiologia dos transtornos, mas apenas a descrição dos quadros (20). A força-tarefa que trabalhou na última versão do DSM, (6), de algum modo, tentou corrigir essa característica e seu racional era basear seus novos diagnósticos em dados empíricos. Entretanto, apesar das tentativas neste sentido, isso não ocorreu na maioria das categorias diagnósticas, as quais ainda são classificadas de acordo com sua fenomenologia em vez de por conta de seu substrato fisiopatológico.

Além disso, até pouco tempo atrás, não se dava muita atenção às características do desenvolvimento normal na psicopatologia de crianças e adolescentes. Contudo, a partir de achados de pesquisa, foi ficando evidente que era necessário reconhecer as questões do neurodesenvolvimento envolvidas nos mais diversos quadros psicopatológicos, bem como compreender os aspectos neurobiológicos subjacentes. Com base em pesquisa experimental, transtornos como o autismo, por exemplo, passaram a ser encarados como decorrentes de alterações do neurodesenvolvimento, e não de uma interação mãe-filho inadequada, como chegou a sugerir a teoria das “mães-geladeira”, proposta por Bettelheim (21).

Assim como no autismo, teorias de base psicanalítica também tentavam explicar o desenvolvimento da esquizofrenia (22). Porém, evidências empíricas ajudaram a desfazer mais um dos mitos de que as mães seriam responsáveis pela gênese da doença. Hoje, já é reconhecido que alterações neurodesenvolvimentais estão presentes muito precocemente, bem antes da emergência dos sintomas (23). Mais recentemente, houve uma nova conceitualização do papel dos estressores psicossociais e dos traumas precoces na evolução dos comportamentos disfuncionais e dos transtornos mentais (24-26). Junto a isso, têm sido propostos novos modelos sobre o comportamento, o desenvolvimento e a psicopatologia, como consequência da elucidação de mecanismos genéticos (27), epigenéticos (28) e, de modo mais complexo (e – por que não? – mais verossímil), da interação gene-ambiente (29-31). A compreensão dos processos cognitivos envolvidos no funcionamento normal e na psicopatologia (32-35), assim como do papel do contexto social (36-38), tornou mais abrangentes as teorias explicativas dos processos saúde-doença.

ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Uma grande revolução também ocorreu no tratamento dos transtornos mentais de crianças e adolescentes, tanto nas abordagens farmacológicas quanto nas não farmacológicas. Os tratamentos disponíveis no início do século XX não demonstravam qualquer evidência de eficácia. Esta se tornou uma questão central com a entrada em cena dos estudos de eficácia (p. ex., os ensaios clínicos), que mudaram o cenário da terapêutica. Atualmente, os tratamentos precisam ser comprovadamente eficazes e, cada vez mais, ter uma boa relação entre custo e efetividade.

Embora ainda existam importantes diferenças nas diversas teorias e práticas psicoterápicas, há alguns pontos de convergência, já que as modalidades psicodinâmicas passaram a reconhecer a relevância das experiências da vida real, do “aqui e agora”, no processo terapêutico. Além disso, os terapeutas comportamentais passaram a considerar de fundamental importância os processos cognitivos. Diversas vertentes teóricas têm incorporado, progressivamente, as evidências científicas, e as intervenções incluem, agora, o trabalho nas escolas e na comunidade, bem como junto à família (10).

Do ponto de vista farmacológico, as mudanças não foram menores. Era o ano de 1937 quando Charles Bradley usou sulfato de benzedrina para tratar crianças com transtornos comportamentais no Lar para Crianças Emma Pendleton Bradley, em Rhode Island (39). Apesar do pioneirismo, seu estudo passou despercebido por aproximadamente 25 anos (40). Até a década de 1960, as medicações usadas eram descobertas por acaso, e pouca ou nenhuma pesquisa básica era feita (41). Durante um longo período, pouca ou nenhuma atenção foi dada à pesquisa de psicotrópicos na faixa etária pediátrica, e a prescrição de drogas a esses indivíduos era feita a partir da extrapolação dos dados de estudos conduzidos em adultos. Isto ocorria apesar das claras evidências de que o efeito de algumas medicações era diferente dependendo do estágio da vida (42).

