



33º Simpósio Bairral

Desenvolvimento na primeira infância

.....





**O maior complexo
de saúde mental
da América Latina**



Nosso **modelo** **único** de Internação Psiquiátrica

Trabalhamos com uma linha de cuidado humanizada. Cada unidade de internação é especializada em um perfil diagnóstico com programas terapêuticos individualizados.





Estrutura diferenciada com 19 unidades de tratamentos em uma propriedade com mais de 500 mil m², **ampla área verde e mais de 4.000 m² de espaços terapêuticos.**



Mais de 1.000 funcionários distribuídos em **equipes transdisciplinares especializadas em cada perfil funcional.**



Mais de 60 convênios atendidos e um amplo portfólio de tratamentos com **linha completa de cuidados** em saúde mental.



Atenção **individualizada** ao paciente e à família.



Corpo clínico qualificado, cuidadosamente selecionado, composto por profissionais com sólida formação e sempre atualizados.



Linha de **cuidado humanizada** centrada no paciente.



Programas terapêuticos específicos por **perfil diagnóstico funcional**.



Protocolos clínicos baseados em evidências, com **eficácia comprovada**.



[ae]bairral

Ambulatório especializado

Nosso **ambulatório de saúde mental** conta com equipes multiprofissionais altamente especializadas em cada área da psiquiatria.

Atendimento adulto

Consultas médicas com especialistas nas principais patologias mentais e intervenções terapêuticas eficazes para o tratamento de pacientes **adultos, pré-senis e senis.**





Atendimento na infância e adolescência

Avaliações dos principais aspectos do desenvolvimento infantil: cognitivo, emocional, social e familiar. Além de intervenções dirigidas para cada necessidade.

bairral **residencial**

Um novo
conceito de
bem-estar
mental





[ct]baírral

Comunidade terapêutica

A Comunidade Terapêutica Rural Santa
Carlota conta com **120 vagas destinadas**
ao público masculino.



[rt]bairral

Residência Terapêutica

[cf]baírral

Centro de formação

Cursos, palestras, simpósios,
estágio e a mais concorrida **residência**
médica em psiquiatria do país.

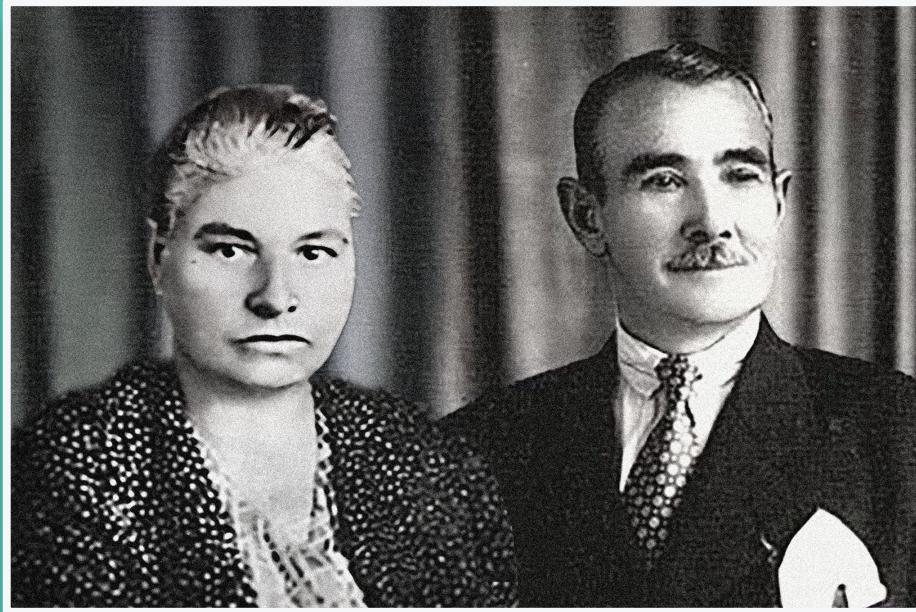


[cp]baírral

Centro de pesquisa

Uma unidade dedicada ao
desenvolvimento de
ensaios com destacados
pesquisadores na área
da psiquiatria.





Uma
**instituição
filantrópica**
de excelência



33º Simpósio Bairral

Desenvolvimento na primeira infância

.....



Programação



A base de tudo: o neurodesenvolvimento na primeira infância
com Caroline Riberti Zaniboni, Neuropsicóloga.



Avaliação em saúde mental na infância

com Dra. Marina Ribeiro Barreto da Costa, Psiquiatra especialista em infância e adolescência.



Intervalo

Coffee Break



Inclusão Escolar

com Deputada Estadual Andréa Werner – Jornalista, ativista pelos direitos de pessoas com deficiência e Deputada Estadual de SP.

Programação



Intervalo

Almoço. Retornamos 12h45



Desmistificando a Psicoterapia para crianças

com Lara Pereira de Freitas, Psicóloga Analista do Comportamento.



Olhares que se cruzam: Terapia Ocupacional, Família e Escola

com Alessandra Carvalho Alves, Terapeuta Ocupacional especializada em integração sensorial.

Programação



Fatores Protetivos na infância

com Drª. Agnes Aline Ferreira, psiquiatra especialista em infância e adolescência.



Intervalo

Coffee Break



Transtornos na infância: TEA, TOD e TDAH

com Drª. Helena Bonadia Buonfiglio, Psiquiatra especialista em infância e adolescência pela USP, Diretora Técnica do Instituto Bairral.



Plenária de dúvidas

Interação



A base de tudo: o neurodesenvolvimento na primeira infância

com **Caroline Riberti Zaniboni**



Dra. Caroline Riberti Zaniboni

- Psicóloga – UFSCar
- Mestre em Psicologia –UFSCar
- Doutora em Ciências – Farmacologia – UNIFESP
- Neuropsicóloga – USP

Principais aspectos do EU

Físico - crescimento do corpo e cérebro, capacidades sensoriais, habilidade motoras e saúde;

Cognitivo - aprendizagem, memória, atenção, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade;

Psicossocial - emoções, personalidade e relações sociais;

são **inter-relacionados**
Cada aspecto do desenvolvimento pode afetar o outro



Influências no Desenvolvimento

Hereditariedade
Inato, genético

Maturação do corpo e cérebro

Ambiente
contextos em que estamos inseridos





Influências no Desenvolvimento

Ambiente – contextos em que estamos inseridos

Somos **seres sociais**

- Nos desenvolvemos dentro de um **contexto social e histórico**

Contexto imediato do bebê: *família* (nuclear ou extensa)

Sujeita a influências mais amplas da vizinhança, comunidade e sociedade.

Outros fatores contextuais:

Nível socioeconômico, cultura, raça, etnia



Ciclo Vital

Divisão da vida em **ciclos** **construção social**

8 períodos do desenvolvimento aceitos pela sociedade:

- Antes do nascimento – *concepção/gestação*
- Primeira infância
- Segunda infância
- Terceira infância
- Adolescência
- Início vida adulta
- Vida adulta intermediária
- Vida adulta tardia

Primeira Infância

(0-7 anos)

A fase de **maior desenvolvimento e plasticidade cerebral** da vida

As experiências vividas neste período

=

formam a base para as **habilidades futuras**
(cognitivas, sociais, emocionais e físicas)





Desenvolvimento Inicial

Crescimento ocorre de cima para baixo

Cérebro cresce muito rapidamente antes do nascimento →

Cabeça desproporcionalmente grande

Desenvolvimento sensorial:
Partes superiores → Inferiores

Primeiro aprende a utilizar os braços antes
de usar as pernas para caminhar

A criança cresce **mais rápido** durante os **3 primeiros anos** = especialmente nos primeiros meses.

Neurodesenvolvimento

Se inicia ainda no período gestacional

Ao nascimento → cérebro humano imaturo
(se comparado com o cérebro de outros animais)

Se nascesse com as capacidades motoras
semelhantes às de um macaco recém-nascido
- gestação deveria ter 12 meses de duração.

Durante os primeiros anos de vida se
estabelece a **arquitetura cerebral** que
servirá de base para as todas as etapas
posteriores da vida





Crescimento do cérebro

Dura a vida toda

**Fundamental para o
desenvolvimento físico,
cognitivo e emocional**

Ao nascer: cérebro tem
 $\frac{1}{4}$ do volume adulto

Aos 6 anos – próximo do
tamanho adulto

→ Porém continua crescendo
até a idade adulta (30 anos +)

Crescimento do cérebro

Na metade da gestação

cérebro tem 10% do volume máximo que alcançará no adulto jovem (quando atinge seu ápice).

3 anos após o nascimento

já está com 80% da maior dimensão que terá em vida.

→ Primeiros mil dias de um indivíduo, da gestação ao segundo ano pós-nascimento = são os que mais influenciam a capacidade de alcançar integridade física e mental duradoura



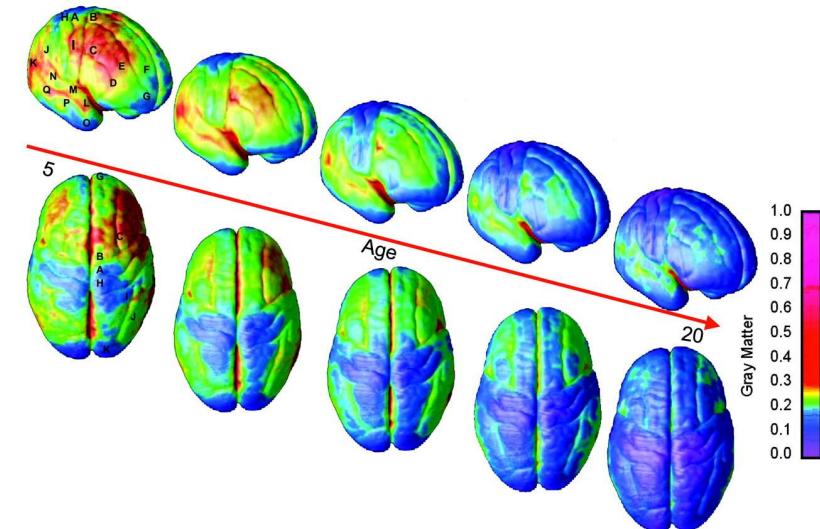
PAPALIA; FELDMAN; MARTORELL; 2022;
BETHLEHEM et al., 2022.

