

# PEDOPSIQUIATRIA EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

## Novos percursos da saúde mental infantojuvenil

---

C. Vieira da Costa <sup>1</sup>

S. Henriques <sup>2</sup>

M. Palaré <sup>3</sup>

T. Goldschmidt <sup>4</sup>

### RESUMO

*Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) destinam-se a crianças com doenças ameaçadoras de vida e abrangem elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. As crianças e adolescentes a quem é diagnosticada uma doença potencialmente ameaçadora de vida, apresentam um risco acrescido de desenvolver uma perturbação mental ou de um agravamento da psicopatologia de base. É fundamental, para o tratamento holístico destes doentes, que sejam abordadas sistematicamente as questões de saúde mental, visando uma melhoria do seu bem-estar e funcionamento global. O presente trabalho pretende refletir sobre as especificidades do trabalho de um pedopsiquiatra com crianças/jovens e famílias com indicação para acompanhamento na área dos CPP. Tomando como ponto de partida a apresentação de duas vinhetas clínicas, realizou-se uma revisão da literatura, em artigos científicos publicados na plataforma PubMed entre 2009 e 2019, usando as palavras-chave “Pediatric Palliative Care” e “Child and Adolescent Psychiatry”. A pedopsiquiatria paliativa é uma área emergente, sendo escassa a literatura publicada sobre o tema até à data. A investigação em populações paliativas de adultos tem sido clara acerca da elevada prevalência de perturbações psiquiátricas que necessitam de terapia dirigida. Nas vinhetas clínicas em análise, a intervenção pedopsiquiátrica*

<sup>1</sup> Médica interna de Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

<sup>2</sup> Médica especialista em Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

<sup>3</sup> Médica especialista em Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

<sup>4</sup> Assistente graduada em Pedopsiquiatria e diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

*foi necessária para a abordagem terapêutica, garantindo o bem-estar do doente e da sua família. Não obstante, dada a escassez de orientações clínicas e de investigações nesta área da medicina, são necessários mais estudos para uma melhor caracterização da psicopatologia e das intervenções terapêuticas nesta população.*

*Palavras-chave:* Cuidados Paliativos Pediátricos, Pedopsiquiatria de Ligação, Psiquiatria da Infância e Adolescência.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a associação *Together for Short Lives*, os CPP destinam-se a todas as crianças/jovens com doença crónica complexa ou em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado. Abrangem elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, focando-se na melhoria da qualidade de vida e no suporte à família<sup>1</sup>. Não tem sido consensual a definição da população pediátrica com necessidades paliativas<sup>2</sup>. Foram criados 4 grupos distintos que agrupam a maioria das doenças abrangidas pelos cuidados paliativos pediátricos, distinguindo-se cada grupo pelo tipo de trajetória de vida associado à doença: (1) doenças potencialmente fatais mas curáveis (doença oncológica, falência de órgão); (2) doenças que causam morte prematura mas podem ter sobrevivências longas se tratadas (fibrose quística, distrofias musculares); (3) doenças progressivas mas sem cura possível (doenças metabólicas, cromossomopatias, *osteogenesis imperfecta* grave); (4) doenças irreversíveis não progressivas, que aumentam a morbilidade e probabilidade de morte prematura (paralisia cerebral grave, lesões graves acidentais do sistema nervoso central ou da espinal medula, prematuridade com patologia residual, malformações cerebrais)<sup>3</sup>. As diferentes trajetórias assumem particular importância no planeamento dos cuidados de saúde a serem prestados, incluindo os de saúde mental.

A Academia Americana de Pediatria recomenda que todos os serviços pediátricos que prestam cuidados a crianças com doença crónica complexa e/ou cuidados de fim de vida devem dispor de equipas interdisciplinares especializadas em CPP<sup>4</sup>. Em Portugal, a criação de um grupo de trabalho nacional de cuidados paliativos pediátricos esteve na origem da constituição de novas equipas interdisciplinares especializadas em CPP em todos o país, de acordo com o recomendado na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos<sup>5</sup>, posteriormente regulamentado através da Portaria CPP<sup>6</sup>. Está previsto ainda que na composição

das equipas sejam incluídos elementos da área da saúde mental, nomeadamente da área da psicologia e da psiquiatria da infância e da adolescência com formação no âmbito do luto e dos cuidados paliativos.

