



Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente

Early manifestations of behavioral disorders in children and adolescents

Eugênio Grillo¹, Ronaldo J. M. da Silva²

Resumo

Objetivo: Revisão sobre o diagnóstico precoce dos principais transtornos do comportamento na criança e no adolescente, fornecendo informações práticas relativas às primeiras manifestações clínicas e à importância do diagnóstico precoce.

Fontes dos dados: Revisão narrativa, com levantamento na PubMed das publicações que contêm aspectos do diagnóstico precoce, especialmente na última década.

Síntese dos dados: Os pediatras devem estar preparados e atentos para detectar precocemente um transtorno do comportamento, já que, em alguns desses transtornos, intervenções precoces podem melhorar a evolução. Além disso, essas intervenções podem levar ao diagnóstico de doenças de herança mendeliana, passíveis de aconselhamento genético. São enfocadas as manifestações precoces dos transtornos invasivos do desenvolvimento, do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade, do transtorno de ansiedade de separação, do transtorno de ansiedade generalizada, da depressão, da esquizofrenia, dos principais transtornos alimentares da criança maior ou adolescente (anorexia nervosa e bulimia nervosa) e do uso e abuso de substâncias.

Conclusões: As manifestações precoces dos principais transtornos do comportamento na criança e no adolescente podem ser observadas antes da idade na qual o diagnóstico tem sido habitualmente estabelecido. O diagnóstico precoce implica intervenções precoces e orientação dos pais a respeito do prognóstico ou, em algumas situações, aconselhamento genético. A comorbidade entre esses transtornos é muito freqüente, e a manifestação de uma delas pode ser a pista para o diagnóstico de outra.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(2 Supl):S21-S27: Transtorno do comportamento, diagnóstico precoce, criança, adolescente.

Abstract

Objective: To discuss the early diagnosis of behavioral disorders in childhood and adolescence and to provide the pediatrician with practical knowledge about the first symptoms of the main behavioral disorders at this age.

Sources of data: PubMed (emphasis on the past decade).

Summary of the findings: Pediatricians should be prepared to detect behavioral disorders as early as possible. Early detection could improve outcome and/or lead to etiologic diagnosis of mendelian inheritance disorders, allowing genetic counseling. Early symptoms of pervasive developmental disorders, attention deficit/hyperactivity disorder, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, depression, schizophrenia, the main eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa) and substance use and abuse are discussed.

Conclusions: The early symptoms of the main behavioral disorders in children and adolescents may appear before the age in which these conditions are currently diagnosed. Detection of early symptoms leads to early intervention, proper orientation about prognosis and, in some cases, to genetic counseling. The comorbidity among these disorders is frequent, and the symptoms of one disorder could be the first clue to allow the diagnosis of other conditions.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(2 Supl):S21-S27: Behavioral disorder, early diagnosis, child, adolescent.

Introdução

Não há consenso sobre uma definição dos transtornos do comportamento, sendo que ela pode variar em diferentes culturas. Não há também como medir de forma

objetiva a presença e a severidade de um transtorno comportamental, o que traz dificuldades na detecção precoce dessas condições.

O pediatra deve considerar um transtorno do comportamento: 1) quando houver problemas no rendimento escolar não explicado por fatores intelectuais, sensoriais ou outras incapacidades físicas; 2) quando são observados problemas em estabelecer e manter relações sociais com colegas, professores ou familiares; 3) quando são observadas reações comportamentais ou sentimentos inapropriados diante

1. Serviço de Neurologia, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC. Divisão de Pediatria, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
2. Serviço de Neurologia, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC. Professor adjunto, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

de situações corriqueiras, ou tristeza e depressão contínuas; e 4) quando há tendência a desenvolver sintomas físicos ou medos associados a problemas comuns¹. Alguns transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia, revelam-se antes mesmo de suas primeiras manifestações mais evidentes, através de características do comportamento e do desenvolvimento já na infância ou adolescência^{2,3}. O DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* – quarta edição revisada) classifica mais de 250 condições que podem cursar com distúrbios do comportamento⁴.