Crescimento do cérebro

Embora aos 3 anos já esteja com 80% do volume formado, maturação não ocorre de maneira igual em todas as estruturas

A maturação do Córtex Pré-Frontal – principal responsável pelas funções executivas, atenção... – ocorre também ao longo dos anos

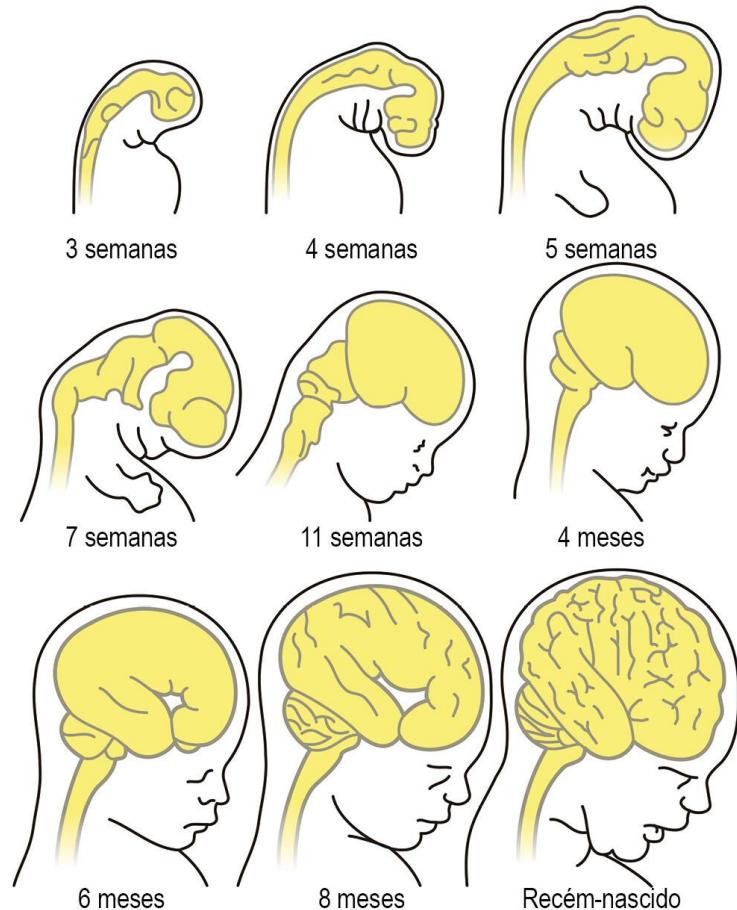
→ Próximo dos 20 anos que está no máximo de sua função



Crescimento do cérebro

O cérebro se desenvolve em torno de **3 semanas** após a fecundação

Até o nascimento: **medula e tronco encefálico** quase concluídos



Crescimento do cérebro

Desenvolvimento do cérebro é
geneticamente orientado

→ Porém: é continuamente **modificado**
pela experiência ambiental

Cérebro não é estático – muda e responde
a influências ambientais = **Plasticidade**

- Permite adaptação à mudanças no ambiente
- Possibilita aprendizagem

Experiência enriquecida

Estimula o desenvolvimento do cérebro e até
mesmo compensa privações



Marcos sensoriais, motores e cognitivos

Sorrir, balbuciar, engatinhar,
andar e falar

→ Ocorrem até o final do segundo
ano de vida

Reflete =
**Rápido desenvolvimento do
cérebro** (especialmente o córtex)





Capacidades sensoriais iniciais

Áreas de recompensa do cérebro

→ Controlam a informação sensorial

Crescem rapidamente durante os primeiros meses de vida

Permite ao recém-nascido:
entender o que toca, vê, cheira,
degusta e ouve



Tato

Sentido mais importante na primeira infância

Se desenvolve na 32^a semana de gestação e é o sistema mais maduro nos primeiros meses

Olfato/Paladar

Começam a se desenvolver no útero – preferências por gostos e cheiros que experienciaram Algumas inatas – doce e amargo (tóxico)





Audição

Se desenvolve rapidamente após o nascimento – com 2 dias, bebê já reconhece palavra escutada no dia anterior e com 1 mês já distingue sons parecidos.

Visão

sentido menos desenvolvido ao nascimento
Se desenvolve até o 3º mês de vida.



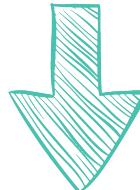
Desenvolvimento motor

Crescimento ocorre de cima para baixo

Quando Sistema Nervoso Central, Músculos e Ossos estão preparados =
bebê precisa ter espaço e estar livre para se movimentar
(Não se ensina)

Marcos - primeiro as habilidades simples:

- Controle da cabeça
- Controle da mão
- Locomoção



Também fortes influências culturais



Desenvolvimento motor

Marcos do Desenvolvimento Motor

Habilidade **90% das crianças**

- Rolar – 5,4 meses
- Pegar Objeto – 3,9 meses
- Sentar-se sem apoio – 6,8 meses
- Ficar em pé com apoio – 8,5 meses
- Movimento de pinça – 10,2 meses
- Ficar em pé sem apoio – 13 meses
- Andar bem – 14,9 meses
- Montar torre com 2 cubos – 20,6 meses
- Subir escadas – 21,6 meses
- Pular no mesmo lugar – 2,4 anos
- Copiar um círculo – 4 anos



Desenvolvimento da linguagem

Antes de utilizar palavras
Expressam necessidades com:

- Choro
- Arrulho (6 sem/3m)
- Balbucio (6-10m)
- Imitação (9-10m)
- gestos sociais (9-12m)

= fala pré-linguística



Marcos:

- Primeiras palavras (10-14m)
- Fala palavras simples (10-18m)
- Aprende muitas palavras novas – verbos/adjetivos (400 palavras) (16-24m)
- Fala primeira sentença - duas palavras (18-24m)
- Fala muitas frases de duas palavras (24m)
- Sabe dizer até 1000 palavras, com alguns erros de sintaxe (30m)

Influências ambientais e genéticas

Desenvolvimento Cognitivo

Como aprendem a resolver problemas?

Quando a memória se desenvolve?

Como explica as diferenças individuais nas habilidades?

Podemos prever a inteligência?

→ **Bebês nascem com capacidade de ver, ouvir, degustar, cheirar, tocar e se lembrar do que aprenderam.**

Abordagens diferentes para estudar o desenvolvimento cognitivo = Comportamental, Psicométrica (Testes de inteligência), piagetiana (estágios), processamento da informação, neurociência cognitiva (estruturas encefálicas envolvidas) e sócio-contextual (aspectos ambientais na aprendizagem)



Desenvolvimento Cognitivo

Marcos de 0-2 anos +

Bebês aprendem sobre si mesmos e sobre o mundo pelas atividades sensoriais e motoras

Aquisições-chave:

- Imitação
- Permanência de objeto
- Desenvolvimento simbólico
 - Categorização
 - Causalidade
 - Aptidão numérica





Desenvolvimento Cognitivo

Aquisições 2-7 anos

Crianças usam linguagem, imagens e símbolos para representar objetos e eventos, como em brincadeiras de faz de conta

Aquisições-chave

- Pensamento simbólico
- Memória
- Conceitos temporais básicos
- Refinamento do vocabulário

A young child with short brown hair, wearing a blue and white striped shirt, is looking through a magnifying glass. The magnifying glass is held up to the child's eye, making it appear larger. The background is a solid teal color.

Cognição e Primeira Infância

O que medimos:

- Como está o neurodesenvolvimento da criança
- Se comportamentos estão dentro dos marcos
 - Observação do comportamento
 - Testes psicométricos

Desenvolvimento Emocional

Primeiro mês □ Primeiros indícios de sentimentos nos bebês

Choram quando não estão felizes, se acalmam quando pegam no colo, sorriem quando batemos palmas, esticam braços...

- Choro → principal forma para comunicar necessidades
- Sorrisos involuntários ocorrem espontaneamente logo após o nascimento (Sono REM)
- Sorriso social – se desenvolve no segundo mês de vida
 - Risada – entre 4 e 12 meses





Desenvolvimento Emocional

Emoções se desenvolvem em um processo ordenado

= das mais simples para as mais complexas!

Logo após nascimento:

- Respostas reflexas, difusas e fisiológicas: contentamento, interesse e aflição
 - Ocorrem em resposta à estimulação sensorial/ processos internos

Nos próximos 6 meses:

- Se diferenciam em emoções: alegria, surpresa, tristeza, nojo, raiva e medo.

Desenvolvimento Emocional

Emoções se desenvolvem em um processo ordenado = das mais simples para as mais complexas!

15 e 24 meses: Emoções autoconscientes: constrangimento, empatia, inveja → após desenvolvimento da autoconsciência (da própria identidade) → Neurônios-espelho

Próx. 3 anos: Emoções autoavaliadoras: orgulho, culpa, vergonha (autoconscientes e entendem padrões/regras)



Conclusão

- O **Contexto** em que estamos inseridos tem grande influência no neurodesenvolvimento como um todo
- O **cérebro é dinâmico** e continua crescendo até a idade adulta - Plasticidade
- **Experiência enriquecida** na infância é importante para o neurodesenvolvimento, inclusive para compensar privações - "Estimulação precoce"
- **Marcos** são norteadores do desenvolvimento típico Importantes para Investigar fazer diagnóstico correto e intervir



Neurodesenvolvimento

É um processo:

Longo, Dinâmico e marcado por
etapas vinculadas a faixas etárias

Que podem não ocorrer exatamente
no mesmo tempo e da mesma
forma para todos!

Maturação cerebral → diretamente
relacionada a fatores biológicos
individuais e estímulos do meio em
que se encontra



Obrigada!

carolrzaniboni@gmail.com



Avaliação em saúde mental na infância

com Drª. Marina Ribeiro Barreto da Costa

A professional portrait of a woman with long, dark, wavy hair, smiling. She is wearing a dark blue denim jacket over a red patterned blouse. Her arms are crossed. The background is a solid teal color.

Marina Ribeiro Barreto da Costa

- Médica e psiquiatra pela Faculdade de Medicina da USP - Ribeirão Preto
- Psiquiatra da infância e adolescência pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFRGS
- Preceptora da Residência Médica do Instituto Bairral de Psiquiatria
- Preceptora da Residência Médica no Hospital São Leopoldo Mandic de Araras



Avaliação com psiquiatra da infância e adolescência













Por que uma avaliação com o **psiquiatra da infância e adolescência?**



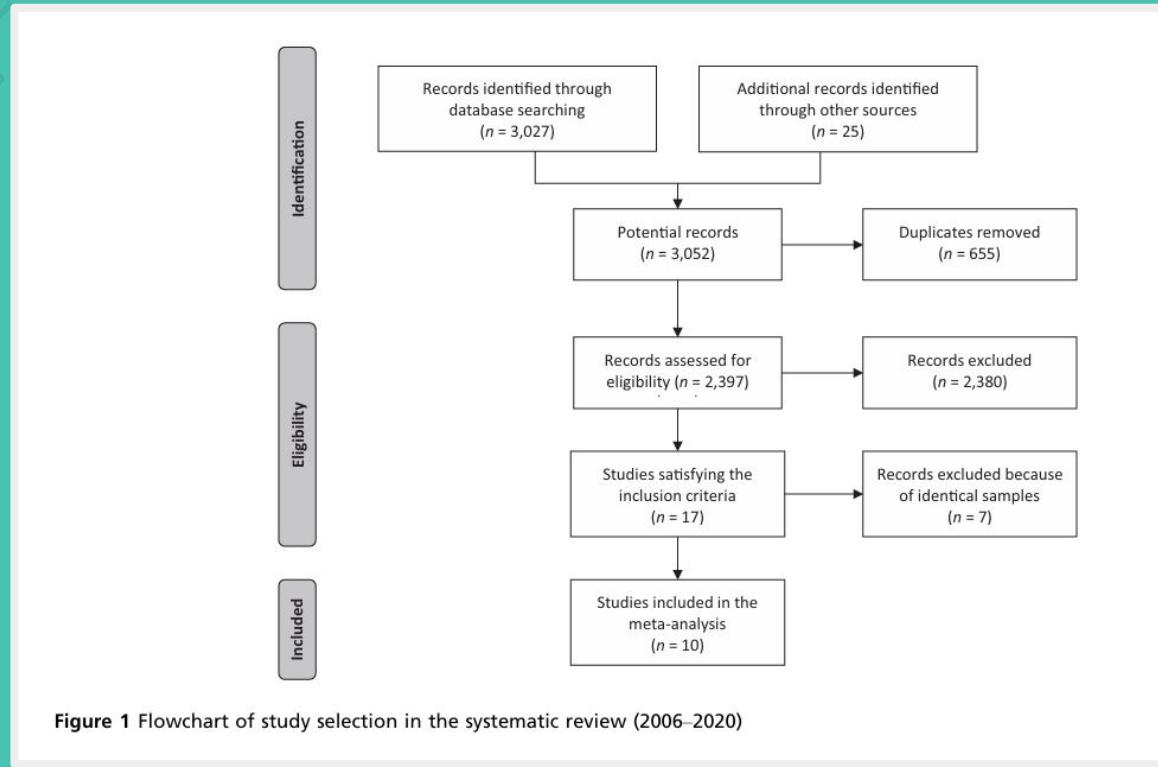
Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years