O campo da psiquiatria paliativa encontra-se já bem estabelecido e prevê o cuidado psiquiátrico do adulto com doença com necessidade paliativa. Tem sido uma área amplamente estudada nos últimos anos<sup>7-8</sup>, existindo já dados epidemiológicos claros e recomendações internacionais para a melhor abordagem do doente definidas pela Academia Americana de Psiquiatria (End of Life Care, APA)<sup>9</sup>. A área da pedopsiquiatria dedicada aos cuidados paliativos pediátricos é um campo emergente, coberto por literatura ainda escassa. A integração de elementos de saúde mental infantojuvenil nas equipas de CPP, a par da escassa literatura internacional sobre o tema, levantam a necessidade de se conceber uma abordagem pedopsiquiátrica especializada, em resposta às especificidades do doente e da família e de se desenhar um modelo de atuação em equipa interdisciplinar.

O presente artigo pretende refletir sobre as especificidades do trabalho de um pedopsiquiatra junto de doentes e famílias com indicação para um acompanhamento do tipo paliativo. São apresentadas duas vinhetas clínicas que constituem o ponto de partida para uma revisão bibliográfica, em artigos científicos escritos em inglês, publicados na plataforma *PubMed* entre 2009 e 2019, usando as palavras-chave “*Pediatric Palliative Care*” e “*Child and Adolescent Psychiatry*”.

Procurou-se nos artigos selecionados a definição da área de atuação do pedopsiquiatra em cuidados paliativos pediátricos, a identificação de modelos de articulação com a equipa de cuidados e recomendações para o diagnóstico e abordagem terapêutica de sintomas psiquiátricos neste contexto clínico.

## VINHETAS CLÍNICAS

### *Vinheta clínica 1*

Adolescente do sexo feminino, com 17 anos de idade, evacuada da Guiné Bissau para receber cuidados de saúde. Apresentava o diagnóstico de *Xeroderma Pigmentosum*, uma doença genética caracterizada por uma maior suscetibilidade para carcinomas cutâneos. À data da evacuação tinha dois tumores ulcerados de grandes dimensões no couro cabeludo e na pirâmide nasal, com extensão à pálpebra inferior direita e múltiplas lesões pré-malignas no restante tegumento. Apresentava múltiplas infeções cutâneas por micro-organismos multirresistentes tendo tido indicação clínica para permanecer em isolamento de contacto durante

grande parte do internamento. Como sintomas predominantes apresentava dor e prurido, com pouca resposta clínica à escalada terapêutica.

Apresentava como antecedentes familiares a morte de dois irmãos e da mãe, resultado da mesma doença. A adolescente mantinha uma relação próxima com o pai e com a avó, apesar de residirem na Guiné e não terem possibilidade de a visitar.

Foi pedido o apoio da pedopsiquiatria por um quadro clínico de instalação insidiosa caracterizado por tristeza, anedonia, diminuição do interesse por atividades diárias, astenia marcada, isolamento social, com diminuição da espontaneidade para comunicar e da iniciativa para sair do quarto. A par com o início da sintomatologia houve uma diminuição clara do seu autocuidado no vestir. Estes sintomas coincidiram com um agravamento do quadro de dor crónica que na altura da observação se encontrava apenas parcialmente controlada. Nesse momento apurava-se um prognóstico reservado para a doença com uma progressão rápida de sintomas nas últimas semanas.

No exame do estado mental a adolescente encontrava-se calma, parcialmente colaborante, com um humor depressivo, discurso provocado, escasso e expressão de afetos de tonalidade depressiva. Referiu na primeira observação manutenção do quadro de dor e dificuldades do sono com insónia inicial.

O caso foi discutido em equipa e decidiu-se o início de terapêutica com um fármaco antidepressivo inibidor seletivo da recaptção da Serotonina (ISRS) – Sertralina – que iniciou com a dose de 25 mg e foi titulada posteriormente para 50 mg. A par com a introdução da terapêutica farmacológica, a jovem recebeu apoio psicoterapêutico. Cerca de duas semanas depois foi relatado aumento de energia, diminuição do quadro de dor e maior disponibilidade para as relações interpessoais. O humor foi progressivamente melhorando, e registou-se uma evolução positiva em termos do autocuidado e da retoma de uma maior participação ativa no seu quotidiano hospitalar. A jovem foi acompanhada em pedopsiquiatria e psicologia até ter alta para uma residência de cuidados continuados.