O reconhecimento das primeiras manifestações de condições que afetam o comportamento permitirá que, quando necessário, esses pacientes sejam encaminhados a diferentes profissionais para intervenções precoces que possam modificar o curso da enfermidade. A orientação dos pais a respeito do prognóstico em longo prazo resultará em expectativas mais adequadas em relação às capacidades da criança. Algumas das condições que produzem transtornos do comportamento são geneticamente determinadas e obedecem a padrões de herança mendeliana. O reconhecimento precoce dessas condições será importante também para o aconselhamento genético. É o caso, por exemplo, de um menino que procura o pediatra por transtornos do espectro autista e que, ao final da investigação, mostra ter a síndrome do X-frágil. Este diagnóstico determina condutas muito concretas, especialmente no que diz respeito ao aconselhamento genético da mãe, das irmãs e tias maternas.

Como as condições que produzem distúrbios do comportamento são numerosas, seria impossível abordar todas nesta revisão. Existem alguns poucos estudos de prevalência na população geral de crianças e adolescentes em outros países⁵⁻⁷. Seleccionamos algumas dessas condições por sua frequência ou importância do diagnóstico precoce. Na opinião dos autores, são as condições que podem interessar mais à prática cotidiana de pediatras, por produzirem limitações significativas no rendimento escolar e no convívio com amigos e família.

Serão, portanto, abordadas as manifestações precoces de algumas condições habitualmente observadas na idade pré-escolar ou no início da vida escolar, que são os transtornos invasivos do desenvolvimento (ou as condições pertencentes ao espectro do autismo) e o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Abordaremos também algumas condições que habitualmente se manifestam mais tarde, já na idade escolar e na adolescência, como transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, esquizofrenia, transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) e abuso de álcool e drogas.

Embora o enfoque principal desta revisão sejam as manifestações precoces dessas condições, abordaremos brevemente os critérios para o diagnóstico de cada uma delas. Informações mais detalhadas sobre o diagnóstico são encontradas em outros artigos deste suplemento. As condições aqui abordadas já foram objeto de revisões sistemáticas muito completas, que resultaram em diretri-

zes que também tratam das manifestações precoces. Recomendamos essas publicações àqueles que procuram leitura complementar⁸⁻¹⁴.

Transtornos invasivos do desenvolvimento (condições pertencentes ao espectro do autismo)

Habitualmente, os sintomas mais proeminentes das condições pertencentes ao espectro do autismo, ou transtornos invasivos do desenvolvimento, podem ser bem observados depois dos 2 anos de idade^{15,16}. Nos últimos anos, no entanto, o diagnóstico precoce das manifestações autistas tem despertado interesse, já que intervenções terapêuticas precoces nessas crianças poderiam atenuar problemas a longo prazo¹⁷⁻²⁰. Em algumas condições, o diagnóstico de autismo e transtornos relacionados levará à etiologia, que poderá implicar aconselhamento genético²¹, como, por exemplo, na síndrome do X-frágil e síndrome de Angelman.

São três os principais sintomas dos transtornos invasivos do desenvolvimento: 1) repertório limitado de atividades, interesses e comportamentos; 2) comprometimento do desenvolvimento da linguagem verbal e não-verbal; e 3) pobre ou nenhuma interação social, incluindo contato visual. Para os pais e pediatras, essas manifestações são sutis e difíceis de perceber antes dos 2 anos. Aquelas envolvendo comunicação e interação social são percebidas antes, e aquelas relacionados à restrição de interesses e comportamentos são percebidas mais tardiamente, depois dos 3 anos²¹. Howlin & Moore²², no Reino Unido, observaram que as preocupações de pais de crianças autistas em relação ao desenvolvimento de seus filhos começam em torno de 1 ano e 7 meses, mas o diagnóstico é feito por volta dos 6 anos de idade. No entanto, até 55% das crianças autistas já manifestam alguns sintomas antes de 1 ano de idade, e até 88%, antes dos 2 anos²³⁻²⁶.

Os estudos visando ao reconhecimento precoce do autismo têm sido feitos especialmente através da revisão de vídeos caseiros feitos antes de 2 anos com crianças que, em idades mais avançadas, tiveram o diagnóstico de autismo bem definido²⁷⁻²⁹. Esses e outros estudos têm sugerido que as manifestações precoces do autismo são anormalidades especialmente no que se tem chamado de *joint attention*, definida como comportamentos que se desenvolvem antes da linguagem, envolvendo a coordenação da atenção entre 1) lactente, 2) outra pessoa, 3) objeto ou evento³⁰. Esses comportamentos anormais são traduzidos por falta de interesse em relação a pessoas e objetos. São crianças que não voltam a atenção quando seu nome é chamado, que não buscam compartilhar interesses. Young et al.³¹ apontam algumas manifestações precoces que poderiam ser observadas pelos pais em idades em média inferiores aos 2 anos, como falta de interesse por brinquedos, desinteresse em compartilhar objetos e experiências de que goste, pobre contato visual, intolerância a contato físico, posturas e medos inusuais, problemas alimentares, necessidade de rotinas e rituais, problemas alimentares, movimentos e comportamentos estereotipados, pouca atenção a adultos,