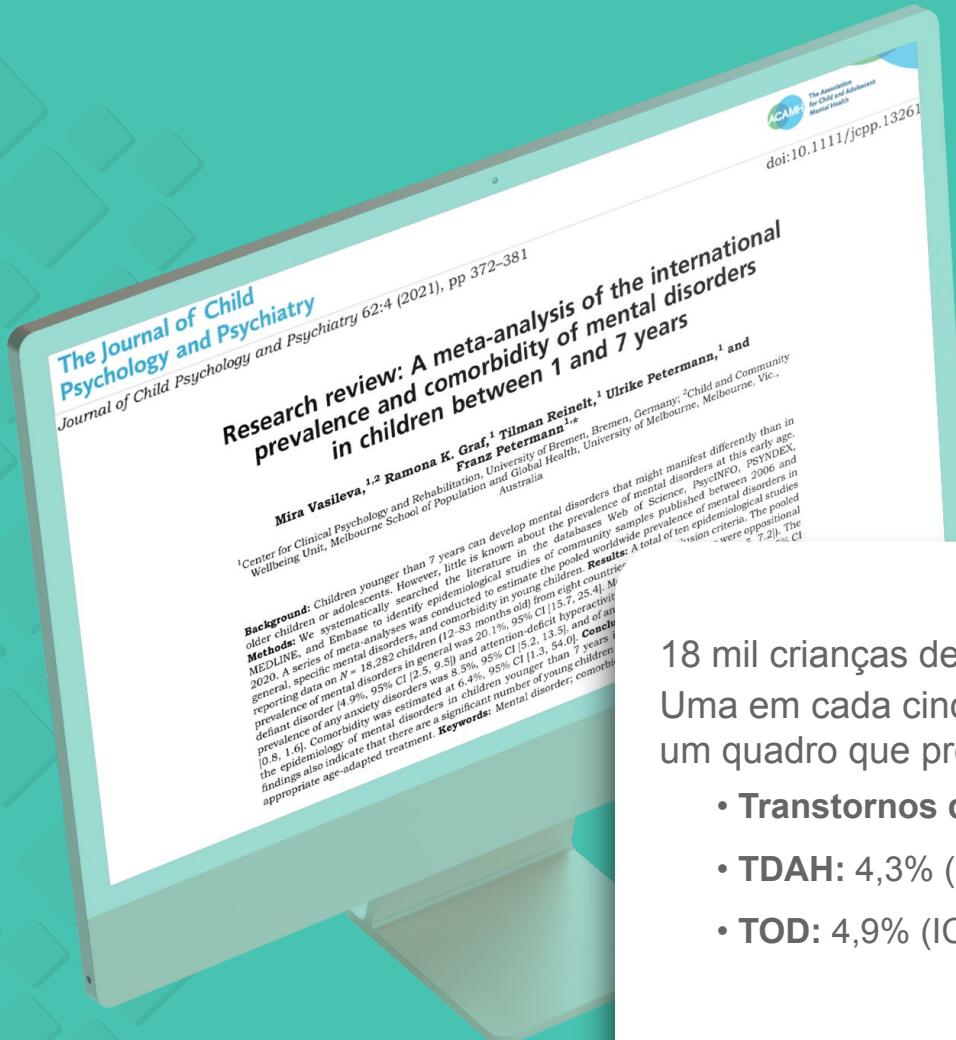
Mira Vasileva,^{1,2} Ramona K. Graf,¹ Tilman Reineit,¹ Ulrike Petermann,¹ and Franz Petermann,^{1,3}

¹Center for Clinical Psychology and Rehabilitation, University of Bremen, Bremen, Germany; ²Child and Community Wellbeing Unit, Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Melbourne, Vic., Australia

Background: Children younger than 7 years can develop mental disorders that might manifest differently than in older children or adolescents. However, little is known about the prevalence of mental disorders at this early age. **Methods:** We systematically searched the literature in the databases Web of Science, PsycINFO, PSYNDEX, MEDLINE, and PsycINFO to identify epidemiological studies of the prevalence of mental disorders in children younger than 7 years. A series of meta-analyses and comorbidity was conducted to estimate the pooled worldwide prevalence of mental disorders in general, specific mental disorders, and comorbidity in young children (12–85 months old) from eight countries met the inclusion criteria. **Results:** A total of ten epidemiological studies reporting data on $N = 18,282$ children (12–85 months old) from eight countries met the inclusion criteria. The pooled prevalence of mental disorders in general was 20.1%, 95% CI [15.7, 25.4]. Most common mental disorders in children younger than 7 years were oppositional defiant disorder (4.9%, 95% CI [2.5, 9.5]) and attention-deficit hyperactivity disorder (4.3%, 95% CI [2.4, 7.2]). The prevalence of any anxiety disorders was 8.5%, 95% CI [5.2, 13.5], and of any depressive disorders was 1.1%, 95% CI [0.8, 1.6]. Comorbidity of mental disorders in children younger than 7 years is still a neglected area of research. The findings also indicate that there are significant number of young children suffering from mental disorders who need appropriate age-adapted treatment. **Keywords:** Mental disorder; comorbidity; preschool; prevalence; epidemiology.







Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents

Guilherme V. Polanczyk,^{1,2,3} Giovanni A. Salum,^{3,4} Luisa S. Sugaya,^{1,2} Arthur Caye,⁴ and Luis A. Rohde^{3,4}

¹Department of Psychiatry, University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil; ²Research Center on Neurodevelopment and Mental Health, University of São Paulo, São Paulo, Brazil; ³National Institute of Developmental Psychiatry for Children and Adolescents (INCT-CNPq), São Paulo, Brazil; ⁴ADHD Outpatient Program at the Child and Adolescent Psychiatric Division, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Background: The literature on the prevalence of mental disorders affecting children and adolescents has expanded significantly over the last three decades around the world. Despite the field having matured significantly, there has been no meta-analysis to calculate a worldwide-pooled prevalence and to empirically assess the sources of heterogeneity of estimates. **Methods:** We conducted a systematic review of the literature searching in PubMed, PsycINFO, and EMBASE for prevalence studies of mental disorders investigating probabilistic community samples of children and adolescents with standardized assessments methods that derive diagnoses according to the DSM or ICD. Meta-analytical techniques were used to estimate the prevalence rates of any mental disorder and individual diagnostic groups. A meta-regression analysis was performed to estimate the effect of population and sample characteristics, study methods, assessment procedures, and case definition in determining the heterogeneity of estimates. **Results:** We included 41 studies conducted in 27 countries from every world region. The worldwide-pooled prevalence of mental disorders was 13.4% (CI 95% 11.3–15.9). The worldwide prevalence of any anxiety disorder was 6.5% (CI 95% 4.7–9.1), any depressive disorder was 2.6% (CI 95% 1.7–3.9), attention-deficit hyperactivity disorder was 3.4% (CI 95% 2.6–4.5), and any disruptive disorder was 5.7% (CI 95% 4.0–8.1). Significant heterogeneity was detected for all pooled estimates. The multivariate metaregression analyses indicated that sample representativeness, sample frame, and diagnostic interview were significant moderators of prevalence estimates. Estimates did not vary as a function of geographic location of studies and year of data collection. The multivariate model explained 88.89% of prevalence heterogeneity, but residual heterogeneity was still significant. Additional meta-analysis detected significant pooled difference in prevalence rates according to requirement of functional impairment for the diagnosis of mental disorders. **Conclusions:** Our findings suggest that mental disorders affect a significant number of children and adolescents worldwide. The pooled prevalence estimates and the identification of sources of heterogeneity have important implications to service, training, and research planning around the world. **Keywords:** Mental disorders, anxiety disorders, depressive disorders, ADHD, disruptive behavior disorders, children, prevalence, epidemiology, meta-analysis, cross-cultural.

87.742 crianças e adolescentes de 4 a 18 anos:

Prevalência de “qualquer transtorno”:
13,4% (IC 95% [11,3 – 15,9])

- **Qualquer transtorno de ansiedade:**
6,5% (IC95% [4,7 – 9,1])
- **TDAH:** 3,4% (IC95% [2,6 – 4,5])
- **Qualquer transtorno disruptivo:**
5,7 % (IC95% [4,0 – 8,1])
- **Depressão:** 2,6% (IC95% [1,7 – 3,9])



Metade dos transtornos mentais diagnosticados na vida adulta tem origem até 14 anos de vida, e 75% até os 20 anos.

Kessler RC et al. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593–602

Lifetime Prevalence of DSM-IV Disorders in the Survey Referral Sample

Ronald C. Kessler, PhD
Ellen E. Walters, MS

Context: Little is known about lifetime prevalence or

age of onset of DSM-IV disorders.

Objectives: To estimate lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the recently completed National Comorbidity Survey Replication.

Design and Setting: Nationally representative face-to-face household survey conducted February 2001 and April 2003 using the fully structured World Health Organization World Mental Health Survey Version of the Composite International Diagnostic Interview.

Participants: Nine thousand two hundred eighty-two English-speaking respondents aged 18 years and older.

Main Outcome Measures: Lifetime DSM-IV anxiety mood, impulse-control, and substance use disorders.

Results: Lifetime prevalence estimates are as follows: anxiety disorders, 28.8%; mood disorders, 20.8%; impulse

Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication

Ronald C. Kessler, PhD
Patricia Berglund, MBA
Olga Demler, MA, MS
Robert Jin, MA
Kathleen R. Merikangas, PhD
Ellen E. Walters, MS

Context: Little is known about lifetime prevalence or

age of onset of DSM-IV disorders.

Objectives: To estimate lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the recently completed National Comorbidity Survey Replication.

Design and Setting: Nationally representative face-to-face household survey conducted February 2001 and April 2003 using the fully structured World Health Organization World Mental Health Survey Version of the Composite International Diagnostic Interview.

Participants: Nine thousand two hundred eighty-two English-speaking respondents aged 18 years and older.

Main Outcome Measures: Lifetime DSM-IV anxiety mood, impulse-control, and substance use disorders.

Results: Lifetime prevalence estimates are as follows: anxiety disorders, 28.8%; mood disorders, 20.8%; impulse

Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication

Ronald C. Kessler, PhD
Patricia Berglund, MBA
Olga Demler, MA, MS
Robert Jin, MA
Kathleen R. Merikangas, PhD
Ellen E. Walters, MS

Context: Little is known about lifetime prevalence or

age of onset of DSM-IV disorders.

Objectives: To estimate lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the recently completed National Comorbidity Survey Replication.

Design and Setting: Nationally representative face-to-face household survey conducted February 2001 and April 2003 using the fully structured World Health Organization World Mental Health Survey Version of the Composite International Diagnostic Interview.

Participants: Nine thousand two hundred eighty-two English-speaking respondents aged 18 years and older.

Main Outcome Measures: Lifetime DSM-IV anxiety mood, impulse-control, and substance use disorders.

Results: Lifetime prevalence estimates are as follows: anxiety disorders, 28.8%; mood disorders, 20.8%; impulse

control disorders, 24.8%; substance use disorders, 14.6%; any disorder, 46.8%. Median age of onset is much earlier for anxiety (11 years) and impulse-control (11 years) disorders than for substance use (20 years) and mood (30 years) disorders. Half of all lifetime cases start by age 30 and three-fourths by age 24 years. Later onsets are mostly of comorbid conditions, with estimated lifetime risk of any disorder at age 75 years (50.9%) only slightly higher than observed lifetime prevalence (46.4%). Lifetime prevalence estimates are higher in recent cohorts than in earlier cohorts and have fairly stable intercohort differences than in earlier life course, but vary in substantially plausible ways among sociodemographic subgroups.

Conclusions: About half of Americans will meet the criteria for a DSM-IV disorder sometime in their life, with first onset usually in childhood or adolescence. Interventions aimed at prevention or early treatment need to focus on youth.

Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593-602



Por que uma avaliação com o **psiquiatra da infância e adolescência?**



Problemas de
comportamento

Atrasos no
neurodesenvolvimento

Prejuízos nas
relações
interpessoais

Sintomas
emocionais

Como é uma avaliação com o psiquiatra da infância?



Quem é a criança?