Somente com o avanço da pesquisa básica sobre os neurotransmissores passou-se a ter um maior entendimento a respeito do funciona-

mento das drogas, o que possibilitou o desenvolvimento, de forma racional, de novas classes de fármacos (42). Além disso, hoje em dia, em diversos países, as companhias farmacêuticas necessitam fazer testes das drogas usadas em crianças, reduzindo a utilização *off-label* de tais medicações e promovendo um uso mais racional das mesmas (43). Junte-se a isso o surgimento de estudos de revisão e de protocolos específicos (44-47) para o uso de psicofármacos em crianças, o que tornou a psicofarmacologia pediátrica mais segura e baseada em evidências.

CONCLUSÃO

Atualmente, apesar de todas as mudanças que, de certo modo, revolucionaram a psiquiatria da infância e da adolescência, alguns problemas ainda são muito presentes, a começar pelo número de profissionais nesta área, bastante aquém das necessidades. A despeito do fato de aproximadamente 3,5 a 5,9% das crianças e adolescentes brasileiros apresentarem algum tipo de transtorno mental grave (48, 49), há menos de 500 psiquiatras da infância e da adolescência habilitados no Brasil (50, 51). Este número, absolutamente insuficiente, traz como consequência que a maior parte dos atendimentos em pedopsiquiatria seja realizada por médicos não especialistas na área como pediatras, neurologistas ou psiquiatras de adultos. Este é um problema importante, visto que, durante sua formação ou ao longo da carreira, mesmo os psiquiatras de adultos geralmente não têm contato com a maioria dos problemas de saúde mental encontrados nesse grupo de pacientes (52).

Como a formação de médicos especialistas não ocorre em curto prazo e os transtornos mentais não aguardam pelo momento em que a sociedade esteja preparada para lidar com eles, algumas medidas imediatas podem ser importantes. É justamente neste cenário que surge este livro. Ao prover informação qualificada e com grau de complexidade adequado ao médico não especialista, a obra visa minimizar a lacuna da falta de profissionais habilitados, possibilitando um melhor atendimento por não especialistas.

QUESTÕES

1. Sobre os antecedentes da psiquiatria infantil, pode-se afirmar:

- I. A noção de infância como um período específico do desenvolvimento é intuitiva e já está presente em relatos da Antiguidade.
 - II. A criação e a educação das crianças só se tornam objetos de preocupação no século XX, a partir das contribuições psicanalíticas sobre o desenvolvimento infantil.
 - III. A sistematização do conhecimento e das práticas relacionadas à saúde mental dos jovens só foi possível a partir das contribuições das neurociências, principalmente a partir dos anos de 1970.
- a. I é verdadeira.
 - b. II é verdadeira.
 - c. I e II são verdadeiras.
 - d. Todas são verdadeiras.
 - e. Todas são falsas.

2. Sobre os primórdios da psiquiatria infantil, pode-se afirmar:

- I. O primeiro capítulo com foco em crianças e adolescentes em um tratado de psiquiatria foi publicado em 1867.
 - II. O primeiro congresso da área, o First International Conference on Child Psychiatry, ocorreu em 1937.
 - III. A primeira cátedra de psiquiatria infantil foi criada no King's College, por Maudsley.
- a. I é verdadeira.
 - b. II é verdadeira.
 - c. I e II são verdadeiras.
 - d. Todas são verdadeiras.
 - e. Todas são falsas.

3. Sobre o desenvolvimento teórico e metodológico da psiquiatria infantil, pode-se afirmar:

- I. O alicerce teórico sobre o desenvolvimento infantil foi fundado com a publicação do caso do Pequeno Hans, em 1909.
- II. Os primeiros estudos na área eram descritivos e os dados provinham de populações clínicas, com grupos de controle pareados por idade.

continua

continuação

III. As contribuições da epidemiologia e da bioestatística foram determinantes para o avanço do conhecimento.

- a. I é verdadeira.
- b. II é verdadeira.
- c. III é verdadeira.
- d. Todas são verdadeiras.
- e. Todas são falsas.

