



A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação

Cristina Marques*

RESUMO

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes têm vindo a aumentar nas últimas décadas e constituem, presentemente, um dos grandes desafios de Saúde Pública a nível mundial.

Perante a escassez universal de recursos de saúde mental para crianças e adolescentes nos serviços especializados, urge encontrar outras respostas, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

É importante investir num trabalho integrado de parceria, mais coeso e eficiente, no atendimento destas situações.

Os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários são, com frequência, confrontados com os problemas de saúde mental dos seus jovens pacientes e, como tal, a sua necessidade de formação nesta área específica tem vindo a tornar-se mais premente.

Neste artigo são abordados aspectos referentes à avaliação e referenciação dos casos. Os parâmetros a avaliar e a atitude a adoptar na entrevista clínica com os pais, na observação da criança ou do adolescente, e na interacção pais-criança, assim como indicadores para a distinção entre o normal e o patológico, são alguns dos temas cuja discussão a autora considerou pertinente.

São, ainda, descritos sinais de alerta para referenciação à consulta de Saúde Mental Infantil e Juvenil nas diferentes faixas etárias.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantil e Juvenil; Cuidados de Saúde Primários; Avaliação Diagnóstica; Referenciação.

INTRODUÇÃO

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e esta proporção tende a aumentar. Destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica.¹

As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência são frequentes e trazem grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos, quer financeiros. Muitas delas são recorrentes e crónicas e podem ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na

idade adulta.^{2,3}

A maioria destas crianças e jovens não recebe tratamento especializado. Apenas 30% das crianças com problemas significativos relatados pelos pais e 18% daquelas que apresentam problemas significativos relatados por si próprias recebe tratamento.⁴ É provável que estes números sejam ainda menos satisfatórios em grandes regiões do mundo em vias de desenvolvimento.²

Perante a escassez universal de recursos para crianças e adolescentes nos serviços especializados de saúde mental urge encontrar outras respostas para um tão vasto problema.

Para além do peso que constituem para as crianças e jovens afectados e suas famílias, as perturbações psiquiátricas estão, também, associadas a uma maior utilização dos serviços de saúde, principalmente dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).⁵ Acresce, ainda, que a sua prevalência parece estar a aumentar ou que, pelo

*Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Área de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia Centro Hospitalar de Lisboa Central. Assessora da Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Este artigo foi baseado no capítulo do livro *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*, editado pelo Alto Comissariado da Saúde - Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Esta publicação pode ser consultada a partir do sítio na Internet do Alto Comissariado da Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>.



menos, estão a ser reconhecidas e detectadas com maior frequência.

De acordo com estudos epidemiológicos efectuados nos EUA, nos CSP, o número de crianças com um diagnóstico de um problema do foro psicossocial duplicou nos últimos 20 anos. Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados em países europeus e estima-se que entre 2 a 5% das crianças que recorrem aos CSP apresentem problemas de saúde mental.^{5,6}

Na realidade, sabemos que a grande maioria das crianças e adolescentes com problemas de saúde mental recorre inicialmente aos CSP, que desempenham um papel da maior importância na triagem, avaliação e seguimento dos casos e na articulação com outras estruturas da comunidade.

Os profissionais dos CSP têm, habitualmente, um melhor conhecimento das famílias e da sua trajectória de vida, assim como dos recursos da comunidade. As famílias também preferem, muitas vezes, que as intervenções decorram no centro de saúde, pela maior acessibilidade e, ainda, porque consideram este tipo de serviços menos estigmatizante do que os serviços especializados de saúde mental.

Os médicos de família são, desta forma, frequentemente confrontados com estes problemas e a sua necessidade de formação nesta área específica tem vindo a tornar-se mais premente, nomeadamente ao nível da avaliação e referência dos casos.