crises de birra, regressão ou atraso na linguagem, comportamentos obsessivos, falta de brincadeiras imitativas, interesses restritos e estereotipados e deficiência também na linguagem não-verbal, como apontar. A fixação e seguimento oculares dirigidos a rostos humanos estão comprometidos, e esta é uma manifestação precoce³².

Entre as manifestações dos transtornos invasivos do desenvolvimento, as que são de observação mais fácil e objetiva pelo pediatra são aquelas relacionadas ao desenvolvimento da linguagem. Assim, numa diretriz elaborada por diversas sociedades norte-americanas, recomenda-se que as seguintes crianças sejam avaliadas com maior profundidade para os transtornos invasivos do desenvolvimento: 1) aquelas que não balbuciam nem demonstram nenhum tipo de linguagem gestual, como apontar, aos 12 meses de idade; 2) aquelas que não falam sequer palavras soltas aos 16 meses; 3) aquelas que não constroem pequenas frases de duas palavras aos 24 meses; ou 4) aquelas que apresentam qualquer perda na linguagem ou em capacidades sociais em qualquer idade¹³.

Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade

O TDAH é uma síndrome neuropsiquiátrica cujas manifestações principais são três: 1) desatenção; 2) impulsividade; e 3) hiperatividade. É freqüente em crianças em idade escolar³³; e os critérios para o diagnóstico estão melhor definidos a partir dos 6 anos de idade, especialmente porque, nessa idade, os problemas na escola se tornam mais claros, tanto na aprendizagem como no relacionamento com os colegas⁹. O DSM-IV coloca que os pré-escolares com TDAH já diferem de crianças normais da mesma idade por estarem constantemente em movimento e por terem dificuldades em participar de atividades sedentárias com a classe⁴. Entretanto, é difícil estabelecer o diagnóstico em crianças pequenas. Essas dificuldades estão relacionadas ao fato de que crianças pequenas são naturalmente desatentas, impulsivas e ativas quando comparadas aos escolares, sendo difícil determinar as fronteiras entre os padrões normal e anormal do comportamento³⁴. Entretanto, quando esses comportamentos são muito anormais, mesmo em crianças menores, eles limitam o aprendizado, a socialização, incluindo uma interação apropriada com os pais. Fatores ambientais, como dinâmica familiar, diagnóstico diferencial e comorbidade com condições como transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta e do humor (como depressão) devem ser considerados quando as manifestações sugerindo TDAH já preocupam os pais muito cedo na vida.

O comportamento normal de um pré-escolar pode variar em diferentes dias ou situações. A atividade pode aumentar, por exemplo, diante de uma avó indulgente ou em ambientes muito estimulantes, como um supermercado³⁴. A Academia Americana de Pediatria recomenda que, para a determinação mais segura do diagnóstico, os sintomas devam estar presentes já antes dos 7 anos⁹. No entanto, os pais começam a preocupar-se com o déficit de

atenção, hiperatividade e impulsividade entre 3 e 4 anos de idade³⁵.

A revisão de vídeos caseiros feitos durante os primeiros anos de vida tem auxiliado na determinação das manifestações mais precoces do TDAH. Assim, antes de 1 ano de idade, o comportamento de crianças que desenvolverão TDAH não parece diferir dos controles. Diferenças podem ser observadas a partir de então, com dificuldades para completar tarefas, maiores níveis de atividade, menor cooperação nas atividades em grupos³⁶. Os pré-escolares com TDAH estão mais propensos a acidentes leves, mas não são mais suscetíveis a lesões graves³⁷. Quando o diagnóstico de TDAH é estabelecido em pré-escolares usando-se os critérios do DSM-IV, tem-se observado que as manifestações de hiperatividade e impulsividade são mais proeminentes que aquelas relacionadas ao déficit de atenção³⁸.