Nesta vinheta, a intervenção da pedopsiquiatria foi determinante na fase da doença em que a jovem se encontrava. Numa altura de progressão de sintomas da doença de base, é fundamental intervir na sintomatologia pedopsiquiátrica, a par com a intervenção dirigida à sintomatologia física, para garantir a melhor qualidade de vida para a doente e a minimização dos sintomas e do impacto que estes assumem no funcionamento global do doente. A introdução de um psicofármaco neste caso permitiu uma evolução favorável do quadro depressivo, contribuindo para a retoma de um nível de funcionamento psíquico mais próximo do que se registava anteriormente. À data da alta a jovem encontrava-se

assintomática do ponto de vista pedopsiquiátrico.

### *Vinheta clínica 2*

Criança do sexo feminino, com 9 anos de idade e diagnóstico de Síndrome de Hiper IgE, uma imunodeficiência primária hereditária caracterizada clinicamente por abscessos estafilocócicos múltiplos, infecções pulmonares recorrentes e dermatite pruriginosa eosinofílica. Do ponto de vista clínico pediátrico apresentava insuficiência hepática e imunodeficiência grave que estava na origem de infecções na pele graves, sendo candidata a transplante de células hematopoéticas de dador familiar e a transplante hepático. Iniciou acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria em regime de ambulatório, a pedido da pediatra assistente, por um quadro clínico caracterizado por humor irritável, atitude opositora, heteroagressividade verbal dirigida aos familiares, pensamentos obsessivos de contaminação que motivavam comportamentos de evitamento de contacto com objetos e espaços considerados sujos, associados a rituais de lavagem do corpo. Esta sintomatologia tinha um impacto significativo no funcionamento da criança e na vida familiar. Ao longo do acompanhamento, apurou-se um humor altamente instável, tendo-se relacionado o agravamento da irritabilidade com fases da doença em que sentia um prurido intenso, causando lesões de coceira no corpo que infetavam e necessitavam de cuidados médicos especializados. Percebeu-se igualmente que a sintomatologia obsessiva se intensificava com o agravamento dos sintomas de dor e de prurido.

Este caso necessitou de intervenção psicoterapêutica regular com foco nos sintomas psíquicos, na aceitação da progressão da doença e preparação para os procedimentos hospitalares terapêuticos (transplante, punção lombar, procedimento cirúrgico, entre outros). Necessitou ainda de intervenção terapêutica psicofarmacológica com um fármaco antidepressivo ISRS – Sertralina – e com um fármaco contentor do grupo dos neurolépticos – Risperidona. Dada a instabilidade psiquiátrica que foi vivida ao longo da progressão da doença, houve indicação para múltiplos ajustes farmacológicos de forma a garantir o controlo de sintomas psiquiátricos. As modificações do quadro psicopatológico (oscilações do humor, episódios de oposição marcada, recusa em aderir ao tratamento, situações de ansiedade reativa a procedimentos) tinham repercussões diretas no quadro clínico de base e dificultavam a possibilidade de prestação de cuidados médicos. Foi necessário o apoio constante da pedopsiquiatria a fim de se diminuir a sintomatologia psiquiátrica causadora de níveis elevados de mal-estar para a criança e para a família e de se garantir uma estabilidade psíquica que possibilitasse a intervenção terapêutica de outras especialidades.

## *O papel do pedopsiquiatra na equipa*

A inclusão de um pedopsiquiatra nas equipas multidisciplinares de CPP levanta a necessidade de se pensar e caracterizar o campo de atuação clínica para a pedopsiquiatria neste contexto.

Compete à equipa de cuidados paliativos (ECP), como um todo, uma abordagem centrada no doente e na família, com foco nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Há uma preocupação com a dimensão da comunicação e do suporte emocional durante o período de doença e no luto. O trabalho da equipa prevê ainda a gestão de situações clínicas de ansiedade relacionada com procedimentos médicos, tristeza reativa a más notícias, cuidados no luto e espirituais de dimensão religiosa e existencial<sup>10</sup>.