AValiação DIAGNÓSTICA

Em saúde mental da infância e da adolescência, a recolha de informação a partir de várias fontes (pais, criança ou adolescente, escola) permite obter uma visão global e integrada das dificuldades da criança/adolescente.⁷

Sabe-se, por exemplo, que as crianças e os adolescentes relatam de forma mais clara sintomas emocionais como a ansiedade, sentimentos depressivos ou problemas do sono. Já nos casos de hiperactividade e de comportamentos anti-sociais, a informação dos pais é imprescindível para uma correcta avaliação da situação.⁷

A informação da escola (do professor ou do psicólogo) é fundamental em determinado tipo de patologias, como a Hiperactividade e Défice de Atenção e as Perturbações do Comportamento. Também com grande

frequência, as perturbações emocionais e do comportamento estão associadas a dificuldades de aprendizagem, pelo que o pedido de informação escolar deve fazer parte do processo diagnóstico na larga maioria dos casos.

Neste âmbito, a avaliação diagnóstica pelo médico de família deverá ter como objectivos primordiais:⁸

- Definir o tipo e a gravidade do problema.
- Avaliar a importância relativa dos diversos factores intervenientes no desencadeamento e manutenção dos sintomas, assim como de eventuais factores protectores.
- Planear a intervenção terapêutica e eventual referência.

A entrevista clínica é o instrumento privilegiado de recolha de informação, contribuindo de forma decisiva para a elaboração do diagnóstico e para a orientação terapêutica.

O médico deve orientar, organizar e estruturar a colheita da informação de uma forma sensível relativamente aos problemas e preocupações dos pais e da criança.

Para realizar boas entrevistas clínicas em saúde mental, torna-se necessário combinar uma recolha eficiente de informação com uma cuidadosa e criteriosa observação do doente, a par da capacidade de transmitir aos pais e à criança ou adolescente que existe uma verdadeira preocupação e interesse pelos seus problemas.⁹

Existem vários modelos de avaliação diagnóstica em saúde mental infantil. Um modelo frequentemente utilizado consiste em entrevistar primeiro os pais, sem a presença da criança. A escolha desta abordagem prende-se com a preocupação de proteger a criança da exposição a situações de culpabilização ou de humilhação, ou à discussão de temas conflituais entre os pais.¹⁰

Pode também ser utilizado um outro modelo de avaliação, em que a criança está presente durante a entrevista com os pais: a possibilidade de escutar as preocupações dos pais a seu respeito, a par com uma atitude não recriminatória por parte do médico, podem funcionar como facilitadores da comunicação entre a criança e o médico.¹¹ Quando este é o modelo escolhido, deve ser prestada particular atenção à forma como são abordados os problemas da criança e da família, de forma a evitar colocar a criança nas já referidas situações de



maior vulnerabilidade.

Caso se trate de um adolescente, deverá ser-lhe dada a possibilidade de escolher entre estar ou não presente durante a entrevista com os pais ou, ainda, de ser atendido antes dos pais.

Após a entrevista inicial é importante, em algum momento, reunir a família de forma a observar a dinâmica das relações intrafamiliares: relações de conflitualidade ou, pelo contrário, de cumplicidade entre alguns elementos, tornam-se, muitas vezes, evidentes aos olhos de um observador mais atento.

A utilização de técnicas de interpretação do jogo e do desenho infantis exige treino especializado, no entanto a criança que recorre à consulta de Medicina Geral e Familiar por problemas do foro emocional ou do comportamento deve ser encorajada a brincar e a desenhar como forma de comunicar o que pensa e sente.¹¹

É através do jogo simbólico e do desenho que a criança expressa frequentemente sentimentos e conflitos.

O desenho é um bom instrumento de avaliação da criança, principalmente na idade escolar (até aos 10 anos), e funciona como meio facilitador da comunicação ao permitir-lhe verbalizar receios, preocupações ou problemas nas relações com pares e adultos, enquanto desenha e, claro, também expressá-los através do próprio desenho. Pode pedir-se à criança que desenhe a família, um sonho ou que simplesmente faça um desenho ao seu gosto.

A interpretação do desenho exige formação especializada e não faz parte das competências do médico de família. No entanto, o tipo de grafismo (mais ou menos imaturo), a forma como organiza (ou não) os diversos elementos na folha de papel, a capacidade de contar uma pequena história coerente, ilustrativa do que acabou de desenhar, podem dar algumas indicações sobre o funcionamento mental da criança.