Nos Estados Unidos, as prescrições de drogas que atuam no sistema nervoso central, incluindo o metilfenidato, que é o estimulante mais usado no TDAH, aumentaram de 200 a 300% em pré-escolares³⁹. O papel dos estimulantes, no entanto, não está bem definido antes dos 6 anos, assim como o das intervenções não-farmacológicas³⁴. Ainda assim, na prática cotidiana de pediatras, os pais de pré-escolares freqüentemente perguntam se seu filho tem TDAH. Os pais devem ser orientados a respeito das incertezas do diagnóstico antes dos 6 anos. O uso de estimulantes deve, portanto, ser evitado em pré-escolares, embora possa ser considerado em situações especiais³⁴.

Transtorno de ansiedade de separação e transtorno de ansiedade generalizada

Estas são condições menos graves se comparadas às outras abordadas nesta revisão. No entanto, são muito freqüentes na infância e na adolescência^{6,7,14,40}.

O transtorno de ansiedade de separação pode ocorrer precocemente, já a partir dos 5 anos de idade⁴¹. As crianças menores apresentam preocupações irreais e exageradas sobre perigos que possam ameaçar seus pais ou pessoas próximas. Por isso, a separação gera ansiedade. A maioria dessas crianças recusa-se a ir à escola. Crianças maiores ou adolescentes que desenvolvem transtorno de ansiedade de separação apresentam menos sintomas^{42,43}.

No transtorno de ansiedade generalizada, há uma preocupação excessiva e persistente em relação a uma série de causas, e não a apenas uma, como ocorre no transtorno de ansiedade de separação ou em outros transtornos de ansiedade. Essas preocupações envolvem desempenho na escola, relações sociais, saúde e ruminções acerca de comportamentos passados ou futuros. Para o diagnóstico, é preciso que essas preocupações produzam incapacidades e problemas na vida cotidiana da criança. É necessário também que haja pelo menos um dos seguintes sintomas somáticos: inquietude, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou transtornos do

sono⁴. O início dos sintomas acontece geralmente no adolescente, mas pode ocorrer já aos 5 anos de idade⁴⁴. Quanto mais jovem a criança, menor o número de sintomas somáticos. Nas crianças pequenas, são freqüentes discrepâncias entre o relato dos pais a respeito dos sintomas e o relato da criança, que muitas vezes não o confirma⁴⁵.

A detecção e tratamento precoces desses transtornos são importantes, já que eles podem persistir na vida adulta com incapacidades quando não tratados⁴⁶.

Depressão

As condições do DSM-IV que cursam com depressão, como transtorno depressivo maior, transtorno bipolar e transtorno distímico, podem acometer crianças e adolescentes, produzindo risco de abuso de drogas e suicídio⁴⁷⁻⁵⁰. A freqüência de depressão é baixa até os 6 anos e aumenta com a idade, sendo de até 8% na adolescência. Na infância, o risco de depressão é o mesmo em meninos e meninas. Na adolescência, é duas vezes maior em meninas⁵¹. Para se afirmar que uma criança ou adolescente tem depressão em sua forma mais clara – transtorno depressivo maior –, é preciso que vários dos principais sintomas do DSM-IV estejam presentes. Esses sintomas, presentes quase diariamente, são humor deprimido na maior parte do dia, interesses e prazer acentuadamente diminuídos, perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga, sentimento de inutilidade e pensamento recorrente de morte. Essas manifestações devem comprometer o desempenho e não podem ser explicadas pelo uso de drogas ou por causa ambiental clara, como luto, por exemplo. Entretanto, as manifestações iniciais podem ser mais leves, e nem todos os sintomas podem estar presentes⁴.

Existem instrumentos para a detecção de indivíduos de risco para depressão em populações normais de crianças e adolescentes⁵²⁻⁵⁴. O diagnóstico precoce de depressão pode encontrar alguns obstáculos: os indícios de depressão em indivíduos jovens são muitas vezes vistos como flutuações normais próprias da idade; pediatras podem sentir-se relutantes em rotular seus pacientes como doentes mentais; além disso, os transtornos que produzem depressão são considerados próprios do adulto. No entanto, o início da depressão tem ocorrido cada vez mais cedo na vida^{55,56}. As dificuldades para o diagnóstico na infância estão associadas também às limitações da criança em identificar e descrever emoções. Podem tornar-se irritadas e agressivas sem contar o que lhes molesta, sendo que a irritabilidade pode ser a manifestação mais proeminente em crianças menores^{57,58}.