A especificidade do trabalho do pedopsiquiatra enquanto elemento integrante da equipa de cuidados paliativos passa pela abordagem de situações de saúde mental clinicamente graves, a identificação de quadros psicopatológicos e posterior definição de um plano terapêutico dirigido<sup>9</sup>. Este poderá incluir uma abordagem psicoterapêutica ou instituição de terapia psicofarmacológica. Junto da equipa de cuidados, o pedopsiquiatra assegura ainda um conhecimento adicional de psicofarmacologia e maior experiência no manejo de psicofármacos, que podem ser indicados no controlo de sintomas psiquiátricos ou como coadjuvantes no tratamento de sintomas somáticos. Cabe também ao pedopsiquiatra a contextualização de alguns sintomas na sua dimensão psíquica<sup>11-12</sup>, garantindo uma visão holística do doente e uma subsequente abordagem terapêutica apropriada. O estado de saúde mental da família deve ser avaliado pelo pedopsiquiatra, em particular o cuidado dos irmãos e dos cuidadores. O diagnóstico de psicopatologia, a sua abordagem terapêutica ou a referência para os cuidados de saúde de adultos fazem parte do trabalho com a família<sup>13</sup>. Neste âmbito, o pedopsiquiatra pode criar e dinamizar grupos terapêuticos que podem ser um recurso fundamental para o apoio quer das crianças/adolescentes quer dos seus pais/cuidadores.

Para além do apoio necessário ao doente e respetiva família, o pedopsiquiatra pode assegurar a prevenção e intervenção na exaustão emocional dos profissionais de saúde da equipa de cuidados paliativos. O apoio de saúde mental à equipa multidisciplinar é uma prioridade bem estabelecida no âmbito dos cuidados paliativos, dada a exigência associada à prestação específica deste tipo de cuidados de saúde.

O caso representado pela vinheta 1 ilustra a contribuição específica da pedopsiquiatria na abordagem em CPP: numa fase de progressão de sintomas da doença de base, a introdução de um fármaco antidepressivo como estratégia

adicional no plano terapêutico definido permitiu uma evolução favorável do ponto de vista psiquiátrico e pediátrico, com repercussão no bem-estar da adolescente.

### *Um modelo de atuação*

O pedopsiquiatra na equipa de cuidados pode assumir diferentes papéis e diversos graus de envolvimento no caso e na intervenção. A extensão do envolvimento pode ser definida de acordo com a disponibilidade de recursos, com o tipo de profissionais envolvidos no caso e com a situação clínica em cada fase da doença.

Anna C. et al.<sup>13</sup> definiu um modelo de intervenção que distingue três níveis de envolvimento de acordo com a situação clínica psiquiátrica de cada caso, nomeadamente intervenção pontual/em regime de consultoria, acompanhamento ao longo do tempo, e gestão simultânea do caso por pediatria e pedopsiquiatria, que em seguida se descreve:

- 1) Haverá indicação para uma *intervenção pedopsiquiátrica pontual ou em regime de consultoria à equipa de base* em situações de dúvida em relação à abordagem terapêutica de sintomas de saúde mental ou na ponderação da introdução de um psicofármaco com o qual a equipa não esteja familiarizada. Em casos previamente multiacompanhados, que estejam em contacto com diversos profissionais, a decisão da introdução de um novo profissional deve ser ponderada, pesando os benefícios da intervenção e a resistência que esta possa gerar. Em fases avançadas ou terminais da doença de base é frequente registar-se alguma relutância da família e do doente perante o contacto com um novo médico, a aceitação de mais um diagnóstico e o início de uma nova abordagem terapêutica<sup>11</sup>.
- 2) Em situações mais complexas, com sintomatologia psiquiátrica com impacto no funcionamento global da criança, há indicação para um *acompanhamento pedopsiquiátrico ao longo do tempo*<sup>13</sup>. Situações de perturbação depressiva, perturbação de ansiedade, perturbação de ajustamento, alterações do comportamento, episódios de pânico, dificuldades do sono, *delirium pediátrico*, entre outras, têm indicação para tal. Nestas situações, um pedopsiquiatra em articulação permanente com a equipa, com compreensão da trajetória específica da doença de base, oferece a clareza diagnóstica e o conhecimento necessário para a elaboração de um plano terapêutico dirigido. Estes casos beneficiam de uma intervenção psicoeducativa com a família e de uma articulação permanente com a equipa de cuidados.