Já no jogo simbólico, por exemplo, a repetição recorrente de um determinado tema ou situação pode também fornecer informação importante sobre o tipo de conflitualidade subjacente.¹¹

Deve, por isso, estar disponível no gabinete médico algum material lúdico, lápis de cor e papel.

A maior limitação para este tipo de avaliação nos CSP está relacionada com o tempo habitualmente requerido para investigar e recolher de forma adequada toda a informação pertinente. Este é um problema que

tende a condicionar a escolha das técnicas de observação e avaliação.

Uma solução possível para reduzir o tempo da avaliação será efectuar-lhe de forma faseada, dividida em duas ou mais consultas em dias diferentes. Embora esta estratégia prolongue a avaliação e adie o eventual encaminhamento, permitirá, certamente, uma colheita de informação mais completa e uma decisão mais informada quanto à orientação do caso.

Uma outra estratégia para reduzir o tempo de observação é pedir à criança que desenhe enquanto aguarda na sala de espera.

Para recolha de informação da escola, o médico pode pedir a colaboração de outros técnicos do centro de saúde (enfermeiro, técnico de serviço social). No caso de existir um psicólogo clínico disponível, a sua colaboração pode ser, também, solicitada na avaliação das situações.

É, ainda, importante que as entrevistas se realizem em condições de privacidade. Uma atitude de escuta empática, para que os pais e a criança/adolescente tenham, no fim da entrevista, o sentimento de terem sido escutados, compreendidos e respeitados, é fundamental para o sucesso da intervenção e para fortalecer a aliança terapêutica.

É também de salientar que o próprio processo de avaliação assume muitas vezes um cariz terapêutico: permite à família reflectir sobre o problema em causa e pode por si só ajudar a encontrar soluções construtivas.

Neste contexto, sugerimos a seguinte Grelha de Avaliação Diagnóstica:

- Identificação do Problema(s)/Sintoma(s):
 - Caracterização: descrição, frequência, início, factores desencadeantes/agravantes/protectores, o contexto em que surge, o que foi feito para resolver;
 - Clarificar o motivo do pedido;
- Sintomas associados;
- Nível de desenvolvimento (adequado ou não à idade cronológica);
- Antecedentes Pessoais:
 - Gravidez, parto, relação precoce, etapas do desenvolvimento psicomotor, reacção à separação, sono, alimentação, intercorrências médicas, tipo de prestação de cuidados;
- História Familiar/Genograma/Ambiente Familiar:



- Avaliação da qualidade da relação pais-criança, existência de confusão de papéis, de gerações, parentalização* da criança, tipos de comunicação e padrões de interação, «atmosfera» emocional da família, existência de patologia psiquiátrica;
- Observação da criança (física e do estado mental), com despiste de organicidade;
- Exames complementares de diagnóstico;
- Necessidade eventual de observação por outras especialidades.

Esta proposta de avaliação diagnóstica sugere alguns pontos aos quais o médico de família deverá estar atento. Não é, no entanto, necessário que sejam exaustivamente pesquisados em todas as situações. O médico deverá orientar a entrevista de acordo com o seu senso clínico e identificar as questões mais relevantes face à problemática de cada caso.

1) A entrevista clínica com os pais deverá abranger uma gama variada de situações. De forma resumida, deverá abordar:⁷

- Tipo de problema/sintoma e suas características;
- Duração/ frequência/ intensidade;
- Sintomas associados;
- Experiências traumáticas anteriores;
- Factores de *stress*/mudanças recentes no meio sócio-familiar.

É importante avaliar o funcionamento nas seguintes áreas:

- Escola: aproveitamento, absentismo, adaptação;
- Sintomas funcionais: motores, sono, alimentares, controle de esfíncteres;
- Atenção/controlado de impulsos/nível de actividade;
- Comportamento: agressividade, intolerância à frustração, comportamentos anti-sociais;
- Emocional: sintomas de ansiedade (ex: preocupações e medos excessivos), humor depressivo ou irritable;
- Social: relação com pares, capacidade de comunicação, actividades.