O antecedente de depressão maior em um dos pais aumenta as chances de depressão na criança e no adolescente⁵⁹. O pediatra deve, portanto, estar mais atento nesta situação. Os seguintes fatores também aumentam as chances ou podem desencadear depressão em crianças e adolescentes: tabagismo⁶⁰, perda de um pai ou ente querido⁶¹, ruptura com namorado ou namorada⁶², déficit de atenção, transtorno de conduta e outras condições produzindo difi-

culdades de aprendizagem⁶³, abuso ou negligência⁶⁴ e separação dos pais⁶⁵.

As manifestações que devem levar o pediatra a considerar o diagnóstico de um transtorno depressivo são mudanças súbitas no comportamento, agressividade, raiva, agitação, mudanças no padrão do sono (tanto insônia como hipersonia) ou apetite, baixa auto-estima, afastamento dos amigos e família, aparecimento de desleixo no modo de vestir-se e na aparência. Alguns sintomas aparentemente não relacionados à depressão estão freqüentemente associados a ela, como a cefaléia, por exemplo⁶⁶. Nesses casos, a cefaléia pode ser a queixa principal quando o paciente é levado ao pediatra – em geral meninas adolescentes ou pré-adolescentes.

Esquizofrenia

Estudos da última década têm indicado que os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia em crianças podem ser os mesmos utilizados em adultos⁶⁷⁻⁶⁹. Assim, as manifestações iniciais de esquizofrenia na criança e no adolescente são semelhantes às aquelas observadas nos adultos. Pode haver delírios, alucinações, desorganização do discurso e do comportamento ou os chamados sintomas negativos, como embotamento afetivo. O diagnóstico só pode ser estabelecido quando essas manifestações iniciais persistem por meses e comprometem as atividades habituais do indivíduo e o relacionamento social. O uso de fármacos que possam produzir essas manifestações deve ser excluído⁴.

Muitos têm procurado delinear na criança um perfil comportamental e cognitivo que indique maior suscetibilidade ao desenvolvimento de esquizofrenia precocemente na vida⁷⁰, o que tem sido difícil. O pediatra deve estar especialmente atento ao surgimento de manifestações de esquizofrenia quando um dos pais tem o diagnóstico. Neste caso, as chances são de 10%, enquanto que, na população em geral, são de 1%⁷¹. Déficit de atenção, problemas na motricidade grosseira, na memória verbal, atraso na aquisição da marcha e tendência à brincadeira solitária têm sido apontados como possíveis indicadores de maior tendência à esquizofrenia^{2,3}.

Transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa)

Os principais transtornos do comportamento alimentar são a anorexia e a bulimia nervosa. Inicialmente, esses transtornos eram considerados próprios de mulheres jovens e brancas das camadas sociais mais altas. Nos países industrializados, essas condições têm sido observadas cedo na vida e não têm sido exclusividade de mulheres ricas e brancas, embora a ocorrência no sexo feminino seja muito maior^{72,73}. Essas pacientes demonstram medo extremo de ganhar peso, havendo uma distorção na imagem que têm do próprio corpo, ou seja, ainda que sejam muito magras, acham-se gordas. As pacientes com anorexia nervosa resistem em manter um peso mínimo para idade e estatura e insistem em ignorar os

riscos de um peso muito baixo. Podem recorrer ao exercício físico excessivo para perder ainda mais peso⁷⁴. Frequentemente, em adolescentes e mulheres, o ciclo menstrual torna-se irregular, com amenorréias prolongadas. Nas pacientes com bulimia nervosa, há compulsão por comer excessivamente durante curtos períodos, e, em seguida, para evitar o ganho de peso, induzem vômitos, usam laxantes, diuréticos, enemas, medicações ou exercício físico em excesso. Essas manobras são em geral feitas em segredo, porque produzem vergonha. Na bulimia nervosa, o peso habitualmente se mantém dentro dos limites normais, o que não ocorre na anorexia nervosa. Os critérios para o diagnóstico estão bem definidos no DSM-IV⁴.