A vinheta 1 é representativa da necessidade de acompanhamento pedopsiquiátrico ao longo do tempo. Neste caso, a discussão clínica em equipa foi fundamental para definir um plano terapêutico em conjunto, com a integração de um psicofármaco como estratégia adicional sinérgica no controlo sintomático.

- 3) Doentes com perturbações psiquiátricas pré-existentes, com impacto na administração de cuidados médicos em doenças avançadas, têm indicação para uma *gestão de caso em simultâneo pelos cuidados paliativos pediátricos e pelos serviços de pedopsiquiatria*<sup>13</sup>.

Os quadros psiquiátricos prévios levantam múltiplos desafios, podendo implicar limitações na assistência médica de qualidade, dificuldades na comunicação doente-família-equipa e na tomada de decisões médicas. Nestas situações é necessária uma articulação de cuidados contínua, para a definição de um plano de intervenção em comum e conjugar-se a intervenção dirigida à doença com a intervenção pedopsiquiátrica. A vinheta clínica 2 é ilustrativa desta necessidade.

### *Desafios do diagnóstico*

Em CPP os diagnósticos de saúde mental não são sempre lineares, percebendo-se que tanto para as equipas como para os pedopsiquiatras existem limitações e dificuldade na atribuição de um quadro psicopatológico de acordo com os critérios definidos nos manuais<sup>14</sup>.

Nas equipas de cuidados, embora haja consciência de que doentes com doenças potencialmente fatais apresentam um risco acrescido para o desenvolvimento de psicopatologia, verifica-se uma tendência para normalizar o mal-estar psíquico dadas as condições de vida ou as circunstâncias da doença<sup>15</sup>. Daí decorre um risco de subvalorizar e subdiagnosticar perturbações psiquiátricas, atrasando a instituição de terapêutica dirigida. Uma das dificuldades que se levanta passa, por conseguinte, pela distinção entre o que poderá constituir uma resposta normal, esperada e adaptativa ou o que representará uma perturbação duradoura no funcionamento habitual de uma criança/adolescente<sup>11</sup>. Neste aspeto, a avaliação sistemática da saúde mental por um profissional da área integrado na equipa permite garantir a sensibilidade diagnóstica que pode estar ausente em equipas puramente pediátricas.

Para o pedopsiquiatra, na avaliação de crianças gravemente doentes, a contaminação existente entre os sintomas da doença de base e o que poderão ser sintomas de doença mental acrescenta dificuldades ao diagnóstico. Esta contaminação é evidente nos quadros depressivos, em que se torna difícil a atribuição de significado clínico a sintomas vegetativos como astenia, diminuição do apetite, dor resistente à escalada terapêutica e dificuldades do sono<sup>15</sup>. Nestes doentes, as fronteiras mal definidas entre o que poderá ser um quadro puramente psiquiátrico ou puramente orgânico, dificultam a decisão terapêutica sobre que doença abordar em primeiro lugar. Para ultrapassar esta dificuldade foram definidos novos critérios de diagnóstico a serem aplicados em populações de doentes paliativos<sup>16</sup>. *Endicott*, por exemplo, definiu um conjunto alternativo de critérios diagnósticos de perturbações depressivas em doentes oncológicos, onde foram excluídos os



sintomas somáticos e foram privilegiados os sintomas psíquicos, como as cognições depressivas, a alteração de humor e os sentimentos de desesperança<sup>17</sup>. A vinheta 1 exemplifica esta dificuldade diagnóstica: a perda de apetite, astenia e agravamento da dor poderiam ser sinais de progressão da doença oncológica ou, alternativamente, constituírem-se manifestações de um quadro depressivo em instalação. Apesar da dúvida, a instituição de um fármaco antidepressivo está indicada no tratamento farmacológico destas situações clínicas, tirando-se partido do seu poder antidepressivo, ansiolítico e antiálgico.