Como é o contexto familiar?
E o social?



Como é a rotina da criança?





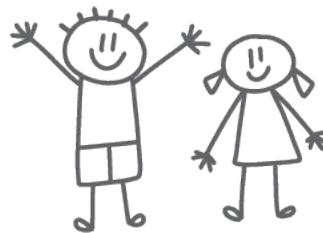
Impactos dos sintomas



Familiares



Acadêmicos



Sociais



**Por que essa criança está apresentando
esses problemas específicos?**

Fatores predisponentes

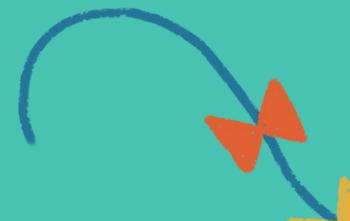
Fatores precipitantes

Fatores perpetuadores

Fatores protetores



**Como a família
percebe tudo isso?**



A observação da criança



Outras fontes
de informações:
a escola



Relação com a equipe:
**composição
de olhares**



A família como protagonista



A família como protagonista





© 2023 American Psychological Association
ISSN: 0969-5893

Clinical Psychology: Science and Practice

2024, Vol. 31, No. 1, 62–77
<https://doi.org/10.1037/cps0000180>

A Meta-Analysis of Parent-Inclusive Child Therapy Interventions for Decreasing Symptomatology

Ahou Vaziri Line¹, A. Stephen Lenz², Lindsey Warwick³, Marianna L. Branch⁴, and
Matthew E. Lemberger-Truelove¹

¹ Department of Counseling, The University of North Texas

² Department of Counseling, Health and Kinesiology, Texas A&M University-San Antonio

³ Department of Clinical Mental Health Counseling, Southern Oregon University

⁴ School of Counseling, Walden University

Randomized Controlled Trial > *Lancet Child Adolesc Health*. 2022 Dec;6(12):845-856.

doi: 10.1016/S2352-4642(22)00279-6. Epub 2022 Oct 26.

Efficacy and safety of methylphenidate and behavioural parent training for children aged 3–5 years with attention-deficit hyperactivity disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled, and sham behavioural parent training-controlled trial

Luisa Shiguemi Sugaya ¹, Giovanni Abrahão Salum ², Wagner de Sousa Gurgel ³,
Erika Mendonça de Moraes ³, Giovana Del Prette ³, Caroline Drehmer Pilatti ³,
Bianca Batista Dalmaso ³, Ellen Leibenluft ⁴, Luis Augusto Rohde ⁵, Guilherme Vanoni Polanczyk ⁶

Affiliations + expand

PMID: 36306807 PMCID: PMC9731509 DOI: 10.1016/S2352-4642(22)00279-6

Eficácia e segurança do metilfenidato e de orientação parental para crianças de 3 a 5 anos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e por orientação parental simulada

A photograph of a two-lane asphalt road with a yellow double line, curving through a valley. The road is flanked by dense green pine forests. In the background, a range of mountains with sharp peaks rises under a sky filled with scattered clouds. A teal-colored rectangular box is positioned in the upper center of the image, containing the text.

**A continuidade do
acompanhamento**



Obrigada!



marinaribeiro.psiquiatra



Inclusão Escolar

com Deputada Estadual Andréa Werner



Deputada Estadual
**ANDRÉA
WERNER**
GABINETE DA INCLUSÃO

Autismo e Inclusão Escolar





Quem sou eu?

- Deputada Estadual por São Paulo;
- Autista;
- Mãe do Theo, de 17 anos, autista;
- Ativista;
- Escritora;
- Fundadora do Instituto Lagarta Vira Pupa.



O que é o autismo?



- É um transtorno do neurodesenvolvimento de fundo genético (80% herdável e 18% não herdável);
- Nos Estados Unidos, há 1 criança autista em cada 31 (S Down = 1 em 700);
- Diagnóstico é mais comum em meninos (3,5 para 1); Há subnotificação entre meninas
- 38% têm deficiência intelectual², 30% têm epilepsia³, e entre 50% e 70% têm TDAH⁴;

1 Bai D, Yip BHK, Windham GC, et al. Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(10):1035–1043. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.1411

2 Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020 Corporate Authors(s) : Centers for Disease Control and Prevention (U.S.)

3 Lukmanji S, Manji SA, Kadhim S, Sauro KM, Wirrell EC, Kwon CS, Jetté N. The co-occurrence of epilepsy and autism: A systematic review. *Epilepsy Behav*. 2019 Sep;98(Pt A):238–248. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.07.037

Os pilares do autismo



Comunicação

Interação

Atitudes e
interesses

Alterações
Sensoriais



Olhando nos olhos



- Bebês autistas se atraem menos por rostos e cenas sociais*. Isso afeta a habilidade de imitar e gera uma cascata de atrasos (fala, jogo simbólico, habilidades sociais)



*Chawarska, K., Macari, S. & Shic, F. Decreased spontaneous attention to social scenes in 6-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorders. *Biol. Psychiatry*. 74, 195–203. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.022> (2013)

Jones, E. et al. Reduced engagement with social stimuli in 6-month-old infants with later autism spectrum disorder: A longitudinal prospective study of infants at high familial risk. *J. Neurodev. Disord.* 8, 1–20. <https://doi.org/10.1186/s11689-016-9139-8> (2016)



Comuni- cação



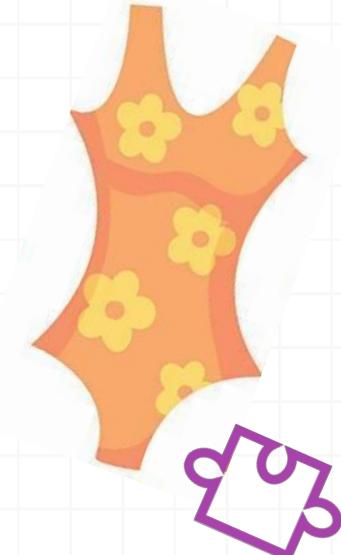
- Entre 25% a 35% dos autistas não falam;¹
- Alguns falam usando repetições, decoram frases, têm dificuldade em falar de forma funcional;
- Outros podem usar linguagem rebuscada para a idade, falar sem prosódia, e têm dificuldades com linguagem figurada ou duplo sentido. Podem ser literais.

¹ Brignell A, Chenuasky KV, Song H, Zhu J, Suo C, Morgan AT. [Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children](#). Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov



Interação

- Dificuldade em entender linguagem não verbal ou ironias (expressões faciais e corporais);
- Falta de habilidades sociais (sinceridade excessiva, falta de desconfiômetro, espaço pessoal);
- Dificuldade em entender regras ou comandos.





Comportamento e interesses



- Interesses restritos;
- Rigidez
- Comportamento repetitivo, "inadequado" e/ou auto estimulatório;
- Baixa regulação emocional





Alterações sensoriais



- Atinge aproximadamente 95% das crianças autistas*;
- Afeta a forma com que os estímulos recebidos através dos sentidos (visão, audição, etc) chegam ao cérebro;
- Gera movimentos auto-regulatórios (stims) ou auto-estimulatórios.

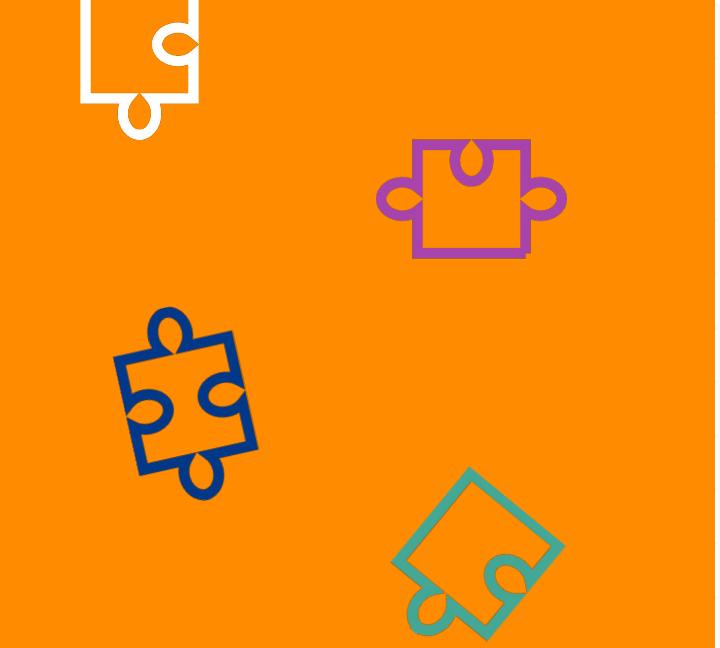


Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. Am J Occup Ther. 2007;61(2):190-200

Dicas Gerais



- Capriche na dicção, exagere nas expressões faciais e corporais.
- Dê instruções simples, use frases curtas, e dê tempo para a criança processar a informação.
- Valide a intenção comunicativa da criança. Verbalize o que você percebeu que ela gostaria de dizer.
- Divida as atividades mais longas em etapas.
- Valorize a tentativa, e não o acerto.
- O autismo é um espectro. Sempre avalie o aluno como um indivíduo único e defina adaptações que ele necessita



O que gera as crises

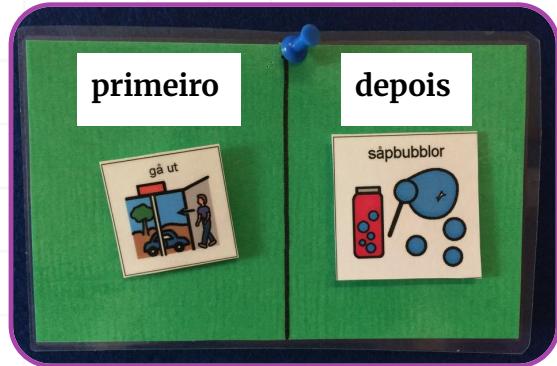
- Sobrecarga sensorial;
- Sobrecarga emocional (ansiedade, medo) ou de demanda (não conseguir fazer tudo o que foi solicitado);
- Não conseguir comunicar o que quer;
- Dor, desconforto, pensamentos intrusivos, cheiros, barulhos diferentes, dentre várias coisas não controláveis



Ferramentas úteis:



Recursos visuais e previsibilidade



Resumo do Aluno



Quem sou eu:

Theo Werner Bonoli

Nascimento:
09/06/2008

Coisas que eu gosto

- Atividades e brincadeiras físicas;
- Brincar de pega-pega, correr em ambientes abertos;
- Atividades sensoriais;
- Carregar pequenos objetos, colocá-los na boca, balançar cordas e fios;
- Trampolim (pula-pula);
- Qualquer atividade que envolva água, mas também massinha, geleca, tinta;
- Comida em geral (sou bom de garfo);
- Observar o movimento de coisas e pessoas.

Sobre mim

- Sou autista;
- Morei os últimos 3 anos em Londres e Estocolmo;
- Minha melhor amiga é minha cachorrinha Lola;
- Gosto de abraçar e beijar as pessoas que eu amo;
- Amo comida, mas não gosto de dividir, e posso tentar roubar a dos outros;
- Busco estimulação sensorial, principalmente com movimento;
- Sinto muito calor e gosto de ficar com pouca roupa e descalço mesmo no frio.
- Algumas vezes, eu preciso ser lembrado de ir ao banheiro.

Coisas que me irritam

- Quando estou com fome, com sono, com dor, cansado, com calor, ou com tédio;
- Quando preciso esperar por algo que eu quero ou preciso parar de fazer algo que eu gosto;
- Quando eu não posso ter algo que eu quero;
- Sons muito altos e excesso de pessoas;
- Contato físico com pessoas não íntimas.
- Quando não consigo comunicar o que quero.

Como me comunico

- Eu não falo, mas entendo tudo o que é falado;
- Utilizo a comunicação via figuras (PECs) para mostrar o que quero;
- Posso dizer "ma" para mostrar que quero algo;
- Quando eu estiver chateado, vou chorar, fazer sons e me contorcer;
- Se estou feliz, vou sorrir, abraçar e beijar.
- Faço contato visual quando quero pedir algo.

Como me ajudar

- Instruções simples e com poucas palavras, regras e limites claros;
- Recursos visuais usando figuras: calendários, rotina, antes e depois;
- Estimular o uso do PECs para comunicação;
- Avisar com antecedência quando vou ter que parar de fazer algo que gosto;
- Voz calma e encorajadora, paciência, persistência e muita repetição;
- Colocar minha mão no seu rosto quando quiser que eu preste atenção ao que você diz;
- Calmamente me redirecionar para outra coisa quando eu entrar em comportamento indesejado;
- Se eu me descontrolar, falar com voz calma que entende que estou chateado e vai esperar que eu me acalme;
- Massagem de pressão nos braços e nas mãos quando eu ficar barulhento ou muito agitado.

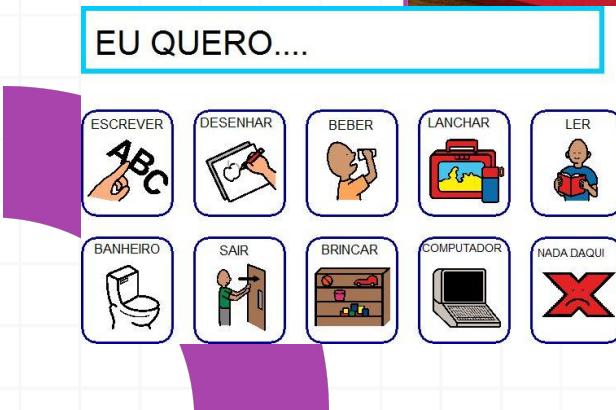
Habilidades (eu posso...)

- Correr, pular, subir escadas, atravessar uma travessa, me arrastar de brincos, jogar, pegar e chutar a bola;
- Segurar o lápis corretamente e colocar contas em um fio, pintar, colar, cortar;
- Comer, se vestir e ir ao banheiro sozinho, só precisando de um adulto para me limpar;
- Ir a excursões a andar na rua acompanhando um adulto;
- Categorizar animais, cores, brinquedos, roupas, bolas, mobília, frutas e veículos;
- "Descrever" com o PECs uma ação vista em uma foto;
- Associar números a dados com imagens de 1 a 6 e ordenar os números de 1 a 10 em sequência;
- Construir um objeto com blocos olhando o exemplo em uma figura ou um modelo pronto;
- Completar quebra-cabeças de 15 peças;
- Juntar algumas palavras com fotos dos objetos.



CAA

- Improvise uma comunicação por meio de figuras se ela for não verbal;
- Materiais gratuitos para impressão no [@comunicatea_pais](https://www.instagram.com/comunicatea_pais)



Kit de regulação sensorial

- Bola de pilates;
- Kit sensorial;
- Massagem;
- Tapete com textura;
- Almofada ponderada
- Coletes de mergulho
- Abafador





Se houver crise



- Se a criança está demonstrando stress (se contorcendo, tampando os ouvidos, fazendo mais barulho ou querendo iniciar o choro), retire-a para um ambiente tranquilo para que ela se acalme e se regule;
- Se a crise veio após uma instrução, ou ela não entendeu, ou não se sente capaz de realizar a tarefa. Permaneça calmo e encoraje-a com calma e paciência.



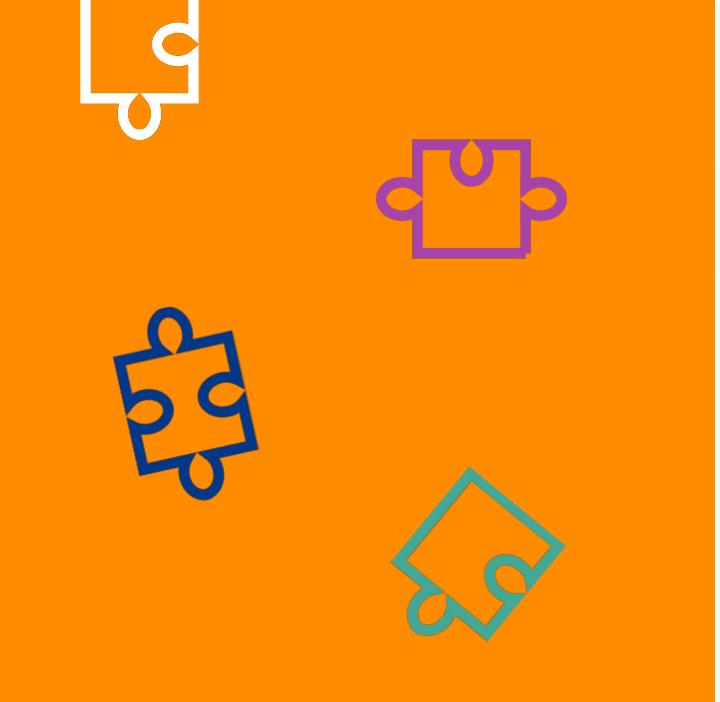
Se houver crise



- Mantenha a calma. Valide o sentimento da criança e mostre que você está ali para ajudar;
- Se a criança agir de forma inadequada ou agressiva com você ou com um coleguinha, corrija com amor: explique que entende que ela está chateada, mas que aquele comportamento não é aceitável.
- Anotar o que você observou logo antes da crise pode ajudar a identificar os gatilhos

Incluir é possível



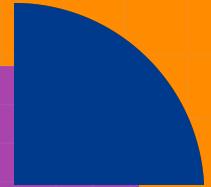


Pra seguir e aprender

- @vanessaziotti_
- @meubebeeoautismo
- @profnadjafreitas
- @carolsouza_autistando
- @institutoitard
- @claudia_zirbes
- @inclusaonapratica
- @includopia
- @monique.psicopedagogica

Canal do Whatsapp





Obrigada!

Site: www.andrawerner.com.br

Instagram: [@andrawerner_](https://www.instagram.com/@andrawerner_)

Twitter: [@andrawerner_](https://www.twitter.com/@andrawerner_)

Facebook: [andrawerneroficial](https://www.facebook.com/andrawerneroficial)

YouTube: [deawerner](https://www.youtube.com/deawerner)

contato@andrawerner.com.br





Desmistificando a psicoterapia para crianças

com Lara Pereira de Freitas



Quem sou eu?

- Lara Pereira de Freitas
- Psicóloga pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
- Especialista em Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo pela Faculdade Metropolitana
- Pós-graduanda em clínica histórico-cultural pelo Instituto Lev
- Supervisora ABA no Ambulatório Especializado Bairral

A criança como sujeito ativo

- A criança não é um vir-a-ser, mas um sujeito que É
- Possui demandas, alegrias, angústias e opiniões
- Deve ser ouvida e considerada
- O desenvolvimento acontece na relação com o outro



O papel da mediação do adulto

- O adulto organiza a exploração do ambiente
- Nomeia objetos e dá sentido às experiências
- Ajuda a criança a perceber o outro de forma mais realista
- A mediação é o que possibilita o desenvolvimento





O brincar como atividade-guia

- Permite apropriação do mundo social e dos objetos
- Brincar é a forma principal de desenvolvimento
- O jogo de papéis (faz de conta) é a atividade central do pré-escolar
- O brincar é impulsionador do psiquismo



Jogo de papéis e desenvolvimento

- A criança reproduz ações do mundo adulto
- Aprende regras, papéis e limites
- Desenvolve o autocontrole da conduta
- O brincar exige renúncia de impulsos e seguimento de regras



A importância da mediação

- A criança ainda precisa da mediação adulta
- O adulto amplia e enriquece as brincadeiras
- Diversifica enredos, temas e papéis
- Promove novas formas de pensar e sentir

Crises do desenvolvimento e transição para a idade escolar



- 
- As crises fazem parte do desenvolvimento
 - Entre 3 e 6 anos: construção do “EU” e busca por autonomia
 - A criança ainda tem dificuldade em lidar com frustrações

- A oposição e o autocentramento revelam o esforço de se afirmar como sujeito
- Aos poucos, ela percebe regras, papéis e vontades diferentes das suas
- Com a idade escolar, o foco se desloca do brincar para o estudo
- A criança busca entender o mundo de forma mais séria





- Surge o desejo de pertencer a grupos e ser reconhecida pelos pares
- Aprende que suas ações têm consequências sobre os outros
- Esse processo pode gerar inseguranças, ansiedades e medos
- A mediação do adulto continua essencial para sustentar esse desenvolvimento

Psicoterapia na primeira infância

- A psicoterapia infantil é um processo de mediação simbólica e relacional
- Espaço de escuta e elaboração simbólica
- O brincar é a linguagem da criança
- O jogo de papéis permite reelaborar conflitos
- O terapeuta atua como mediador do desenvolvimento





A importância da mediação terapêutica

- O terapeuta cria condições para o brincar
- Ajuda a criança a representar e simbolizar suas experiências
- A brincadeira mediada promove autoconhecimento e regulação emocional

O trabalho com a família

- O processo terapêutico não se limita ao consultório
- A família é parte fundamental do desenvolvimento
- Escutar e orientar cuidadores potencializa a mediação
- A criança se desenvolve nas relações concretas do cotidiano



Considerações finais

- A criança é sujeito ativo de sua história
- O brincar é instrumento de humanização e expressão
- A mediação do adulto sustenta o desenvolvimento
- A psicoterapia é espaço de simbolização, criação e vínculo



Obrigada!

Lara Pereira de Freitas | CRP 06/191042

E-mail: larapfreitas.psi@mail.com

Instagram: @psi.larafreitas



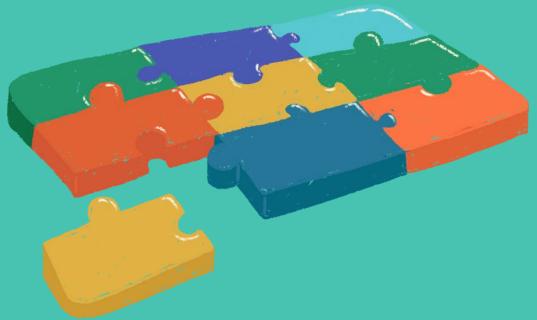
Olhares que se Cruzam: Terapia Ocupacional, Família e Escola

com Alessandra Carvalho



Quem sou eu?

- Alessandra Carvalho, formada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), atuando desde 2018
- Pós Graduanda em Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce: com ênfase no Modelo Centrado na Família



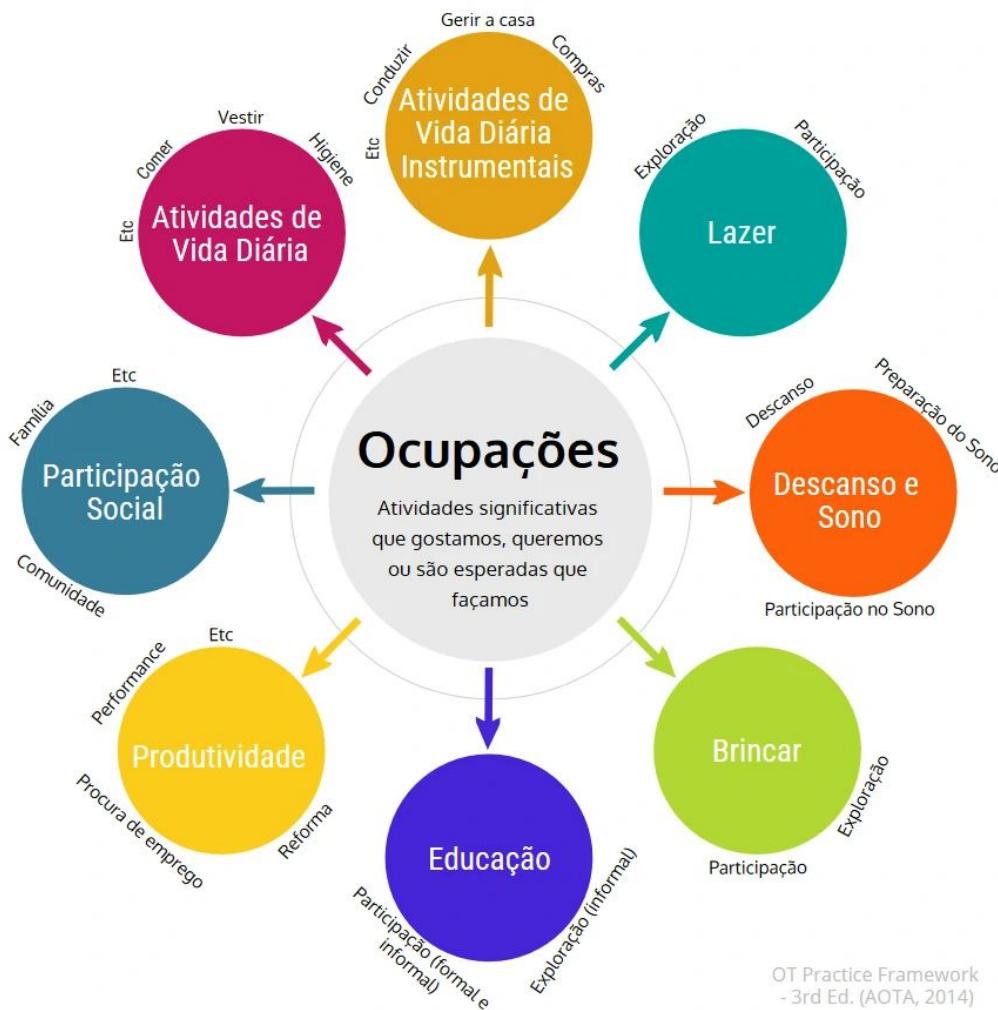
No Ambulatório Especializado do Bairral

sou a Tia Lê

Terapia Ocupacional

- Curso de Ensino Superior (Graduação)
Especialista das ocupações
(Ocupacional → Ocupações)
- Referem-se às atividades diárias significativas que queremos, precisamos ou é esperado que façamos. (WFOT, 2012)







Papéis Ocupacionais

Todos os papéis que o sujeito exerce em sua vida são considerados papéis ocupacionais, estes organizam o indivíduo contribuindo para a sua construção de identidade pessoal e social



E a criança, possui papéis ocupacionais?

Na primeira infância, as ocupações se resumem às Atividades de Vida Diária (autocuidado) e principalmente o:

BRINCAR





É brincando que se aprende!

O brincar é um potencializador natural do desenvolvimento infantil

Através dele, a criança experimenta, descobre, cria e aprende a se expressar



É brincando que se aprende!

Nós, enquanto adultos, temos o papel de mediador de brincadeiras:

- Organização do ambiente;
- Compreensão da função do brincar (modelagem);
- Estímulo da participação ativa.





Brincar deve ser natural!

Quando falamos de contextos naturais, falamos de ambientes onde a criança vive suas experiências reais, onde o brincar tem sentido

Na clínica, isso significa criar situações que façam sentido para ela; em casa e na escola, significa aproveitar o que já é natural do seu dia a dia para promover engajamento, autonomia e desenvolvimento





Brincar como ferramenta do aprendizado

“O brincar é o MEIO e também o FIM”

Como assim?

A construção do aprendizado



BUILDING BLOCKS FOR LEARNING

(JENKINSON; HYDE; AHMAD, 2012. Tradução livre.)

Atividades com propósito

Linguagem

Percepção Visual

Motor Fino

Motor Grosso

Sensorial





Explorando o alicerce da "construção"

Sistemas Sensoriais são a base para o desenvolvimento

Sem o processamento sensorial adequado haverá inevitavelmente déficits no aprendizado de novas habilidades

Integração:

Processo pelo qual o cérebro interpreta, organiza as informações sensoriais do próprio corpo e do ambiente
(ABIS)

Estimulação:

Processo de envolver e ativar os diferentes sentidos do indivíduo
Não exige resposta adaptativa



Explorando o alicerce da "construção"

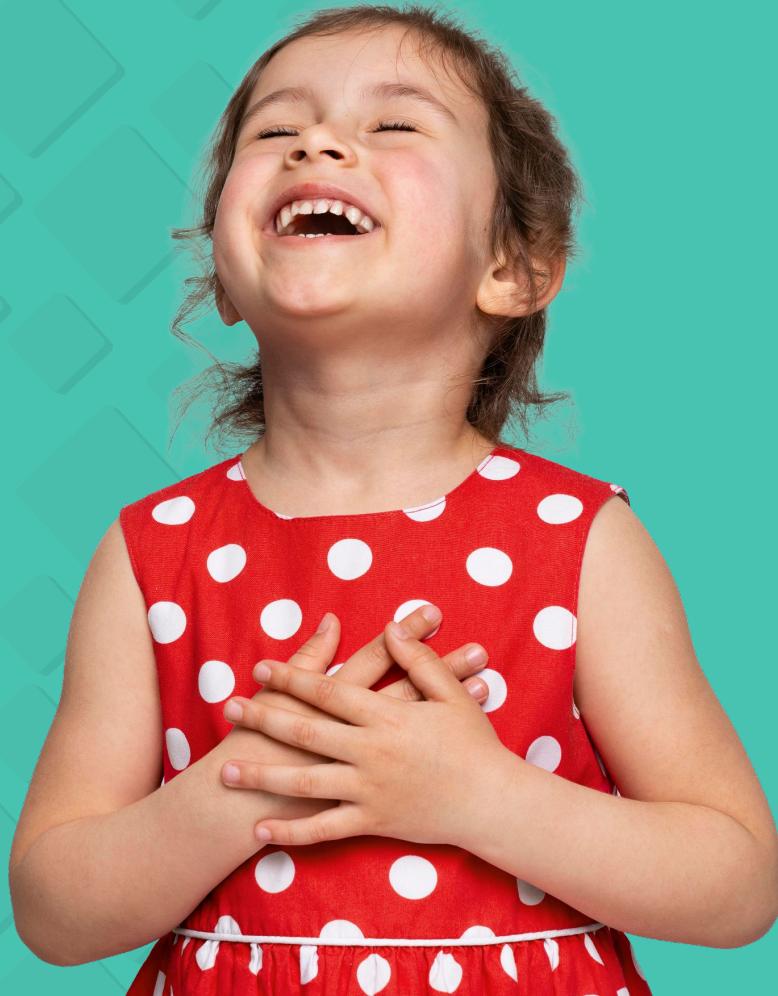
Na Terapia Ocupacional trabalhamos
8 SENTIDOS



Tato
Visão
Olfato
Paladar
Audição

Propriocepção
Vestibular
Interocepção





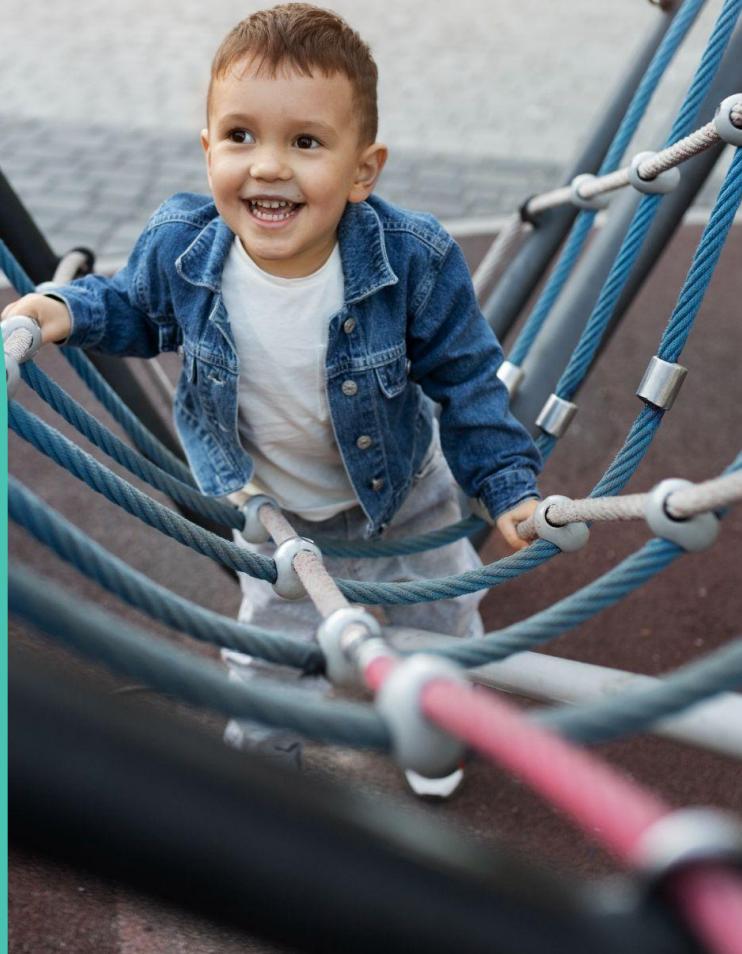
Propriocepção

Fornece informações para o nosso corpo, através dos músculos, tendões e articulações, a respeito de onde está cada parte do nosso corpo e o quê cada uma das partes está fazendo

Vestibular

Nos ajuda a manter o equilíbrio e informa se estamos nos movimentando ou parados, em que velocidade e direção estamos nos movendo

Junto com o sistema visual registra os movimentos dos objetos que nos rodeiam: quando tem bom funcionamento, a criança consegue saber o quanto pode se balançar sem cair ou até onde pode subir sem colocar-se em perigo





Interocepção

Envolve perceber as condições fisiológicas do corpo, que nos permitem ter consciência de sensações internas, como: fome, saciedade, sede, batimentos cardíacos e sensações viscerais

Explorando o alicerce da “construção”





Explorando o alicerce da "construção"

Cada experiência sensorial é uma oportunidade de aprendizado. Quando oferecemos diferentes estímulos (sons, movimentos, texturas, sabores, luzes) estamos ajudando o cérebro da criança a organizar informações, aprimorar o controle motor, regular emoções e construir respostas mais adaptativas ao ambiente

Estimular os sentidos é fortalecer o alicerce de todas as outras habilidades: motoras, cognitivas, sociais e emocionais

Quando devemos encaminhar para a Terapia Ocupacional?



O encaminhamento para Terapia Ocupacional vai acontecer quando existem **PREJUÍZOS** no desempenho das ocupações

E quem determinará quantidade de sessão e tempo é o Terapeuta Ocupacional!

Qual o papel da Terapia Ocupacional?

Contribui para que a criança possa adquirir as capacidades e habilidades esperadas para sua faixa etária, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, por meio da ampliação da participação e autonomia nas suas ocupações, principalmente nas atividades de vida diária, estudo/escola, brincar e lazer

TOs modificam a ocupação ou o ambiente para melhor apoiar seu engajamento ocupacional
(WFOT, 2012)



Antes de qualquer abordagem... Terapeuta Ocupacional!

A Terapia Ocupacional não se define por abordagens, e sim pelas ocupações

Antes de sermos terapeutas que atuam com Integração Sensorial, somos terapeutas ocupacionais: profissionais que compreendem e promovem o engajamento nas ocupações significativas





A potência da união

Quando Família, Escola e Terapia Ocupacional caminham juntos:

- A criança é compreendida em sua totalidade;
- As conquistas se tornam mais consistentes e duradouras;
- As estratégias são reforçadas em todos os ambientes;
- Todos se tornam parte ativa do processo de desenvolvimento;
- O cuidado se transforma em uma rede de apoio real e afetiva.



Oportunizar estímulos e vivências de autonomia favorece o desenvolvimento e o fortalecimento da autoconfiança para o desenvolvimento ocupacional da criança.

Nosso papel é ser a ponte nesse processo.