4. Sobre o desenvolvimento teórico e metodológico da psiquiatria infantil, assinale a alternativa correta:

- a. As principais contribuições para o avanço da psicopatologia do desenvolvimento vieram de estudos de caso-controle, que permitem avaliar os fatores de risco de transtornos mentais em crianças e adolescentes.
- b. Os efeitos da privação materna foram revisados por John Bowlby e serviram de base para a teoria do apego.
- c. O principal entrave ao desenvolvimento científico foi a adoção de critérios diagnósticos, que reduzem as experiências subjetiva e interpessoal a categorias pré-determinadas.
- d. No atual estágio do conhecimento, ainda é prematuro pensarmos em modelos etiológicos que considerem os mecanismos genéticos e epigenéticos e a interação gene-ambiente.
- e. Nenhuma das anteriores.

5. Sobre os aspectos históricos do tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, pode-se afirmar:

- a. Com a introdução de ensaios clínicos, a preocupação com a eficácia e com a relação entre custo e efetividade dos tratamentos tem sido cada vez maior.
- b. As diversas modalidades de psicoterapia têm apresentado pontos de convergência, como o foco no “aqui e agora”, a importância dos processos cognitivos e a inclusão da família no tratamento.
- c. Uma das primeiras intervenções psicofarmacológicas para transtornos comportamentais consistiu no uso de sulfato de benzedrina, há quase 80 anos.

continua

continuação

- d. Duas das anteriores são corretas.
- e. Todas as anteriores são corretas.

6. Sobre as controvérsias e as limitações enfrentadas pela psiquiatria infantil, pode-se afirmar:

- I. O conhecimento oriundo da medicina baseada em evidências e a adoção de protocolos e diretrizes terapêuticas têm desestimulado o uso *off-label* de psicofármacos em crianças e adolescentes.
 - II. O maior avanço trazido pelo DSM-5 é a clara delimitação das fronteiras entre os diagnósticos a partir de evidências empíricas.
 - III. Dada a complexidade dos quadros clínicos nessa faixa etária, os casos devem sempre ser encaminhados a especialistas.
- a. I é verdadeira.
 - b. II é verdadeira.
 - c. III é verdadeira.
 - d. Todas são verdadeiras.
 - e. Todas são falsas.

Respostas

1. e; 2. c; 3. c; 4. b; 5. e; 6. a

REFERÊNCIAS

1. Parry-Jones WL. The history of child and adolescent psychiatry: its present day relevance. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989;30(1):3-11.
2. Ariès P. *Centuries of Childhood: a Social History of Family Life*. New York: Vintage; 1962.
3. Ulanowicz A. Philippe Ariès: University of Pittsburgh; 2005 [cited 2014 Maio de 2014]. Available from: <http://www.representingchildhood.pitt.edu/pdf/aries.pdf>.
4. Assumpção Jr FB. *Psiquiatria infantil brasileira: um esboço histórico*. São Paulo: Lemos Editorial; 1995.
5. Maudsley H. On the insanity of early life. In: Maudsley H, editor. *The physiology and pathology of the mind*. New York, NY, US: D. Appleton & Company; 1867. p. 259-93.
6. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
7. Freud S. Três Estudos sobre a teoria da sexualidade (Trabalho original publicado em 1905). In: Salomão J, editor. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. VII. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