Por outro lado, em particular em crianças/adolescentes com doenças orgânicas crónicas, é frequente haver uma expressão somática do mal-estar emocional, sendo mais provável o aparecimento de quadros de amplificação dolorosa ou de sintomas resistentes à escalada terapêutica, como equivalentes de doença mental. Estas queixas somáticas apresentam geralmente um padrão de longa data, apontando para um funcionamento psicossomático, acompanhado por manifestações familiares de ansiedade, hiperprotecção e somatização. A intervenção psiquiátrica ganha, pois, particular relevância, oferecendo o tratamento necessário para o quadro psicopatológico em instalação.

Não obstante as dificuldades citadas, os quadros pedopsiquiátricos são altamente prevalentes nesta população. Os dados epidemiológicos apontam como diagnósticos mais frequentes os quadros depressivos, de ajustamento, de ansiedade e, em fases de maior gravidade da doença, o *delirium* pediátrico<sup>7,12</sup>.

### *Particularidades do tratamento*

A intervenção psicofarmacológica em CPP deve ser equacionada de acordo com o quadro sintomático, a doença somática de base e considerando as particularidades do doente.

Em doentes com doença crónica complexa que se encontram polimedicados, as interações medicamentosas assumem uma importância que habitualmente não está presente na prática clínica em ambulatório, implicando uma necessária discussão das opções psicofarmacológicas com os pediatras da Equipa de Cuidados Paliativos. Também as limitações na função renal ou hepática associadas à doença de base devem ser equacionadas como fator decisor na escolha do fármaco, tendo em conta o seu perfil farmacocinético<sup>18</sup>.

Em CPP, os psicofármacos podem ainda ser pensados como opções terapêuticas para o controlo sintomático de sintomas orgânicos. Os fármacos antidepressivos, por exemplo, têm efeitos antiálgicos devido ao carácter multifatorial que define a dor, oferecendo uma sinergia no controlo deste

sintoma<sup>14</sup>. A dispneia pode igualmente beneficiar de tratamento com benzodiazepinas, dada a componente ansiosa associada aos episódios de dispneia.

Na população de doentes acompanhada em CPP o prognóstico é outro dos fatores que deve ser tido em consideração na escolha do fármaco. Este fator ganha particular relevância na terapêutica com fármacos antidepressivos, pensando no tempo necessário para o início do efeito terapêutico (4 a 8 semanas) e no perfil de efeitos adversos inicial<sup>19-20</sup>. Para responder a esta limitação, tem sido investigado, no *San Diego Hospice*, um hospital especializado em cuidados paliativos, alternativas mais rápidas para o tratamento de depressão em doentes graves ou terminais. Tem sido testada uma terapêutica com quetamina ou alternativamente com metilfenidato, estando descritos na literatura resultados positivos na remissão rápida dos sintomas depressivos, sem praticamente efeitos adversos<sup>19-20</sup>. São, no entanto, necessários mais estudos para melhor caracterizar o mecanismo de ação destes fármacos nestas situações. Não foram encontrados estudos com aplicação em população pediátrica.

## CONCLUSÃO

A pedopsiquiatria paliativa é uma área emergente, sendo escassa a literatura publicada sobre o tema até à data. A inclusão de um pedopsiquiatra numa equipa de cuidados paliativos pediátricos prevê a existência de uma abordagem diagnóstica e terapêutica especializada e adaptada às situações clínicas de cada caso. Têm sido desenvolvidos modelos de atuação e de colaboração entre o Pedopsiquiatra e a Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos que procuram responder às necessidades do doente pediátrico paliativo e à especificidade da doença mental neste contexto. Nas vinhetas clínicas em análise, a intervenção da pedopsiquiatria foi necessária para o tratamento da sintomatologia psiquiátrica e melhoria do bem-estar e da qualidade de vida do doente e da sua família. Não obstante, dada a escassez de orientações clínicas e de investigações nesta área da medicina, são necessários mais estudos para uma melhor caracterização da psicopatologia e das intervenções psicofarmacológicas e psicoterapêuticas a instituir nesta população.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> *A guide to the development of children's palliative care services.* (2009). Disponível em <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/a-guide-to-childrens-palliative-care/>