2) Na observação do estado mental da criança/adolescente o médico deverá estar atento a:⁷

- Forma como a criança se relaciona com o observa-

dor: evitamento, proximidade excessiva, se mantém ou não contacto pelo olhar;

- Aparência geral: vestuário adequado à idade e ao sexo, sinais de negligência física;
- Tipo de humor: ansioso, triste, zangado, eufórico;
- Linguagem: adequada ou não à idade, compreende ou não o que lhe é dito; organização do discurso, capacidade de associação entre as ideias; linguagem peculiar; tom calmo ou desafiador;
- Nível de actividade: calmo, lentificado, agitado;
- Capacidade de manter a atenção/impulsividade: completa ou não uma tarefa, passa rapidamente de uma actividade para outra;
- Pensamento (evidenciado pelo tipo de discurso): organizado e coerente ou desorganizado e difícil de compreender, ideias bizarras;
- Movimentos anormais/tiques/vocalizações bizarras;
- Ideação suicida.

3) A interacção pais-criança é particularmente importante nos primeiros anos de vida. Há que observar:⁷

- Forma como os pais se envolvem com a criança: excessivamente permissivos, demasiado intrusivos, «frustradores», hostis, pouco envolvidos, afectuosos;
- Estratégias que usam para lidar com a criança: firmeza, calma no pedido, exigência extrema, coerção física, desinvestimento/distanciamento, indiferença;
- Como responde a criança e como se adaptam os pais às suas respostas: tentam mudar de estratégia se esta não funciona ou há ausência de flexibilidade e de capacidade adaptativa dos pais;
- Se os pais funcionam como «base segura», isto é, se a criança se referencia aos pais perante situações potencialmente ameaçadoras ou para pedir ajuda e se os pais parecem estar atentos;
- Que tipo e intensidade de vínculos existem na relação pais-criança.

A utilização de questionários pode ser útil em algumas situações; no entanto, os questionários não substituem a entrevista clínica.

Podem ser usados para obter informação mais detalhada em determinadas patologias, como o Questionário de *Connors* para a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, que apresenta versões distintas para pais, adolescentes e professores.

O facto de a maioria dos questionários de saúde mental infantil e juvenil ser longo e não se encontrar

*O termo «parentalização» da criança refere-se a situações em que existe uma inversão de papéis na família: é a criança quem assume o papel de cuidador. Este padrão relacional está por vezes presente quando existe doença mental ou dependência de álcool ou drogas em um ou em ambos os pais.



traduzido e validado para a população portuguesa difícil, por vezes, a sua utilização.

Para além disso, este tipo de instrumentos de avaliação traz custos acrescidos aos serviços e o tempo necessário para o seu preenchimento e cotação é substancial. O número de falsos positivos decorrente da sua aplicação é, também, grande, o que faz aumentar o número de casos a referenciar, colocando uma pressão acrescida e agravando a sobrecarga já existente nos serviços especializados.⁵

A DISTINÇÃO ENTRE NORMAL E PATOLÓGICO

Em saúde mental da infância e da adolescência é, por vezes, difícil, traçar uma fronteira entre o normal e o patológico.

Por si só, um sintoma não implica, necessariamente, a existência de psicopatologia. Diversos sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo geralmente transitórios e sem evolução patológica. Por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos.

Habitualmente, quanto maior o número de sintomas, mais grave é o diagnóstico.

Os sintomas adquirem significado no contexto sócio-familiar e no momento evolutivo da criança.

A importância da influência de relações sobre outras relações dentro da família num modelo transgeracional é hoje largamente reconhecida.

Em saúde mental infantil, esta perspectiva implica compreender o que se passa com a criança ou adolescente em função das suas características próprias, mas também das suas interações familiares e sociais, não só presentes como, também, passadas.

Há que ter em conta que o contexto familiar ou social pode melhorar ou, pelo contrário, agravar as dificuldades da criança, a sua evolução e tratamento, tal como o comportamento desta vai, igualmente, ter repercussões no funcionamento familiar.

Apresentamos, de seguida, alguns indicadores que nos ajudam a efectuar a distinção entre normal e patológico.

Sintomas Normais (inerentes ao desenvolvimento)

Surgem no decurso de conflitos inevitáveis e necessários ao desenvolvimento psicológico da criança. Características:

- Transitórios;
- Pouco intensos;
- Restritos a uma área da vida da criança;
- Sem repercussão sobre o desenvolvimento;
- A criança fala neles com facilidade;
- Sem disfunção familiar evidente.

São exemplos deste tipo de sintomas as birras perante situações de frustração, que ocorrem cerca dos dois anos de idade, ou os medos. O medo do escuro ou do «papão» e de outros monstros, frequentemente associados a dificuldade em adormecer, surgem entre os dois e os quatro anos de idade.

Nesta idade são, também, frequentes, pequenos «rituais» no momento de ir para a cama. A necessidade que a criança tem que lhe seja contada uma história, o copo de leite antes de dormir ou o alinhamento de certos objectos numa mesma posição (brinquedos ou os chinelos de quarto, por exemplo), são uma tentativa de controlar a ansiedade que sente quando se prepara para adormecer, que corresponde, na percepção da criança, a uma separação dos pais.

Sintomas Patológicos

Características:

- Intensos e frequentes;
- Persistem ao longo do desenvolvimento;
- Causam grave restrição em diferentes áreas da vida da criança;
- Repercussão no desenvolvimento psicológico normal;
- Meio envolvente patológico;
- Desadequados em relação à idade;
- Associação de múltiplos sintomas.

Ao contrário dos sintomas descritos como «normais», estes surgem com muito maior intensidade e numa idade mais tardia, relativamente àquela em que o seu aparecimento não causa preocupações.

São exemplo deste tipo de sintomas uma grande ansiedade face à separação na idade escolar ou na adolescência, como se pode observar nos casos de recusa escolar. Outro exemplo são os rituais ou comportamentos obsessivo-compulsivos na pré-adolescência e adolescência que, quando intensos e invasivos das rotinas diárias, correspondem, também, a situações patológicas.

As crianças e os adolescentes que recorrem aos CSP apresentam, frequentemente, sintomas menos diferen-



ciados e maior comorbidade com patologia orgânica, o que traz dificuldades acrescidas ao diagnóstico diferencial.⁵

A resistência em aceitar um diagnóstico psiquiátrico e a orientação para a consulta de Pedopsiquiatria são problemas comuns. Muitas vezes, as famílias encaram o encaminhamento para esta consulta como estigmatizante, como uma falha nas suas competências e, de algum modo, uma falha do sistema familiar como um todo. É importante que estas questões sejam alvo de atenção e que a motivação da família para aderir ao tratamento seja abordada.

REFERENCIAÇÃO À CONSULTA DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL

1) Estar atento a eventuais sinais de alerta para referência.

Na primeira infância:

- Dificuldades na relação mãe-bebé;
- Dificuldade do bebé em se auto-regular e mostrar interesse no mundo;
- Dificuldade do bebé em envolver-se na relação com o outro e em estabelecer relações diferenciadas;
- Ausência de reciprocidade interactiva e de capacidade de iniciar interacção;
- Perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente;
- Insónia grave.

Na idade escolar:¹²

- Dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo e na ausência de factores pedagógicos adversos;
- Recusa escolar;
- Hiperactividade/agitação (excessiva ou para além da idade normal);
- Ansiedade, preocupações, medos excessivos;
- Dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes;
- Agressividade, violência, oposição persistentes, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade;
- Dificuldades na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos;
- Somatizações múltiplas ou persistentes.

Na adolescência:¹²

- Incapacidade para lidar com problemas e activida-

des quotidianas;

- Somatizações múltiplas ou persistentes;
- Humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio, isolamento relacional;
- Ansiedade excessiva;
- Alterações do pensamento e da percepção;
- Sintomatologia obsessivo-compulsiva;
- Insónia grave, persistente;
- Restrição alimentar, preocupação com o peso, comportamentos purgativos;
- Passagens ao acto impulsivas (agressivas ou sexuais), comportamentos auto-agressivos, fugas;
- Comportamentos anti-sociais repetidos.

2) Nos casos com sintomas patológicos de gravidade ligeira a moderada deverão ser implementadas estratégias de intervenção comunitária, nomeadamente ao nível familiar, escolar e social, antes de sinalizar à equipa de Saúde Mental (aconselha-se a consulta adicional do manual *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*, capítulo III).

3) A eficácia das medidas implementadas deverá ser avaliada ao fim de 3 meses. Em caso de agravamento do quadro ou ausência de melhoria, sinalizar à equipa de Saúde Mental de referência.

Dada a dificuldade em estabelecer critérios bem definidos de urgência em Pedopsiquiatria, o Serviço de Saúde Mental Infantil de referência deve ser contactado directamente para discussão do caso sempre que surjam dúvidas acerca da gravidade da situação.

Finalizo com uma referência ao *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, cujas orientações privilegiam uma sólida parceria entre os serviços especializados de saúde mental e os Cuidados de Saúde Primários:

«As políticas de Saúde Mental orientadas para a comunidade pressupõem uma articulação privilegiada com os cuidados de saúde primários. (...) Os cuidados médicos globais que os clínicos gerais desenvolvem, enquanto médicos de família, implicam intervenções holísticas na doença física e nas diferentes componentes psicológicas e sociais da família, isto é, na matriz da saúde mental dos seus utentes.»¹³

A autora declarou não possuir conflitos de interesses



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
2. Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Ministério da Saúde; 2001.
3. WHO Regional Office for Europe Ed. Mental Health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2005.
4. Verhulst FC. Epidemiology as a basis for the conception and planning of services. In: Remschmidt H, Belfer ML, Goodyear I, editors. Facilitating Pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health. Berlin: Springer-Verlag; 2004. p. 3-15.
5. Kelleher K. Prevention and intervention in primary care. In: Remschmidt H, Belfer ML, Goodyear I, editors. Facilitating Pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health. Berlin: Springer-Verlag; 2004. p. 313-25.
6. Garralda E. Primary health care psychiatry. In: Rutter M, Taylor E, editors. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2002. p. 1090-100.
7. Pollack CF, Kaye DL. Management and assessment of child mental health problems in the pediatric office. In: Kaye D L, Montgomery M, Munson SW, editors. Child and Adolescent Mental Health. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2002. p. 50-69.
8. Turk J, Graham P, Verhulst FC, editors. Child and Adolescent Psychiatry: a Developmental Approach. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2007. p. 25-37.
9. Angold A. Diagnostic interviews with parents and children. In: Rutter M, Taylor E, editors. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2002. p. 32-51.
10. Young JG, Leven L, Ludman W, Kisnadwala H, O'Brien JD. Entrevista de crianças e adolescentes. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB, editores. Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
11. Tonge BJ. Common child and adolescent psychiatric problems and their management in the community. MJA Practice Essentials. Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/mentalhealth/articles/tonge/tonge.html> [acedido em 25-09-2009].
12. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Being prepared, Know When to Seek Help for Your Child. Facts for Families, nr. 24, 9/99. Disponível em: http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/when_to_seek_help_for_your_child [acedido em 25-09-2009].
13. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Saúde Mental e Cuidados Primários. In: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - Ministério da Saúde, editores. Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental?r=771> [acedido em 30-09-2009].

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristina Marques
E-mail: cristina.marq@hotmail.com

ABSTRACT

CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE – EVALUATION AND REFERRAL

Mental health problems in children and adolescents have been increasing over the past decades and can be considered one of the major challenges in Public Health nowadays.

Child and Adolescent Mental Health Services are endowed with very scarce human resources and the search for other answers to the problem, namely in the frame of Primary Health Care, is considered urgent.

It is important to enhance integrated partnership work, more solid and efficient, in order to attend these situations.

Primary Health Care professionals have to attend frequently young people with mental health problems and their training needs in this specific area are becoming more pressing.

In this article, the author addresses issues such as child and adolescent mental health evaluation and referral. Items and attitudes to adopt in clinical interview with parents, in child and adolescent evaluation, and in parent-child interaction observation are discussed. Also the distinction between normal and pathology and the signs for referral to the specialised services in different age groups are presented.

Keywords: Child; Adolescent; Mental Health; Primary Health Care; Diagnostic Evaluation; Referral.