Obrigada!



Fatores Protetores na Infância

com Drª. Agnes Aline Ferreira

Tópicos abordados

- 1 Apego**
- 2 Parentalidade**
- 3 Uso de telas**
- 4 Rotina**
- 5 Esportes**
- 6 Escola**



Teoria do apego

Resultado de interações repetidas com o cuidador

- Seguro
- Evitativo
- Ambivalente
- Desorganizado





Eu preciso
que você...



Apoie minha
curiosidade

Base segura



Cuide de mim
Divirta-se comigo
Ajude-me

Círculo da segurança



Proteja-me
Conforte-me
Organize meus
sentimentos

Base segura



Eu preciso
que você...



Acolha/receba
bem minha ida
até você



Estilos de parentalidade

Autoritativa

- Equilíbrio
- São amorosos e receptivos
- Exigem bom comportamento
- São firmes na manutenção de padrões
- Punições limitadas e criteriosas





Autoritativa

- Regras claras e consistentes
- Deixa a criança saber o que se espera dela
- Sabe quando estão atendendo as expectativas

Autoritário

- Controle e a obediência
- Menos afetuosos
- “Porque eu mandei”, “Engole o choro”
- Filhos descontentes e retraídos
- Tem dificuldade em fazer escolhas



Permissiva

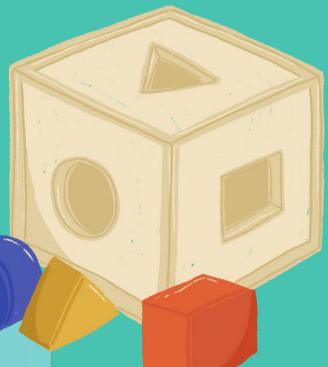
- São afetuosos, poucos limites
- “Eu acabo fazendo por ele, porque demora muito e eu fico com dó”
- Filhos: imaturos, menos exploradores e inseguros



Negligente

- Pais que por cansaço ou falta de tempo se concentram em suas próprias necessidades em vez das da criança
- “Tá bom, depois a gente vê”...
“olha no celular enquanto a criança fala”
- Associada a dificuldades comportamentais na criança





Rotina





Rotina

Comportamentos regulares e repetitivos envolvendo uma criança e um adulto.

A avaliação da rotina é parte essencial da consulta em Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

170 estudos em 70 anos

- Fornecer estrutura, previsibilidade e consistência tem impacto significativo no desenvolvimento infantil
- Mitiga risco e reforça a resiliência mesmo em ambientes de alto risco
- Envolve participação em atividades domésticas
- Auxilia desenvolver autonomia



Rotina

Estabelecer rotina de dormir aos 3 anos de idade prevê a diminuição de comportamentos ansiosos, deprimidos, retraídos e agressivos aos 5 anos.



Rotina

Adolescentes envolvidos com rotinas familiares mostram menos comportamentos delinquentes e melhor bem-estar mental ao longo de 3 anos.





Rotina de alimentação

- Associada a aumento do consumo de alimentos saudáveis
- Menor risco de obesidade e de transtornos alimentares
- Envolve participação no processo de preparo

Uso de telas





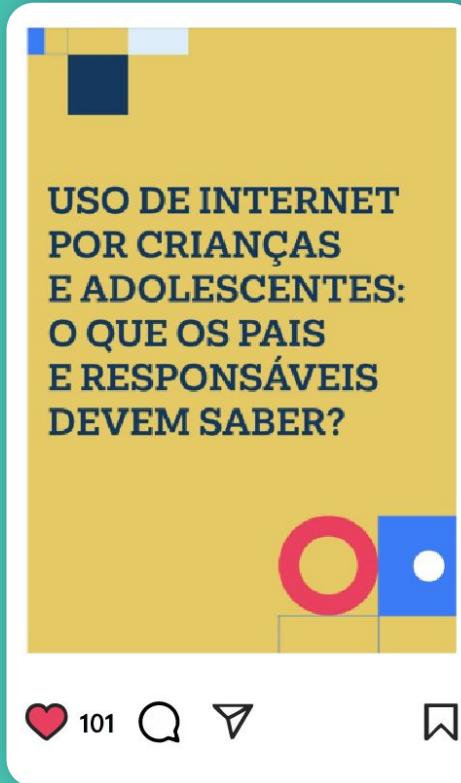
Telas

- TIC KIDS Online Brasil – nacional 2021
- Proporção de crianças usuárias de internet equilibrou-se com a de adultos
- Supervisão, mediação e engajamento parental/ professores: espaço de vínculo e aprendizagem

Telas

Solitário, sem supervisão, sem limite de tempo, usado como distração constante

- Piora do sono
- Piora da atenção
- Risco de transtorno alimentar
- Automutilação
- Uso de substâncias
- Redução da atividade física



Dra Juliana Dantas

Esportes





Esportes

Importante entender qual esporte faz sentido para cada criança

Nem todo esporte é protetor para toda criança, em todo momento

Perfil da criança

Ansiosa, perfeccionista,
autocobrança alta

Com muita energia,
impulsiva ou com
dificuldade de foco

Tímida, com medo de
errar, sensível

Sociável, colaborativa

Exemplo de esporte que pode favorecer

Atividades não competitivas e mais lúdicas, como natação recreativa, dança livre, ioga infantil, escalada, capoeira

Esportes com regras claras e gasto físico intenso:
futebol, judô, atletismo

Atividades em pequenos grupos e com apoio constante do instrutor, como natação, teatro infantil, artes marciais leves

Esportes coletivos que estimulem cooperação:
vôlei, basquete, futebol

Escola



E

ESTRUTURA

P

PREVISIBILIDADE

C

CONVIVÊNCIA

SENSAÇÃO DE
PERTENCIMENTO

PREVENÇÃO
DO BULLYING

Escola

Críticas: eu critico

Proposta: eu proponho

Curiosidades: eu quero saber

Felicitações: eu felicito





Take home

- Atenção ao vínculo
- Treine ouvir a criança
- Estimule a autonomia
- Previsibilidade e constância

Obrigada!



draagnes_psiquiatriainfantil



Transtornos na infância: TEA, TOD e TDAH

com Dra. Helena Bonadia Buonfiglio



Dra. Helena Bonadia Buonfiglio

- Psiquiatra Geral e da Infância e Adolescência
- Diretora Técnica do Instituto Bairral de Psiquiatria

Tópicos

1

Transtorno Mental

2

Transtornos do
Neurodesenvolvimento

3

Transtorno do Espectro Autista

4

Transtorno de Déficit de
Atenção e Hiperatividade

5

Transtorno Opositivo Desafiador





O que é um transtorno mental?

Transtorno

Um transtorno mental é a manifestação de um **agrupamento de sinais e sintomas** psicológicos e de comportamentos associados a sofrimento, angústia ou prejuízo a indivíduo ou pessoas em torno deste ou com risco de sofrer comprometimento futuro (IACAPAP 2015)



Transtorno

Nem todo transtorno é doença

Doença: alteração na estrutura ou funcionamento biológico de causa definida.

Transtorno: Conjunto de sinais e sintomas, sem causa definida.



MANUAL DIAGNÓSTICO
E ESTATÍSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS

5^a EDIÇÃO

TEXTO REVISADO

DSM-5-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



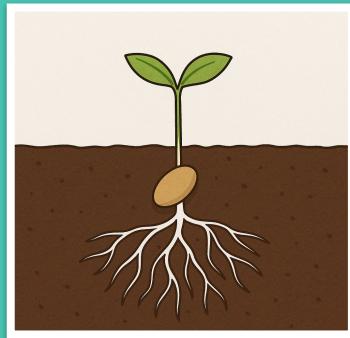
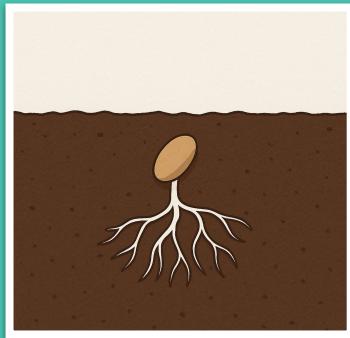
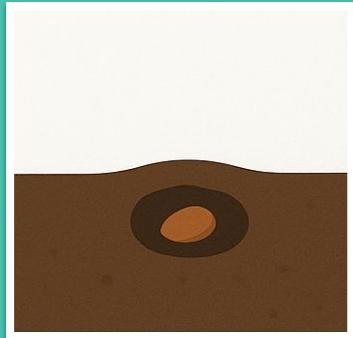
Transtorno

- DSM-5-TR (2022)
- Define critérios para cada transtorno
- Categorias fixas (tem ou não tem o transtorno)
- Pesquisa, estatísticas, políticas públicas
- É uma parte da avaliação psiquiátrica
- O mais importante é a formulação biopsicossocial



Transtornos do Neurodesenvolvimento

O crescimento de uma árvore



O crescimento de uma árvore

- A semente não é uma árvore pequena. É algo diferente, que se transforma em árvore.
 - Há um curso esperado
- A maior transformação ocorreu no início, de semente a pequena árvore.
 - No início, quando se formam as raízes, que sustentarão a árvore.
 - O crescimento depende de fatores internos e externos





Neurodesenvolvimento

O cérebro, assim como a árvore, precisa de tempo, ambiente e cuidado.



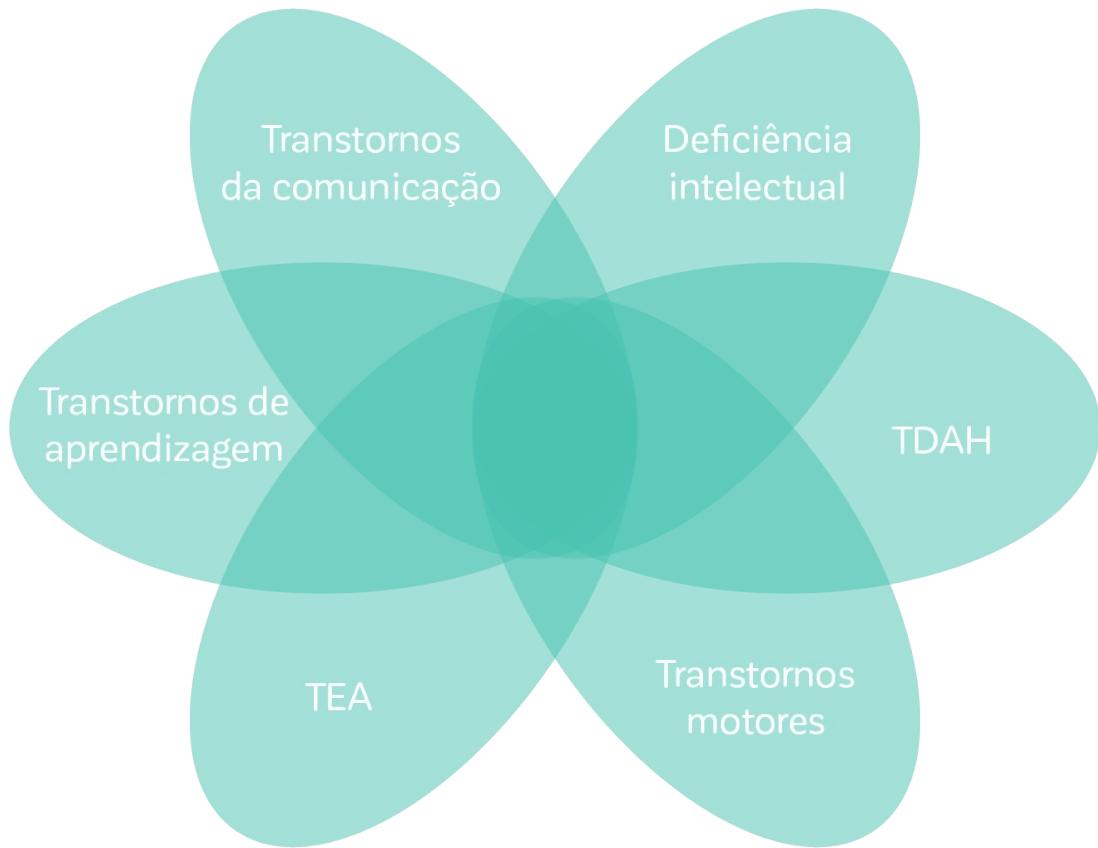
Neurodesenvolvimento

- É o processo pelo qual o cérebro se forma, se organiza e amadurece ao longo do tempo.
- É muito intenso no início (primeiros mil dias)
- Funções motoras, cognitivas, emocionais, sociais.
- Fatores genéticos e ambientais
 - Herança biológica
 - Experiências de cuidado
 - Estímulos sensoriais e emocionais
 - Vínculos afetivos
 - Nutrição
 - Contexto sociocultural
- Curso esperado