8. Douglas JWB. The home and the school. London: MacGibbon and Kee; 1964.
9. Robins LN. Deviant children grown up: a sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1966.
10. Rutter M. Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(9):689-703.
11. J. B. Maternal care and mental health. Geneva: World Health Organization; 1951.
12. Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. London: William Heinemann Medical; 1970.
13. Richman N, Stevenson J, Graham P. Preschool to school. London: Academic Press; 1982.
14. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M, Silva PA. Sex differences in antisocial behavior: conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2001.
15. Fergusson DM, Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35(3):287-96.
16. Laub JH, Sampson RJ. Shared beginnings, divergent lives: delinquent boys to age 70. Harvard, MA: Harvard University Press; 2006.
17. Nylander I. A 20-year prospective follow-up study of 2 164 cases at the child guidance clinics in Stockholm. *Acta paediatrica Scandinavica Supplement*. 1979;276: 1-45.
18. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Jr., Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26 (1):57-63.
19. Wing JK. International comparisons in the study of the functional psychoses. *Br Med Bull*. 1971;27(1):77-81.
20. Association AP. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, texto revisado - DSM-IV-Tr. 4th ed. Association AP, editor. Washington DC: American Psychiatry Association; 2000.
21. Bettelheim B. The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self. London: Collier-Macmillan; 1967.
22. Jackson DD. A critique of the literature on the genetics of schizophrenia. In: Jackson DD, editor. *The Etiology of Schizophrenia*. New York: Basic Books; 1960. p. 37-87.
23. Reichenberg A, Harvey PD. Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychol Bull*. 2007;133 (5):833-58.
24. Brown GW, Harris TO. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women.: Tavistock; 1978.
25. Brodsky BS, Stanley B. Developmental effects on suicidal behavior: the role of abuse in childhood. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;1(5):331-6.
26. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Jurueña MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis*. 2013; 201(12):1007-20.
27. Rutter M. Genes and behavior: Nature-nurture interplay explained. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
28. Roth TL, Sweatt JD. Annual Research Review: Epigenetic mechanisms and environmental shaping of the brain during sensitive periods of development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(4):398-408.
29. Lenroot RK, Giedd JN. Annual Research Review: Developmental considerations of gene by environment interactions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(4):429-41.
30. Rutter M, Moffitt TE, Caspi A. Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4): 226-61.
31. Petrill SA, Bartlett CW, Blair C. Gene-environment interplay in child psychology and psychiatry-challenges and ways forward. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54 (10):1029.

32. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition & Emotion*. 1985;21(1):37–46.
33. Frith U, Happe F. Autism: beyond “theory of mind”. *Cognition*. 1994;50(1-3):115-32.
34. Frith U. Cognitive explanations of autism. *Acta Paediatr Suppl*. 1996;416:63-8.
35. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annual review of neuroscience*. 2004;27:169-92.
36. Thornberry TP, Krohn MD, Lizotte AJ, Smith CA, Tobin K. Gangs and delinquency in developmental perspective. New York: Cambridge University Press; 2003.
37. Thornberry TP, Krohn MD, Lizotte AJ, Chard-Wiershem D. The role of juvenile gangs in facilitating delinquent behavior. *J Res Crime Delinq*. 1993;30:55–87.
38. Rutter M, Tienda M. Ethnicity and causal mechanisms. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2005.
39. Bradley C. The Behavior of Children Receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry*. 1937;94: 577–81.
40. Strohl MP. Bradley’s Benzedrine studies on children with behavioral disorders. *Yale J Biol Med*. 2011;84(1):27-33.
41. Ayd FJ, Blackwell B. Discoveries in biological psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott; 1970.
42. Rutter M, Stevenson J. Developments in Child and Adolescent Psychiatry Over the Last 50 Years. In: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, et al., editors. *Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry*. 5th ed. Hong Kong: Blackwell Publishing Limited; 2008. p. 3-18.
43. Wolraich ML. Annotation: The use of psychotropic medications in children: an American view. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(2):159-68.
44. NICE NiHACE-. In: (UK). NCCfMH, editor. *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Leicester (UK) 2005.
45. NICE NiHACE-. *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents*, in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Leicester (UK)2006.
46. Mahajan R, Bernal MP, Panzer R, Whitaker A, Roberts W, Handen B, et al. Clinical practice pathways for evaluation and medication choice for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2012;130 Suppl 2:S125-38.
47. Carlisle LL, McClellan J. Psychopharmacology of schizophrenia in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2011; 58(1):205-18, xii.
48. Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40 (1):11-7.
49. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-34.
50. Rosário MC. Meet Our Board Members. *CNS Spectrums*. 2013;18:58-60.
51. Moraes C, Abujadi C, Ciasca SM, Moura-Ribeiro MV. [Brazilian child and adolescent psychiatrists task force]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(3):294-5.
52. Rohde LA, Lima D, Assumpção FB, Barbosa G, Golfeto JH, Zavaschi ML, et al. Quem deve tratar crianças e adolescente com transtornos mentais? O espaço da psiquiatria da infância e adolescência em questão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:2–3.