Talvez mais do que em qualquer outro transtorno do comportamento na criança e no adolescente, a detecção precoce dos transtornos alimentares é fundamental. Evidências crescentes têm indicado que, quanto mais precoces as intervenções terapêuticas, melhor será o prognóstico em longo prazo¹⁰. O pediatra deve, portanto, estar atento para detectar precocemente as primeiras manifestações desses transtornos. Nas consultas de rotina, deve averiguar os padrões alimentares em pré-adolescentes ou adolescentes e a satisfação com a aparência do corpo. Deve aferir peso e estatura e colocá-los em gráficos, já que a desaceleração na curva do peso pode ser a primeira pista para o diagnóstico. Muitas adolescentes demonstram preocupação excessiva com o peso, mas esta observação isolada não é suficiente para o diagnóstico de um transtorno alimentar⁷⁵. No entanto, essas adolescentes têm sete vezes mais chances de desenvolver um transtorno alimentar⁷⁶ e devem ser acompanhadas com atenção. Sabe-se que as pacientes com transtornos alimentares tendem a esconder os sintomas de sua doença, o que pode oferecer problemas para o diagnóstico precoce. Os pais também podem negar o problema. Diante de um caso suspeito, o pediatra não deve sentir-se absolutamente seguro quando pais ou pacientes negam os sintomas¹². Convém destacar que, em uma parcela importante dos casos, nem todos os critérios do DSM-IV estão presentes no início, o que também não descarta a evolução para anorexia nervosa ou bulimia nervosa¹².

Perguntas simples durante a consulta podem selecionar as pacientes que necessitarão de maior atenção para um transtorno alimentar. A respeito do peso, por exemplo, o pediatra deve saber quando e qual foi o peso máximo de sua paciente, qual é o peso desejado, com que frequência se pesa, como se sente em relação ao peso, quando começou a perdê-lo e que medidas têm sido usadas para controlá-lo. Em adolescentes, o pediatra deve saber sobre a idade da menarca e a regularidade dos ciclos menstruais. A preferência por comer sozinha, a escolha de poucos alimentos, rituais ao comer, como preferência por determinados pratos ou talheres, comer em uma ordem rígida, combinações inusuais de alimentos, a ingestão excessiva de líquidos ou mastigar gelo ou goma de mascar em excesso podem ser pistas para o diagnóstico^{12,77}

Abuso de substâncias ilegais, álcool e fumo

O uso de substâncias ilegais, álcool e fumo pode ser classificado em cinco níveis. No menos grave, observam-se baixo controle dos impulsos, necessidade de gratificação imediata, disponibilidade das substâncias psicoativas e necessidade de aceitação no grupo. No estágio mais grave, o uso de drogas é considerado normal pelo usuário, há sentimento de culpa, abstinência, vergonha, remorso, depressão, deterioração física e mental, comportamento autodestrutivo e suicida⁷⁸.

Os estágios mais leves e precoces são mais difíceis de detectar e avaliar. Lesões corporais como consequência de intoxicações agudas, problemas legais, queda do rendimento escolar, deterioração física e mental podem ser indicadores iniciais de abuso de drogas e constituem indicação de intervenção imediata¹¹.

É importante destacar que a comorbidade com outras condições, como depressão e esquizofrenia, é comum⁷⁹. O mecanismo pelo qual estas e outras condições psiquiátricas podem estar associadas não é bem conhecido. É possível que doenças mentais já predisponham ao abuso de drogas, mas é possível também que esses transtornos sejam consequências do abuso.

A negação e a resistência ao diagnóstico são uma característica frequente nos pacientes e nas famílias, o que dificulta o diagnóstico no início. Para atenuar essa dificuldade, o pediatra deve conquistar a confiança de todos. Quando se considera a possibilidade do abuso de substâncias, a anamnese deve ser feita inicialmente apenas com o paciente, sem os pais. O pediatra não deve demonstrar preconceitos e deve informar o paciente de maneira honesta e transparente que as informações importantes colhidas, se necessário, serão levadas aos pais, mas com tato e diplomacia. Uma maneira de abordar inicialmente o paciente é perguntar sobre sua opinião em relação a outras pessoas que usam substâncias ilegais, álcool e fumo. Depois, perguntará sobre sua experiência com elas^{8,80}.

A escola também pode ser fonte de informações importantes, já que o comportamento e o rendimento escolar são comprometidos pela diminuição da autodisciplina e motivação, com faltas frequentes⁸¹.

Comorbidade dos transtornos do comportamento

É importante destacar que a comorbidade entre as entidades aqui comentadas é muito frequente, sendo considerada por alguns a regra, e não a exceção. Por exemplo, a depressão, o abuso de substâncias e os transtornos alimentares, como anorexia e bulimia nervosa, estão frequentemente associados. O TDAH também pode estar associado a outras condições que não foram aqui abordadas, como o transtorno desafiador opositivo, o transtorno de conduta, entre outras. Assim, sintomas de uma dessas condições não afastam outras; ao contrário, podem ser a pista inicial para seu diagnóstico^{4,9,82}.

Referências

1. Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Amendments of 1997, Pub. L. No. 105-9 (June 4, 1997). 1997.
2. Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*. 1994;344(8934):1398-1402.
3. Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Roberts SA, Janal M, Kestenbaum C, Cornblatt B, et al. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *Am J Psychiatry*. 2000;157(9):1416-22.
4. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(1):69-76.
6. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1120-6.
7. Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28(6):851-5.
8. American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. *Pediatrics*. 1998;101(1 Pt 1):125-8.
9. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000;105(5):1158-70.
10. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry*. 2000;157(1 Suppl):1-39.
11. American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Indications for management and referral of patients involved in substance abuse. *Pediatrics*. 2000;106(1 Pt 1):143-8.
12. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics*. 2003;111(1):204-11.
13. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000;55(4):468-79.
14. Bernstein GA, Shaw K. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10 Suppl):69-84.
15. Lord C. Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(8):1365-82.
16. Moore V, Goodson S. How well does early diagnosis of autism stand the test of time? Follow-up study of children assessed for autism at age 2 and development of an early diagnostic service. *Autism*. 2003;7(1):47-63.
17. Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol*. 1987;55(1):3-9.
18. Ozonoff S, Cathcart K. Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *J Autism Dev Disord*. 1998;28(1):25-32.
19. Rogers SJ, Lewis H. An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28(2):207-14.
20. Sheinkopf SJ, Siegel B. Home-based behavioral treatment of young children with autism. *J Autism Dev Disord*. 1998;28(1):15-23.
21. Cox A, Klein K, Charman T, Baird G, Baron-Cohen S, Swettenham J, et al. Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: stability of clinical and ADI-R diagnosis. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(5):719-32.
22. Howlin P, Moore A. Diagnosis in autism: a survey of over 1,200 patients in the UK. *Int J Res Pract Autism*. 1997;1(2):135-62.
23. Gray KM, Tonge BJ. Are there early features of autism in infants and preschool children? *J Paediatr Child Health*. 2001;37(3):221-6.
24. Loveland KA, Landry SH. Joint attention and language in autism and developmental language delay. *J Autism Dev Disord*. 1986;16(3):335-49.
25. Short AB, Schopler E. Factors relating to age of onset in autism. *J Autism Dev Disord*. 1988;18(2):207-16.
26. Volkmar FR, Stier DM, Cohen DJ. Age of recognition of pervasive developmental disorder. *Am J Psychiatry*. 1985;142(12):1450-2.
27. Bernabei P, Camaioni L. Developmental profile and regression in a child with autism: a single case study. *Autism*. 2001;5(3):287-97.
28. Osterling J, Dawson G. Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes. *J Autism Dev Disord*. 1994;24(3):247-57.
29. Werner E, Dawson G, Osterling J, Dinno N. Brief report: recognition of autism spectrum disorder before one year of age: a retrospective study based on home videotapes. *J Autism Dev Disord*. 2000;30(2):157-62.
30. Charman T, Swettenham J, Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Drew A. Infants with autism: an investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Dev Psychol*. 1997;33(5):781-9.
31. Young RL, Brewer N, Pattison C. Parental identification of early behavioural abnormalities in children with autistic disorder. *Autism*. 2003;7(2):125-43.
32. van der Geest JN, Kemner C, Verbaten MN, van Engeland H. Gaze behavior of children with pervasive developmental disorder toward human faces: a fixation time study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(5):669-78.
33. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman HM, et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*. 2001;107(3):E43.
34. Blackman JA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers. Does it exist and should we treat it? *Pediatr Clin North Am*. 1999;46(5):1011-25.
35. Campbell SB, Ewing LJ. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*. 1990;31(6):871-89.
36. Alessandri SM. Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *J Abnorm Child Psychol*. 1992;20(3):289-302.
37. Byrne JM, Bawden HN, Beattie T, DeWolfe NA. Risk for injury in preschoolers: relationship to attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychol Dev Cogn Sect C Child Neuropsychol*. 2003;9(2):142-51.
38. Byrne JM, Bawden HN, Beattie TL, DeWolfe NA. Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *J Child Neurol*. 2000;15(8):533-38.
39. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Gardner JF, Boles M, Lynch F. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*. 2000;283(8):1025-30.
40. Kashani JH, Orvaschel H. A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1990;147(3):313-18.
41. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(6):1070-6.
42. Francis G, Last CG, Strauss CC. Expression of separation anxiety disorder: the roles of age and gender. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1987;18(2):82-9.
43. Last CG, Francis G, Hersen M, Kazdin AE, Strauss CC. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry*. 1987;144(5):653-7.
44. Strauss CC, Lease CA, Last CG, Francis G. Overanxious disorder: an examination of developmental differences. *J Abnorm Child Psychol*. 1988;16(4):433-43.
45. Kendall PC, Pimentel SS. On the physiological symptom constellation in youth with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):211-21.
46. Keller MB, Lavori PW, Wunder J, Beardslee WR, Schwartz CE, Roth J. Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(4):595-9.
47. Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B, et al. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(10):854-61.

48. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999;281(18):1707-13.
49. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(4):339-48.
50. Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(11):1234-8.
51. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(11):1427-1439.
52. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-7.
53. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol*. 1999;55(5):553-62.
54. Andrade L, Gorenstein C, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Braz J Med Biol Res*. 2001;34(3):367-74.
55. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA*. 1989;261(15):2229-35.
56. Bahls S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:359-66.
57. Lagges AM, Dunn DW. Depression in children and adolescents. *Neurol Clin*. 2003;21(4):953-60.
58. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(4):571-80.
59. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D, et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands. I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord*. 1997;42(1):9-22.
60. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(7):765-94.
61. Wells VE, Deykin EY, Klerman GL. Risk factors for depression in adolescence. *Psychiatr Dev*. 1985;3(1):83-108.
62. Monroe SM, Rohde P, Seeley JR, Lewinsohn PM. Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):606-14.
63. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin North Am*. 1999;46(5):915-27.
64. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1490-6.
65. Palosaari U, Aro H. Effect of timing of parental divorce on the vulnerability of children to depression in young adulthood. *Adolescence*. 1994;29(115):681-90.
66. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Odegard KJ, Dahl AA, Bovim G, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *Eur J Neurol*. 2003;10(2):147-52.
67. Gordon CT, Frazier JA, McKenna K, Giedd J, Zemetkin A, Zahn T, et al. Childhood-onset schizophrenia: an NIMH study in progress. *Schizophr Bull*. 1994;20(4):697-712.
68. Green WH, Padron-Gayol M, Hardesty AS, Bassiri M. Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(5):968-76.
69. Spencer EK, Campbell M. Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophr Bull*. 1994;20(4):713-25.
70. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res*. 2003;60(2-3):239-58.
71. Gottesman II. Schizophrenia epigenesis: past, present, and future. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994;384:26-33.
72. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord*. 1996;20(1):1-12.
73. Wilfley DE, Schreiber GB, Pike KM, Striegel-Moore RH, Wright DJ, Rodin J. Eating disturbance and body image: a comparison of a community sample of adult black and white women. *Int J Eat Disord*. 1996;20(4):377-87.
74. Penas-Lledo E, Vaz Leal FJ, Waller G. Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *Int J Eat Disord*. 2002;31(4):370-5.
75. Patton GC, Carlin JB, Shao Q, Hibbert ME, Rosier M, Selzer R, et al. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(3):299-306.
76. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999;318(7186):765-8.
77. Rome ES, Ammerman S, Rosen DS, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, et al. Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics*. 2003;111(1):e98-108.
78. Comerici GD. Recognizing the 5 stages of substance abuse. *Contemp Pediatr*. 1985;2:57-68.
79. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-18.
80. Comerici GD, Schwebel R. Substance abuse: an overview. *Adolesc Med*. 2000;11(1):79-101.
81. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. The role of schools in combating substance abuse. *Pediatrics*. 1995;95(5):784-5.
82. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105.

Correspondência:

Eugênio Grillo
 Hospital Infantil Joana de Gusmão – Serviço de Neurologia
 Rua Rui Barbosa, 152
 CEP 88025-301 - Florianópolis, SC
 Fax: (48) 251.9099
 E-mail: eugeniogrillo@matrix.com.br