Transtornos do neurodesenvolvimento

- O cérebro se organiza de modo diferente, desde o início
- Padrões distintos de **comportamento, linguagem, atenção, comportamento, aprendizado e regulação emocional.**
- Fatores biológicos, genéticos e ambientes
- Predomínio no sexo masculino
- Sintomas de início precoce e persistência ao longo da vida





Transtorno do Espectro Autista (TEA)



Transtorno do Espectro Autista (TEA)

- Diferenças na **comunicação e interação social e comportamento**
- 1% da população
- espectro: cada criança é única
- diagnóstico é clínico
- **50% deficiência intelectual**
30% epilepsia





Comunicação e Interação social

- Compartilhamento reduzido dos interesses, emoções e afetos
- Falha para iniciar ou responder às interações sociais
- Contato visual ou linguagem corporal anormal
- Dificuldade em entender e fazer gestos
- Dificuldade em ajustar o comportamento às variações do contexto social
- Interesse reduzido em interações sociais

Desenvolvimento típico

- Expressões calorosas ou alegres, como sorrir de volta (**6 meses**)
- Responsividade ao nome (**9 meses**)
- Gestos, como dar tchau (**12 meses**)
- Apontar e trazer objetos para compartilhar interesse (**15 meses**)
- Compreender os sentimentos dos outros ou perceber que alguém está chateado (**24 meses**)





Comportamento e alterações sensoriais

- Movimentos motores, uso de objetos e falas repetitivas ou estereotipadas
- Insistências nas mesmas coisas
 - Rotinas
 - Padrões ritualizados
 - Padrões rígidos de pensamento
 - Dificuldade com transições
- Interesses fixos, restritos, anormais em intensidade ou foco
- Hipo ou hiperreatividade a estímulos sensoriais



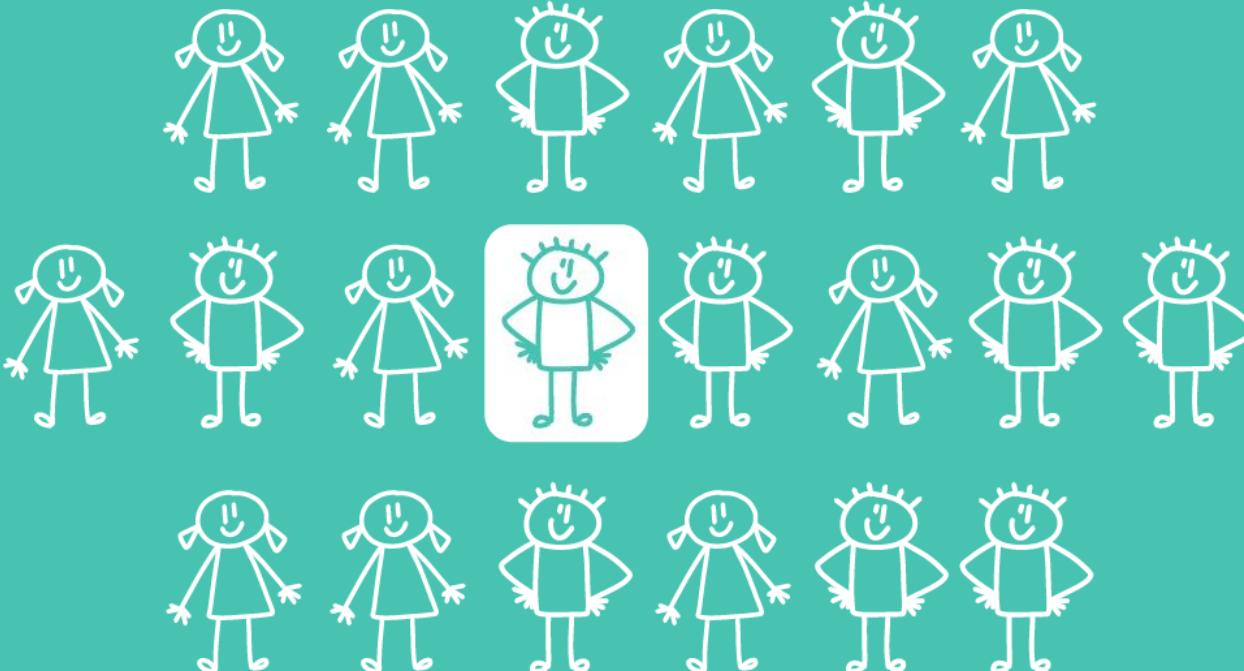
Estereotipias

- Flapping
- Girar em volta de si
- Andar na ponta dos pés
- Pulos
- Gritos
- Bater palmas
- Movimentos de mãos em frente aos olhos
- Ecolalia

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)



TDAH afeta **1 a cada 20** crianças ou adolescentes





Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

- Transtorno psiquiátrico mais frequente na infância
- Domínios afetados:
 - Atenção
 - Hiperatividade
 - Impulsividade
- Diferentes combinações (cada criança é única)
- Dificuldade de regulação emocional
- É um transtorno do neurodesenvolvimento

Evolução natural dos sintomas ao longo da vida

Infância



Hiperatividade

Adolescência



Desatenção

Idade Adulta

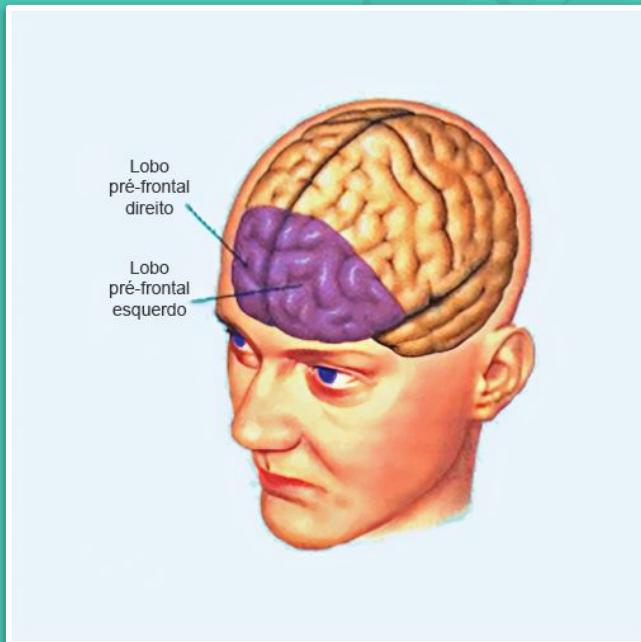


Déficit em funções
executivas

Funções executivas

Habilidades que permitem:

- Manipular idéias mentalmente
- Adaptar-se de maneira rápida e flexível a mudanças ambientais
- Ter prospecção e planejamento de estratégia para o futuro prospectado
- Resistir a tentações e impulsos
- Enfrentar novos desafios e imprevistos



Estereotipias

- Habilidades necessárias para formular metas
- Planejamento de estratégias
- Colocar estratégias em prática
- Monitorar resultados
- Corrigir estratégia se necessário



TDAH e comorbidades

transtorno	% estimada associada ao TDAH
TOD ou TC	50%
transtornos da aprendizagem	40%
transtorno de ansiedade	30%
depressão maior	30%
transtorno bipolar	10-20%



Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)

Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)

- Não é um transtorno do neurodesenvolvimento
- Transtorno do **comportamento** pode estar associado ao TEA, TDAH e Deficiência Intelectual

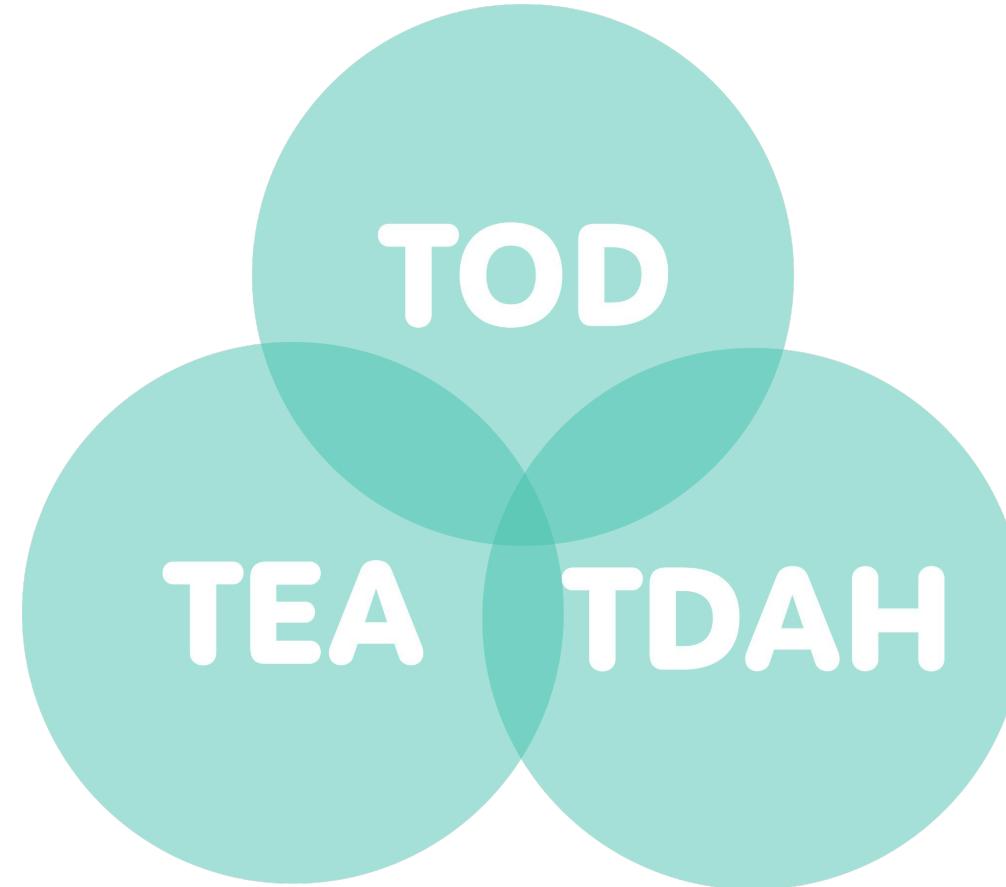




Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)

Sintomas

- Reatividade emocional
- Baixa tolerância a frustrações
- Persistência em estado emocional negativo
- Interpretação enviesada de intensões alheias
- Déficits em habilidades sociais e cognitivas para resolução de conflitos
- Dificuldade em inibir respostas impulsivas
- Irritabilidade, birras intensas, discussões e recusa a regras



O desenvolvimento é como uma dança





Importância do Diagnóstico

O que essa criança, **com essas características**, precisa para desenvolver seu máximo potencial?

- Família
- Escola
- Saúde

Quanto antes, melhor!

“Toda criança precisa de um adulto que a veja com olhos de curiosidade, não de julgamento.

Que cada um de nós possa ser esse adulto.
A criança com dificuldade não está nos testando.
Ela está nos pedindo ajuda.”

Obrigado!



@instituto_bairral



@instituto.bairral



Instituto Bairral