- 2 Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). *Cuidados paliativos pediátricos – Relatório*. Disponível em <https://www.apcp.com.pt/grupo-de-apoio-pediatria/relatorio-do-grupo-de-trabalho-para-os-cuidados-paliativos-pediatricos.html>
- 3 Huff, S. (2009). *Standards of practice for pediatric palliative care and hospice*. National Hospice Palliative Care Organization, Alexandria VA. Disponível em <https://www.nhpc.org>
- 4 American Academy of Pediatrics. (2013). Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations. Section on Hospice and Palliative Medicine and Committee on Hospital Care. *Pediatrics*, 132(5), 966-972.
- 5 Lei n.º 52/2012. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/174841/details/maximized>
- 6 Portaria 6/2018, 6 de março. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/114822275/details/maximized?serie=I&day=2018-03-06&date=2018-03-01>
- 7 Irwin, S., & Ferris, F. (2008). The opportunity for psychiatry in palliative care. *Can J Psychiatry*, 53, 713-724.
- 8 Fairman, N., & Irwin, S. (2013). Palliative care psychiatry: Update on an emerging dimension of psychiatric practice. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 374.
- 9 American Psychiatry Association Board of Trustees. (2001). *Position statement on the core principles for end-of-life care*. American Psychiatric Association, Arlington, VA2001.
- 10 Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (2016). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.). Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- 11 Knapp, C., Madden, V., Button, D., Brown, R., & Hastie, B. (2010). Partnerships between pediatric palliative care and child psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 423-437.
- 12 Buxton, D. (2015). Child and adolescent psychiatry and palliative care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(10), 791-793.
- 13 Muriel, A., Wolfe, J., & Block, S. (2016). Pediatric palliative care and child psychiatry: A model for enhancing practice and collaboration. *Journal of Palliative Medicine*, 19(10), 1032-1038.
- 14 Maso, D., Martini, M., & Cahen, L. (Work Group on Quality Issues). (2009). Practice parameter for the psychiatric assessment and management of physically ill children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 48(2), 213-233.
- 15 Hirst, J. (2011). The psychiatrist's role on the pediatric palliative care team: Improving quality of life of patients and their families. *The Psychiatric Times*, 28(10), 29-33.
- 16 Julião, M., & Barbosa, A. (2011). Depressão em cuidados paliativos – Prevalência e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 807-818.
- 17 Huey, S., Guan, C., Gill, S., & Hui, K. (2018). Core symptoms of major depressive disorder among palliative care patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1758.
- 18 Muckaden, M., & Goswami, M. (2013). Pediatric palliative care: Theory to practice. *Indian Journal of Palliative Care*, S52-S60.
- 19 Jancin, B. (2012). Psychostimulants, ketamine improve depression quickly in hospice patients. *Clinical Psychiatry News*.

- <sup>20</sup> Irwin, S., & Iglewicz, A. (2013). Oral ketamine for the rapid treatment of depression and anxiety in patients receiving hospice care. *Journal of Palliative Medicine*, 13, 903-908.

## ABSTRACT

*According to the World Health Organization, Pediatric Palliative Care (PPC) is aimed at children with life-threatening diseases and includes physical, emotional, social and spiritual elements. Children and adolescents who are diagnosed with a potentially life-threatening illness are at increased risk of developing a mental disorder or worsening underlying psychopathology. For the holistic treatment of these patients, it is crucial that mental health issues are systematically addressed in order to improve their well-being and overall functioning. This paper intends to discuss the specificities of the work of a Child and Adolescent Psychiatrist with children/adolescents and families in the field of PPC. Starting with the presentation of two clinical vignettes, a review of the literature on scientific articles published on PubMed between 2009 and 2019, using the keywords "Pediatric Palliative Care" and "Child and Adolescent Psychiatry" was performed. Palliative psychiatry is an emerging field, with a scarce amount of publications on the topic to date. The research on adult palliative populations has clearly revealed the high prevalence of psychiatric disorders requiring targeted therapy. In the clinical vignettes under analysis, child psychiatric intervention was needed, in order to guarantee the well-being of the patient and family. However, given the scarcity of clinical guidelines and research in this field of medicine, further studies are needed to better characterize psychopathology and therapeutic interventions in this population.*

*Key words:* Pediatric Palliative Care, Liaison Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatry.