

# **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria**

Nº 35

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA



**DIRETOR**

Maria Luís Borges de Castro

**COMISSÃO REDATORIAL**

Augusto Carreira

Catarina Cordovil

Filipa Ferreira

Neide Urbano

Pedro Pires

Raquel Quelhas de Lima

Sara Pedroso

**CONSELHO DE REDAÇÃO**

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

**EDITOR**

Associação Portuguesa de Psiquiatria da  
Infância e da Adolescência (APPIA)

**CORRESPONDÊNCIA**

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

**FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO**

ISPA – Instituto Universitário

## Editorial

*Pedro Pires* p. 5

**ARTIGOS**

Saúde Mental da Infância e Adolescência –  
Colaboração entre Cuidados de Saúde  
Primários e Secundários

*Ana Luísa Guiomar & Pedro Pires* p. 7

A realidade da consulta hospitalar de pediatria  
– Manifestações da problemática psicossocial

*Rosário Amaral & Teresa Martins* p. 21

Depressão materna e psicopatologia na  
primeira infância  
– Classificação diagnóstica DC:0-3R

*Sara Almeida, Filipa de Castro,  
Ana Mendes, & Pedro Pires* p. 31

Reflexões sobre uma intervenção terapêutica  
de grupo para crianças com alterações do  
comportamento no contexto da Área de Dia

*Rosa Esquina, Inês Figueiredo,  
Patricia Silva, Margarida Alves,  
& Pedro Pires* p. 53

A patologia borderline na criança –  
Apresentação de um caso de uma criança  
de 8 anos

*Ana Veríssimo & Inês Figueiredo* p. 71

Intervenção psicoterapêutica em grupo de  
adolescentes

*Isabel Carvalho, Isadora Pereira,  
Paula Zaragoza, Vera Ramos,  
& Pedro Pires* p. 91

Normas de Publicação p. 105



*“Os mestres são os que acreditam no valor da relação humana, no florescer das ideias que são mito, e que sabem viver na floresta do conhecimento (...). Os mestres são modelos, modelos de disponibilidade. Ser ou estar disponível é ter uma vida interior que se organize em termos de deixar espaço para a sensibilidade e para a sabedoria dos outros. O encontro não é só obra do acaso, é também obra da disponibilidade recíproca daqueles que se encontram. O encontro depende da convicção do que de perene existe nos nossos semelhantes.”* (João dos Santos, Ensaaios sobre Educação II)

É com a memória do pensamento do mestre, avivada de modo particular neste ano comemorativo do centenário do seu nascimento, que a Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria assinala a festa desse especial e pessoal (re)encontro com João dos Santos. Escolhemos duas homenagens, que consideramos muito simbólicas da sua obra e da concepção da pedopsiquiatria: o presente número da revista, com artigos que traduzem a variedade da atividade clínica de uma equipa de saúde mental infantil e juvenil nos tempos atuais, a Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Garcia de Orta que comemora os seus 10 anos de existência; e a organização do XV Colóquio da Revista sobre o tema: “Transculturalidade. No limite do normal à psicopatologia na infância e na adolescência”, mantendo-se o que consideramos serem legados de João dos Santos: a importância do aprofundamento dos conhecimentos sobre a psicopatologia para a compreensão e tratamento das crianças e adolescentes em sofrimento; e a reflexão conjunta de diferentes áreas do saber nomeadamente e neste Colóquio: a saúde mental, o direito, a sociologia, a comunidade social.

Esperando que a nossa contribuição seja enriquecedora e estimule a continuação do projeto de João dos Santos para a saúde mental infantil e juvenil em Portugal, terminamos com as suas palavras:

*“Se o trabalho de grupo constitui uma espécie de escola permanente, poderá concluir-se que a preparação do técnico de saúde mental nunca está terminada”.* (João dos Santos, citado em “Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos” de M. E. Carvalho e Branco)

Então, ao trabalho...

*Pedro Pires*

# SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – COLABORAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS

---

Ana Luísa Guiomar \*  
Pedro Pires \*\*

## RESUMO

*Os dados epidemiológicos da Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência mostram que 20% das crianças apresentam sinais e sintomas que constituem uma perturbação mental segundo a DSM-IV, 7% dos quais com disfunção grave. O trabalho de colaboração entre os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários com os Cuidados Secundários e outros técnicos constitui-se como um modelo fundamental para uma melhor resposta para as necessidades da população em saúde mental. O papel dos Cuidados Primários situa-se sobretudo na promoção de estilos de vida saudáveis, nos cuidados antecipatórios e possibilidade de intervenção em momentos “chave” da vida, bem como na deteção precoce de psicopatologia.*

*Com este artigo pretende-se realçar a importância da cooperação entre Cuidados de Saúde Primários e Secundários dando como exemplo o trabalho desenvolvido entre o Agrupamento de Centros de Saúde de Almada e Seixal e a Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Garcia de Orta.*

*Palavras-chave:* Cuidados Saúde Primários. Cuidados Saúde Secundários. Saúde Mental Infância e Adolescência. Organização Serviços Saúde Mental.

---

\* Interna do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar, USF Servir Saúde – Corroios, ACES Almada e Seixal.

\*\* Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Coordenador da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta.

## **A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

O suicídio é a segunda causa de morte nos jovens em Portugal (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, 2013)<sup>(1)</sup>, e as perturbações psiquiátricas (depressão, esquizofrenia e alcoolismo) são as maiores causas de incapacidade em todas as regiões do mundo (Organização Mundial de Saúde, 2004)<sup>(2)</sup>. Os dados epidemiológicos da Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência mostram que 20% das crianças apresentam sinais e sintomas que constituem uma perturbação segundo a DSM-IV, 7% com disfunção grave<sup>(3)</sup>. Entre os adultos com perturbações psiquiátricas 75% afirmam ter sintomas significativos que se iniciaram na infância ou adolescência<sup>(3)</sup>. Porém os trabalhos epidemiológicos já realizados evidenciam que apenas uma percentagem muito baixa de crianças e adolescentes recebe o tratamento necessário (1/3 segundo estudos realizados na Holanda<sup>(4)</sup>, 1/5 segundo relatório do Diretor Geral da Saúde dos Estados Unidos, em 2001<sup>(5)</sup>). Quando o diagnóstico não é efetuado precocemente, aumenta o risco de vulnerabilidade psíquica resultando em perda de produtividade económica e aumento dos custos para a sociedade na idade adulta<sup>(3)</sup>. Apesar desta realidade, verifica-se que a maioria do investimento económico e das políticas governamentais são desproporcionalmente dirigidas à população adulta.

A OMS recomenda uma intervenção realizada nos cuidados de saúde primários uma vez que adotam uma abordagem holística, têm um conhecimento profundo da dinâmica familiar e encontram-se próximos da comunidade. Neste contexto também será possível ultrapassar a desigualdade do acesso aos cuidados<sup>(2)</sup>.

O papel mais relevante dos Cuidados Primários situa-se no plano da prevenção através da promoção de estilos de vida saudáveis, cuidados antecipatórios e possibilidade de intervenção em momentos “chave” da vida. Outras vantagens associadas aos Cuidados Primários são a menor estigmatização e discriminação, e menores custos económicos. Por outro lado, existem também desvantagens como o nível de formação dos profissionais dos cuidados de saúde primários na área da saúde mental; a baixa utilização dos serviços pelos jovens; e o excesso de trabalho nos Centros de Saúde, com menor disponibilidade de tempo para uma atitude de escuta e compreensão das dificuldades emocionais dos pacientes e famílias<sup>(2)</sup>.

As intervenções são tanto mais eficazes quanto mais precocemente forem desenvolvidas. A nível preventivo primário, devem ser dirigidas prioritariamente aos períodos da gravidez, perinatal e da primeira infância. Como



programas de intervenção importantes, destacam-se projetos de apoio domiciliário a mães de elevado risco com o objetivo de promover ajuda na parentalidade e desenvolvimento pessoal, incluindo o tratamento precoce de mães com depressão pós-natal para minorar os efeitos negativos da depressão na relação mãe-bebé e no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança<sup>(6)</sup>.

Segundo Garralda e colegas<sup>(6)</sup>, as principais queixas do foro da saúde mental nos cuidados de saúde primários prendem-se sobretudo com as alterações de comportamento nas suas diferentes expressões como por exemplo as condutas de oposição e os comportamentos de agressividade. Os sinais de alerta mais frequentes nos cuidados primários são: sintomas funcionais persistentes (enurese, alterações do sono, perturbações do comportamento alimentar), queixas físicas frequentes e incapacitantes para a vida diária e sem evidência clínica ou através de exames complementares de diagnóstico de patologia orgânica, dificuldades de socialização e pais com patologia mental. Os principais fatores de risco envolvidos e habitualmente detetados nas consultas são o *stress* familiar e psicossocial (desemprego, problemas maritais e/ou mentais dos pais, condições socioeconómicas desfavoráveis e elevados níveis de stress dos pais em relação à parentalidade).

Em Portugal, no âmbito da divulgação da saúde mental da infância e da adolescência, salientam-se a publicação pelo Ministério da Saúde das “*Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*”<sup>(7)</sup>, da iniciativa da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (atualmente extinta), e a criação de “*Folhetos de Saúde Mental da Infância e Adolescência*”<sup>(8)</sup>, elaborado pela Direção Geral da Saúde em parceria com a Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Analisando a questão da prestação de cuidados em saúde mental da infância e adolescência na perspetiva dos especialistas, verifica-se em estudos em Inglaterra e nos EUA que o número de especialistas em saúde mental só consegue dar resposta a cerca de 10% dos casos (patologia mais grave)<sup>(3)</sup>. Por outro lado, observa-se que em 25% das consultas nos Cuidados de Saúde Primários, as crianças têm um problema psicológico associado à queixa que motivou a consulta e a maioria são observados nos Cuidados de Saúde Primários todos os anos<sup>(3)</sup>. Tendo em conta o escasso número de especialistas em Portugal, a reduzida capacidade formativa dos serviços e a recomendação de um rácio de psiquiatras da infância e da adolescência de 1 para 9000 crianças e adolescentes que se prevê ser atingido só em 2021<sup>(4)</sup>; conclui-se que grande parte dos cuidados de saúde mental têm atualmente de ser providos nos Cuidados Primários de Saúde por médicos de família, enfermeiros, psicólogos,

técnicos de serviço social e outros. Estes profissionais devem adquirir competência nesta área, através da formação e consultadoria. Na maioria dos casos impõe-se também uma articulação estreita com outras estruturas comunitárias, como as escolas e as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, CPCJ.

O desejável será o trabalho de colaboração entre os profissionais dos cuidados primários com os cuidados secundários. O programa da OMS: “*Mental Health Gap Action Program*” (mhGAP) pretende reforçar o comprometimento dos governos e Organizações Internacionais no financiamento e recursos humanos para programas dirigidos à patologia mental, com o objetivo de alcançar a maior cobertura populacional possível e promover as intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários. Na área da saúde mental infantil o programa prioriza a prevenção das alterações do comportamento, com uma identificação e intervenção iniciais nos cuidados primários e supervisão por especialistas em saúde mental<sup>(9)</sup>.

## **A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL**

A *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência*<sup>(4)</sup> considera prioritário identificar e avaliar os problemas psíquicos da população infanto-juvenil, planejar os serviços necessários ao seu tratamento, monitorizar e avaliar a qualidade e eficácia do seu desempenho. A nível nacional, têm sido restritos os trabalhos epidemiológicos e desta forma torna-se necessário aferir os estudos internacionais à nossa realidade<sup>(4)</sup>. No entanto, nos últimos anos em Portugal têm sido desenvolvidos esforços no sentido de colmatar as necessidades que existem na área da saúde mental da infância e da adolescência. Como aspetos mais positivos destacam-se a legislação e normas orientadoras favoráveis: o Decreto-Lei 35/99, revogado pelo Decreto-Lei 304/2009, o qual estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental; a Circular Normativa nº 6/DSPSM da Direcção-Geral da Saúde, de 17/06/2005, que estabelece estes princípios para a saúde mental da infância e da adolescência; a criação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) por resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, com proposta de um modelo organizacional estruturado dos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência a nível nacional; a organização dos Cuidados Continuados em

Saúde Mental, pelo D.L n°8/2010, D.L. 22/2011 e Portaria n°149/2011, com a especificação das unidades e equipas prestadoras em cuidados continuados dirigidos à infância e adolescência; mais recentemente o Ministério da saúde divulgou *orientações decorrentes do impacto expetável da atual situação económica e financeira do país na saúde mental da população portuguesa*, com a indicação de “*desenvolver ações de reforço na área da Saúde Mental das Crianças, Jovens e Adolescentes, nomeadamente através da implementação plena da rede de cuidados em pedopsiquiatria*”<sup>(10)</sup>.

As estruturas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência em Portugal sustentam-se nos seguintes princípios: atendem a população dos zero aos 17 anos e 365 dias da área de referência do respetivo hospital; devem garantir a acessibilidade e equidade de acesso; os cuidados são prestados por departamentos, serviços ou unidades especializadas, através de equipas multidisciplinares (médico, enfermeiro, psicólogo, técnico de serviço social, terapeuta ocupacional, psicomotricista, terapeuta da fala, terapeutas para valências específicas); o trabalho das equipas deve envolver a articulação próxima com os Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas da comunidade, outras especialidades da idade pediátrica e psiquiatria geral.

Na atualidade verifica-se ainda uma grande assimetria na distribuição dos técnicos entre o litoral e o interior, o sul de Portugal Continental e a região autónoma dos Açores, com clara deficiência no número de técnicos nestas últimas. Salienta-se também a escassez de estruturas de cuidados terapêuticos mais diferenciados e específicos para a infância e adolescência, nomeadamente unidades de internamento (apenas existentes em Lisboa e no Porto) e hospitais de dia.

A organização do sistema de saúde português assemelha-se ao inglês, o qual tem desenvolvido um sistema organizativo na área da saúde mental que se baseia em 4 níveis de intervenção. No nível 1 encontram-se os profissionais cuja formação não é específica em saúde mental, i.e., os profissionais dos cuidados primários, pediatras, assistentes sociais e professores, que referenciam para um nível superior se necessário. No nível 2 encontramos os especialistas em saúde mental que não trabalham em equipa de saúde mental (p. ex., psicólogos escolares); o nível 3 é constituído pelas equipas multidisciplinares de saúde mental e o nível 4 é composto por serviços mais especializados (hospitais de dia, unidades de internamento). A interligação entre o nível 1 e os níveis 2/3 pode desenvolver-se de várias formas, de que são exemplo: as visitas domiciliárias coordenadas pelo Médico de Família (*GP – General Practitioner*) e o profissional de saúde mental; as consultas do especialista nos Centros de Saúde para observar pacientes selecionados; as sessões de discussão de temas

com os profissionais de saúde dos cuidados primários; ou as consultorias. Esta interligação tem como objetivos: reduzir as referências de patologia de gravidade ligeira, encorajar a referência de patologia mental grave e melhorar as competências dos médicos de família (GP's) na deteção e intervenção na doença mental<sup>(11)</sup>.

### **UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA**

A Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do H.G.O. foi criada em 2003 com a coordenação e chefia da Dr.<sup>a</sup> Isabel Brito, existindo até então apenas uma consulta da especialidade. A Unidade presta cuidados especializados à população da área de influência do Hospital, concelhos de Almada e Seixal, e até Abril de 2013 também ao concelho de Sesimbra, num total de 381.799 habitantes (concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, Censos 2011). A equipa assistencial residente é constituída por 4 médicos especialistas em psiquiatria da infância e da adolescência, 4 técnicos de psicologia, uma assistente social (8 horas/semana), uma educadora de infância (5horas/semana).

A Unidade está integrada no Serviço de Pediatria e desenvolve uma articulação interna através de reuniões de consultoria a diferentes Unidades do Serviço (pediatria geral, pediatria da adolescência, neuropediatria, pediatria do desenvolvimento, núcleo hospitalar de apoio à criança e jovem em risco) e a outros serviços hospitalares nomeadamente de Psiquiatria e Obstetrícia (consulta de diagnóstico pré-natal). No âmbito hospitalar é também desenvolvido um trabalho de ligação com as Unidades de Internamento do Serviço de Pediatria (pediatria geral, pediatria cirúrgica, neonatologia, cuidados intensivos pediátricos) e com a Unidade de Internamento do Serviço de Obstetrícia (grávidas e puerpério). Paralelamente, a Unidade desenvolve uma articulação estreita com algumas estruturas da comunidade tendo privilegiado, desde o início, a relação com os Cuidados de Saúde Primários, através de reuniões conjuntas regulares com todos os Centros de Saúde da sua área de influência. A Unidade tem desenvolvido uma atividade assistencial variada e com as adaptações que têm sido consideradas necessárias para melhorar a eficácia das intervenções. Nestas, destacam-se as consultas médicas e de psicologia, com privilégio para as psicoterapias, e as intervenções em grupo através dos projetos da Área de Dia para crianças na idade da latência e os grupos de adolescentes.

Para melhor conhecimento da realidade clínica da população atendida na Unidade, considerámos exemplificativo a apresentação de alguns dados da casuística referente ao ano de 2012.

Para um total de 723 crianças e adolescentes atendidos no ano de 2012, marcaram-se 7219 consultas das quais 439 corresponderam a marcações de primeiras consultas.

Numa perspetiva longitudinal e acompanhando a casuística que a Unidade vem realizando de forma mais estruturada desde há 5 anos, salientamos algumas tendências que consideramos relevantes:

- aumento crescente do nº de pedidos de consulta. Os motivos dos pedidos de consulta encontram-se na Tabela I, mantendo-se as alterações de comportamento como o principal sintoma que motiva a orientação para uma consulta de especialidade;
- aumento da idade da população das consultas (Figura 1). Em 2011 pela 1ª vez predomínio das idades >12 anos e em 2012 esta faixa etária correspondia já a 64% (em 2008 eram 47%). Deixou de existir o habitual pico das idades entre os 6-8 anos. Parece-nos que este predomínio da adolescência se deve não só ao alargamento da idade pediátrica mas também à gravidade dos quadros clínicos com conseqüente tendência para a cronicidade. A Figura 2 espelha bem a cronicidade das patologias em psiquiatria da infância e adolescência, sobretudo num contexto hospitalar;
- mais pedidos pelas CPCJ e Tribunais / EMAT (de 5% em 2008 para 8%) (Tabela II);
- predomínio claro e mais acentuado do diagnóstico das perturbações do comportamento, segundo DSM IV – TR (Tabela III);
- aumento do diagnóstico das perturbações do humor e diminuição das perturbações de ansiedade (Tabela III);
- maior nº de casos com envolvimento de CPCJ e Tribunais (Tabela IV);
- aumento da gravidade dos quadros clínicos, traduzida pela elevada comorbilidade e possivelmente também pela necessidade de maior intervenção psico-farmacológica (de 36% em 2008 para 47%) (Tabela IV);
- aumento do nº de casos com intervenção familiar e em psicoterapia (p. ex. nas perturbações de humor duplicou o nº de crianças em psicoterapia desde 2008) (Tabela IV);
- maior nº de consultas por técnico, pela ausência de mais recursos humanos face ao aumento das necessidades.

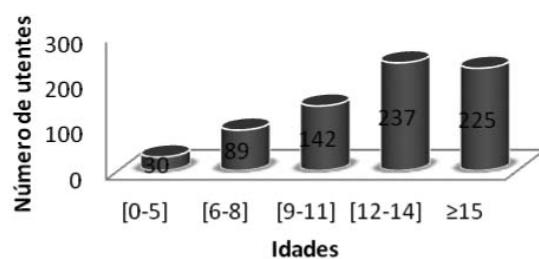
**TABELA I**

*Motivos dos pedidos de consulta*

Motivo do pedido	Alterações relação mãe-bebé	1%
	Alterações do sono	3%
	Queixas somáticas	4%
	Alterações do comportamento alimentar	3%
	Queixas depressivas	9%
	Risco/Tentativa de suicídio	3%
	Delírios/alucinações	2%
	Maus tratos	1%
	Dificuldades na adaptação à doença crónica	2%
	Dificuldades de aprendizagem	7%
	Alterações de comportamento	46%
	Isolamento/alheamento	4%
	Rituais obsessivos	1%
	Ansiedade e medos	8%
	Outras situações	6%

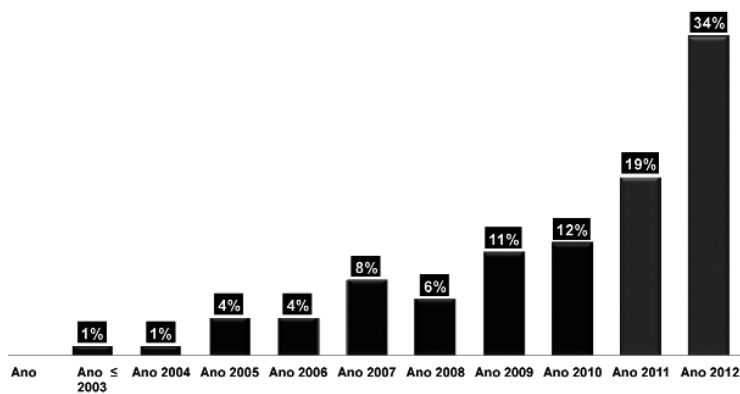
**FIGURA 1**

*Idades dos utentes da Unidade em 2012*



**FIGURA 2**

*Início do seguimento na Unidade*



**TABELA II***Origem do pedido*

Centros de Saúde	38%
Iniciativa própria	11%
Consulta de desenvolvimento e neuropsiquiatria	9%
Outros hospitalares	9%
Tribunal/CPCJ/Instituições	8%
Consulta de pediatria geral	7%
Interna/ e s. urg. de pediatria HGO	5%
Privado	5%
Outros serviços HGO	3%
Escolas	3%
Consulta de pediatria da adolescência	2%

**TABELA III***Cinco principais diagnósticos do eixo I (n= 723)*

Diagnósticos Eixo I:	Nº
Pert. disruptivas do comportamento	278
Pert. do Humor	90
Problemas relacionais pais-filhos	75
Pert. Ansiedade	64
Pert. globais do desenvolvimento	34

**TABELA IV***Tipo de intervenção (n= 723)*

Intervenção familiar	619
Consulta psiquiátrica de seguimento	571
Psicofarmacologia	310
Psicoterapia/consulta psicológica de seguimento	264
Intervenção escolar	158
Avaliação psicológica	142
Intervenções realizadas na comunidade	110
Relatório pedopsiquiátrico	95
Relatório psicológico	76
Terapia de grupo	43
Consulta de ligação	36
Tribunal/EMAT	32
CPCJ	29
Intervenção em crise	21
Intervenção do Serviço Social	17
Terapia familiar	10

## **MODELO DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO H.G.O.**

O modelo de articulação com os Cuidados de Saúde Primários tem sido trabalhado e aperfeiçoado por ambas as estruturas logo desde o início da constituição da Unidade, no sentido de ser criada uma dinâmica o mais eficaz possível na referenciação de novos pedidos, na maximização dos recursos existentes na comunidade e elaboração de estratégias de intervenção conjuntas. O modelo definido baseou-se na experiência de outras unidades em particular no modelo de articulação entre a área de pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia e a região de saúde do Algarve, modelo também salientado como uma boa prática no *Relatório de Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007 – 2016*<sup>(12)</sup>. A sua particularidade consiste na criação de Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil e da Adolescência (G.A.S.M.I.A.) nos Centros de Saúde, os quais se constituem como interlocutores privilegiados na articulação com as equipas hospitalares de psiquiatria da infância e da adolescência.

O G.A.S.M.I.A. é constituído por profissionais dos Centros de Saúde:

- Psicólogo Clínico;
- Médico de Medicina Geral e Familiar / Saúde Pública;
- Pediatra;
- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental / Infantil / Saúde Pública;
- Técnico Superior de Serviço Social.

O Grupo assim constituído deve integrar, quando possível, nas suas ações o Médico de Família de cada utente referenciado e agir de forma mais autónoma no caso de utentes sem Médico de Família, onde, contudo tentar-se-á sempre que possível integrar o Médico que concretiza a referência.

O G.A.S.M.I.A. tem as seguintes funções:

- Triagem de pedidos efetuados pelos Médicos de Família ou Escolas;
- Avaliação de situações e casos clínicos que apresentem sintomatologia do foro da Saúde Mental;
- Atendimento e seguimento de casos em função dos critérios de referenciação dos profissionais do G.A.S.M.I.A. para as suas atividades específicas, bem como dos casos propostos pela Unidade de Psiquiatria da Infância e



da Adolescência em função dos critérios de referenciação estabelecidos e previamente discutidos;

- Deteção e referenciação de casos prioritários;
- Articulação e parceria com estruturas da comunidade: Serviços Sociais, Escolas, Jardins de Infância; Tribunais, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, Instituições de Acolhimento, Centros de Atendimento a Toxicodependentes e Projectos de Intervenção Psicossocial.

De referir que o psicólogo do Centro de Saúde, como técnico especializado em saúde mental, é um elemento-chave para o bom funcionamento desta articulação.

Neste âmbito, as funções da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência são:

- Formação de técnicos dos Cuidados de Saúde Primários direccionada àqueles que desenvolvam atividades que se relacionem com a saúde mental da criança e do adolescente, capacitando-os para desenvolver as suas atividades quer isoladamente quer em equipa;
- Consultadoria de casos clínicos e/ou situações no âmbito da saúde mental da criança e do adolescente que sejam ou venham a ser objecto de intervenção do G.A.S.M.I.A.;
- Assistência direta na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência dos casos clínicos que preenchem os critérios de referência para a Unidade e após avaliação pelo G.A.S.M.I.A.

Este modelo, que está em funcionamento desde 2008, tem-se mostrado bastante enriquecedor do ponto de vista técnico e humano e eficaz, tendo-se assistido a uma redução do nº de pedidos aquando do seu início efetivo e a uma melhor referenciação clínica. As reuniões conjuntas têm tido uma periodicidade bimestral com todos os Centros de Saúde que compõem o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Almada, Seixal e Sesimbra (até Abril 2013). Consideramos que todo o trabalho desenvolvido a montante dos cuidados hospitalares contribui decisivamente para um melhor funcionamento de ambas as estruturas porque consegue hierarquizar o acesso aos cuidados de acordo com as necessidades.

## CONCLUSÕES

Com este artigo pretende-se realçar a importância da cooperação dos Cuidados de Saúde Primários e Secundários na promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental infantil e juvenil. Nesta interligação parece ser benéfica a existência de sessões de formação e a consultadoria. Considera-se fundamental o desenvolvimento de uma cultura de abertura das respetivas instituições para o exterior, e a existência de uma postura de real parceria com o reconhecimento das mais-valias e conhecimentos técnico-científicos de cada parceiro. Torna-se, por isso, indispensável continuar a divulgar e sobretudo a reforçar as especificidades da saúde mental da infância e da adolescência, sobretudo o seu carácter preventivo em relação à doença mental na idade adulta. Todo o investimento na infância é um investimento no futuro de um país.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) D.G.S. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- (2) Servili, C. (2012). An International Perspective on Youth Mental Health: The Role of Primary Care and Collaborative Care Models. *J Can Acad Adolesc Psychiatry*, 21(2), 127-129.
- (3) Tolan, P.H., & Dodge, K.A. (2005). Children's Mental Health as a Primary Care and Concern: A System for Comprehensive Support and Service. *Am Psychol*, 60(6), 601-614.
- (4) Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Ministério da Saúde.
- (5) Relatório Mundial da Saúde. (2002). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Ministério da Saúde.
- (6) Kramer, T., & Garralda, M.E. (2000). Child and adolescent mental health problems in primary care. *Adv Psychiatr Treat*, 6, 287-294.
- (7) Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Ministério da Saúde.
- (8) Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Folhetos de Saúde Mental da Infância e Adolescência*. Ministério da Saúde. Retirado de [www.saudemental.pt/saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia](http://www.saudemental.pt/saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia)
- (9) Mental Health Gap Action Program. (2008). *Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. World Health Organization.
- (10) Ministério da Saúde. *Ministro reforça medidas na saúde mental*. Retirado de [www.portaldasauade.pt](http://www.portaldasauade.pt), Comunicado de Imprensa publicado em 21.6.2013

- (11) York, A., Lamb C. (2005). *Building and sustaining specialist child and adolescent mental health services*. Royal College of Psychiatrists, National Health Service, U.K.
- (12) Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório de Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Ministério da Saúde.

### ABSTRACT

The epidemiological data from American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, shows that 20% of children present signs and symptoms that establish a disturbance according to DSM-IV, 7% of which with serious dysfunction.

Due to the lack of mental health specialists, there is not a complete reply to the needs; therefore the collaboration work among the primary and secondary care professionals and other technicians becomes fundamental.

The primary care role is based mainly on promoting a healthy life style, anticipating care and the possibility of intervention in life's "Key" moments, as well as pre detection psychopathology.

With this article we intend to emphasize the importance of the cooperation between primary and secondary health caretaking as an example the work developed by the Primary care professionals of Almada and Seixal with the child and adolescent psychiatry unity at Garcia da Orta Hospital.

*Key-words:* Primary Care. Secondary Care. Child and Adolescent Mental Health. Mental Health Services Organization.



# A REALIDADE DA CONSULTA HOSPITALAR DE PEDIATRIA

## MANIFESTAÇÕES DA PROBLEMÁTICA PSICOSSOCIAL \*

Rosário Amaral \*  
Teresa Martins \*\*

### RESUMO

*Introdução: Os motivos de recurso aos cuidados de saúde em idade pediátrica modificaram-se nas últimas décadas. A abordagem das manifestações da problemática psicossocial é actualmente um desafio frequente no quotidiano do Pediatra Geral.*

*Objectivo: Caracterizar as manifestações da problemática psicossocial diagnosticadas nas primeiras consultas decorridas na Consulta de Pediatria Geral do Hospital Garcia de Orta de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2011.*

*Materiais e Métodos: A base de dados da Consulta foi usada para identificar as crianças com manifestações da problemática psicossocial. Foram revistos os processos clínicos destas crianças. As variáveis de estudo foram: sexo, idade, proveniência do pedido de consulta, motivo da referência, e diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (ICD-9) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR).*

*Resultados: No período de 3 anos estudado, foram efectuadas 3108 primeiras consultas. A maioria dos pedidos foi referenciada pelos seus médicos assistentes. Foram diagnosticadas manifestações da problemática psicossocial em 513 crianças (16%). Foram diagnosticados problemas de eliminação em 157, má progressão ponderal de causa não orgânica em 141, alterações da linguagem em 88, problemas de aprendizagem em 50, alterações disruptivas do comportamento*

\* Comunicação proferida no XXIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Maio 2012, Almada.

\*\* Chefe de Serviço de Pediatria, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

\*\*\* Interna de Pediatria Médica, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

em 31, alterações do sono em 22, ansiedade em 6 e comportamentos repetitivos em 4.

*Conclusões: Os resultados do nosso estudo evidenciam a importância do trabalho em equipa através da triagem, da discussão clínica, e da referência à Pedopsiquiatria e a outras especialidades. Esta cooperação entre técnicos tem-se revelado fulcral para a concretização de melhores resultados na abordagem e orientação das manifestações da problemática psicossocial na criança.*

*Palavras-chave:* Consulta externa hospitalar. Pediatria Geral. Manifestações psicossociais. Alterações de comportamento.

## INTRODUÇÃO

A individualização da Pediatria enquanto especialidade e o seu percurso histórico têm vindo a acompanhar a estruturação e evolução do próprio conceito de infância, da organização das famílias e do ambiente cultural e social<sup>(1)</sup>. A constatação das particularidades e da importância dos primeiros anos de vida conduziu ao reconhecimento da população infantil como uma população distinta com necessidades próprias, que ao longo do século XX se consolidou e atravessou fronteiras<sup>(2)</sup>. Nas últimas décadas, assistimos a uma modificação dos problemas de saúde na infância, ilustrativa da influência determinante das políticas sociais na saúde pública e nos padrões epidemiológicos de uma população.

Em Portugal, diversas medidas contribuíram para a melhoria das condições higieno-sanitárias da população a par da reestruturação dos serviços prestadores de cuidados de saúde existentes. A criação do Serviço Nacional de Saúde (1979), que tornou possível o acesso generalizado da população a estes cuidados, e a introdução do Programa Nacional de Vacinação (1965) contribuíram para a diminuição da incidência da patologia infecciosa, modificando-se as causas principais de mortalidade e morbilidade na população infantil.

O surgimento dos métodos contraceptivos tornou possível o controlo da natalidade e o planeamento das famílias, levando a importantes alterações demográficas e simultaneamente à modificação do papel da mulher, na família e na sociedade, emergindo novos padrões culturais em torno da condição feminina. A redução do número de filhos por família originou uma maior valorização e investimento nos filhos. Neste enquadramento, as expectativas que recaem sobre a criança exacerbaram-se, as suas *performances* têm que ser esplêndidas.

*A “infecção” agora é outra, está dentro da dinâmica relacional da família...*

A dinâmica intra-familiar e da família na sociedade assume uma importância determinante na evolução das competências da criança. Nos últimos tempos, tem ocorrido uma evolução acentuada da família, com modificações do próprio modelo familiar com repercussão sobre os papéis e funções dos elementos da família, conduzindo à criação de novos quadros referenciais da criança. Houve também alterações da sua vida social e outros agentes passaram a ser referências importantes no seu desenvolvimento. Na sociedade actual, a criança reparte muitas vezes o seu tempo entre a casa da mãe, do pai e dos avós. Passa muito tempo fora do ambiente familiar, na creche, no jardim-de-infância ou na escola. Numa sociedade em que as famílias alargadas com diversas gerações são cada vez menos, as creches ou jardins-de-infância podem preencher essa lacuna oferecendo à criança um ambiente acolhedor, estimulante e familiar.

A multiplicidade de modelos, quase sempre enriquecedora, pode no entanto conduzir a práticas de cuidar e de educar inconsistentes e contraditórias, ou demasiado tolerantes e permissivas. Por outro lado, os contextos em que se insere a criança são por vezes hostis, deficitários, ou violentos. Em condições adversas, o desenvolvimento da criança perturba-se, mais ou menos intensamente. Surgem desde quadros transitórios, de gravidade variável, até sintomatologia persistente reveladora de uma desorganização estrutural.

Um ambiente de violência leva a que os mecanismos homeostáticos da criança sejam fortemente prejudicados havendo alteração de estruturas neurológicas que se tornam mais reactivas, registando indelevelmente nelas memórias de acontecimentos traumáticos. Há pois uma distorção da maneira como se vê, como vê a vida e como perspectiva o futuro e tendência a perpetuar desregulações emocionais, com consequências na vida afectiva, comportamental e social. Coexistem repercussões no desenvolvimento cognitivo com diminuição da capacidade de aprendizagem.

*A criança, as funções orgânicas e a indissociabilidade bio-psíquica*

A imaturidade da criança e a prematuridade do seu desenvolvimento impedem a diferenciação entre as vivências corporais e emocionais pelo que toda a expressão do seu mal-estar se faz somaticamente. Na linha do seu desenvolvimento, treina o controlo do seu próprio corpo para atingir o controlo das emoções. Faz este treino repetidamente, até à exaustão, orientada pelo seu cuidador que reforça os comportamentos mais adequados e estimula a sua

autonomia. Por exemplo, a falha no controlo esfínteriano, ou das funções de eliminação, revela que há uma falha nessas capacidades de controlo do seu próprio corpo ou que houve um sobreinvestimento nessas mesmas funções.

A alimentação, para o bebé, corresponde a um prazer que nasce da sua necessidade de sobreviver, reduzindo tensões e criando a sensação de bem-estar. Ele integra a função alimentar numa dimensão relacional, reforçando os mecanismos de vinculação à mãe, resultando numa relação harmoniosa. Diversos factores podem comprometer esta harmonia, como por exemplo a depressão materna, a negligência, o *stress* físico e/ou emocional, a violência doméstica ou social, a carência económica, entre outros. A má progressão ponderal de causa não orgânica deve ser perspectivada num contexto multidimensional. Uma nutrição inadequada pode ser causada por uma “oferta” alimentar insuficiente por parte do cuidador ou por características temperamentais inerentes à própria criança. Ocorre frequentemente um ciclo vicioso de interação comportamental maladaptativa entre o cuidador e a criança<sup>(3)</sup>.

A linguagem na criança implica o desenvolvimento de competências neuromotoras e afectivas. A aquisição da linguagem pressupõe que esteja a desenrolar-se um processo de diferenciação entre a criança e o outro, havendo a necessidade de estabelecer uma ligação entre eles. Ela em si manifesta o emergir de uma vida psíquica e relacional. O seu atraso ou não aquisição é um sinal inquietante, podendo corresponder a uma perturbação grave do desenvolvimento e a uma perturbação relacional com falha na estimulação.

Assim, a diversidade das manifestações da problemática psicossocial relaciona-se com a idade e com a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, e inclui não apenas síndromes psicológicas específicas como também alterações das funções fisiológicas, do comportamento, da relação, do rendimento escolar. Estão demonstradas relações significativas entre a idade e o diagnóstico psicopatológico<sup>(4)</sup>. Na criança mais pequena, as manifestações tendem a traduzir-se em alterações das funções fisiológicas (alterações do sono, problemas de eliminação e alterações do comportamento alimentar) ou em comportamentos de desafio e oposição. A criança em idade escolar exprime as suas dificuldades através de desajustamentos relacionais, alteração do rendimento escolar, ou somatizações.

Segundo a OMS, a prevalência estimada dos problemas de saúde mental em idade pediátrica situa-se entre os 10 e os 20%. Muitas crianças têm atrasos na linguagem e noutras áreas que podem condicionar dificuldades de aprendizagem. Menos de metade das crianças com este tipo de problemas são identificadas em idade pré-escolar<sup>(5)</sup>.



No presente estudo, pretende-se caracterizar as manifestações da problemática psicossocial que motivam seguimento numa Consulta Hospitalar de Pediatria Geral, num período de 3 anos.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Realizou-se uma análise retrospectiva dos pedidos de consulta de recebidos pela Consulta de Pediatria Geral do Hospital Garcia de Orta (HGO) de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2011.

A Consulta de Pediatria é uma Consulta Referenciada organizada para responder, ao nível dos cuidados diferenciados, às necessidades de saúde da população infantil e juvenil da sua área de influência. É feita a triagem dos pedidos de consulta recebidos, através da qual estes são orientados para a Consulta de Pediatria Geral ou para as especialidades pediátricas, consoante o motivo de referência.

A área de influência do Hospital Garcia de Orta abrange os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, com um total de 381.799 habitantes, dos quais 59.963 (15,7%) são crianças e jovens com idade inferior a 15 anos (Censos 2011).

Os dados foram obtidos através da base de dados da Consulta de Pediatria Geral e da consulta do processo clínico em suporte informático (SAM<sup>®</sup>). A análise incidiu sobre as seguintes variáveis: sexo, idade, proveniência, motivo de referência e diagnósticos atribuídos na primeira consulta. A classificação diagnóstica foi realizada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ICD-9) e com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR).

Expõem-se mais detalhadamente as situações interpretadas como manifestações decorrentes da problemática psicossocial. Incluem-se: má progressão ponderal de causa não orgânica, problemas de eliminação (enurese e encoprese), alterações da linguagem, problemas de aprendizagem, comportamentos disruptivos (agressividade, birras e oposição), alterações do sono, ansiedade, alterações do comportamento alimentar (pica, ruminação e anorexia), comportamentos repetitivos.

## **RESULTADOS**

Do exterior, a Consulta de Pediatria recebeu, em média, 2727 pedidos de consulta por ano, no período em estudo. A tendência verificada é para o

aumento do número de pedidos. Na sua maioria, os pedidos são efectuados pelo médico assistente a nível dos Cuidados de Saúde Primários. A nível interno, a principal fonte de referência é a Urgência Pediátrica.

Foram realizadas 3108 primeiras consultas de Pediatria Geral (média 1036 por ano). No período analisado, as manifestações da problemática psicossocial motivaram 513 (16%) do total de primeiras consultas (Tabela 1).

**TABELA 1**

*Manifestações da problemática psicossocial.  
Número de casos diagnosticados por ano*

Manifestações da problemática psicossocial	2009	2010	2011	TOTAL	%
Problemas de eliminação	54	46	57	157	30
Enurese	34	33	39	106	
Encoprese <sup>1</sup> / Obstipação funcional com incontinência fecal associada <sup>2</sup>	20	13	18	51	
Má progressão ponderal de causa não orgânica	33	42	66	141	27
Alterações da linguagem	21	36	31	88	17
Problemas de aprendizagem	19	21	10	50	10
Alterações disruptivas do comportamento	8	12	11	31	6
Alterações do sono	9	7	6	22	4
Alterações do comportamento alimentar	5	3	3	11	2
Ansiedade	1	3	2	6	1
Comportamentos repetitivos	0	2	2	4	<1
Total	151	174	188	513*	

*Nota.* \* Correspondente a 16% do total de primeiras consultas efectuadas na Consulta de Pediatria Geral, durante o período em estudo; <sup>1</sup>>4 anos (DSM-IV); <sup>2</sup><4 anos (Critérios de Roma III).

Em 157 crianças foram diagnosticados problemas de eliminação. Identificaram-se 106 crianças com o diagnóstico de enurese (média 34 por ano), com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos (idade média de referência 8,6 anos). Verificou-se um predomínio do sexo masculino (66%). Em 73% dos casos tratava-se de enurese primária.

Identificaram-se 45 crianças com o diagnóstico de encoprese (média 15 por ano), com idades compreendidas entre 4 e 14 anos (idade média de referência 7,6 anos). Verificou-se um predomínio do sexo masculino (64%). Apenas uma criança apresentava um padrão não retentivo. O diagnóstico de

obstipação funcional com incontinência fecal associada, em crianças com idade inferior a 4 anos, foi atribuído a 6 crianças, 4 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, idade média de referenciação 2,3 anos.

Em segundo lugar, surge a má progressão ponderal de causa não orgânica. A má progressão ponderal de causa não orgânica constitui 75% do total de crianças com má progressão ponderal referenciadas à consulta. Foi atribuído este diagnóstico a 141 crianças (média a 47 por ano). Cento e uma crianças (72%) tinham idade inferior a 2 anos. A idade mediana de referenciação foi 18 meses (Q1-Q3 13-26 meses). Verificou-se uma tendência para o aumento do número de casos diagnosticados por ano.

As alterações da linguagem foram identificadas em 88 crianças. Em 50 crianças foram identificados problemas de aprendizagem. As alterações disruptivas do comportamento registaram-se em 31 crianças. Destas, 16 apresentavam comportamentos de desafio, oposição e birras, 14 agressividade e 1 mentiras frequentes. Vinte e duas crianças tinham alterações do sono, das quais 16 são alterações qualitativas. Onze crianças apresentaram alterações do comportamento alimentar (pica, ruminação ou anorexia nervosa), 6 crianças apresentaram sintomas de ansiedade e 4 comportamentos repetitivos.

## DISCUSSÃO

No nosso estudo salientamos o elevado número de consultas motivadas por manifestações da problemática psicossocial, ocupando o segundo lugar nos grupos diagnósticos definidos pelo diagnóstico principal atribuído, precedidas apenas pela patologia respiratória. No ano de 2011 ultrapassaram mesmo este grupo, com um total de 188 primeiras consultas (número de primeiras consultas por patologia respiratória: 179).

Os problemas de eliminação (enurese e encoprese ou obstipação funcional com incontinência fecal associada) foram os diagnósticos mais frequentes. Sublinhamos o impacto deste tipo de problemas na vida da criança e da família nos planos físico, psicológico, educacional e social, bem como a complexidade da sua abordagem que, em muitos casos, implica uma intervenção multidisciplinar.

Como principal limitação do estudo, os autores salientam a fonte de informação (base de dados da Consulta de Pediatria Geral) que permitiu identificar apenas os casos em que as manifestações da problemática psicossocial constituíram motivo de referenciação ou foram identificadas na

primeira consulta, não sendo possível apurar aqueles em que o diagnóstico possa ter sido feito numa fase ulterior do seguimento.

## CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam o relevo das manifestações emergentes da problemática psicossocial na prática diária do Pediatra Geral. A abordagem desta problemática é interdisciplinar e envolve a cooperação entre técnicos com formação e treino específicos, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Deve ser também um trabalho em rede, envolvendo o diálogo com as instituições que cuidam da criança.

A prevalência crescente destas manifestações na Consulta de Pediatria Geral tem evidenciado a importância do trabalho de articulação com a Equipa de Saúde Mental, nas suas várias vertentes, desde a triagem até à referência à Consulta de Pedopsiquiatria e a outras especialidades. A realização frequente de reuniões de discussão clínica torna possível o contributo de diferentes perspectivas, permitindo melhorar a compreensão e orientação das situações, ao mesmo tempo que enriquece formativa e reciprocamente a própria equipa. A discussão de casos, protocolos de diagnóstico e terapêutica, contribui decisivamente para apurar os critérios de referência e para a uniformização das práticas. Assim, esta experiência de articulação tem trazido resultados cada vez mais positivos e gratificantes.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Asúa, M. (2012). La pediatría como disciplina cultural y social. *Arch Argent Pediatr*, 110(3), 231-236.
- (2) Hostetter, M. (2012). What we don't see. *N Engl J Med*, 366, 1328-1334.
- (3) Skuse, D.H. (1985). Non-organic failure to thrive: A reappraisal. *Archives of Disease in Childhood*, 60, 173-178.
- (4) Navarro-Pardo, E., Moral, J.C., Galán, A.S., Beitia, D.S. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- (5) Centers for Disease Control and Prevention. Developmental Screening. Acedido a 16 de Julho de 2012 em <http://www.cdc.gov/ncbddd/child/devtool.htm>

## ABSTRACT

*Introduction: The reasons to seek health care services visiting in childhood have been changing over the last decades. Dealing with behavior disorders and psychosocial issues is nowadays a common challenge in the daily practice of a General Pediatrician.*

*Objectives: Characterize the problems attributed to psychosocial issues diagnosed in first consultations which took place in the General Pediatrics outpatient clinic of a distrital hospital from January 1<sup>st</sup> 2009 to December 31<sup>st</sup> 2011.*

*Material and Methods: We used the outpatient clinic database to identify children with psychosocial issues and reviewed the clinical files, selecting the following variables for analysis: gender, age, source of the referral, reason for consultation and diagnosis, according to International Classifications of Diseases (ICD-9) and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).*

*Results: In the 3 year period studied, 3108 children were evaluated in the first consultation. Most referrals are from assistant physician. Problems attributed to psychosocial issues were diagnosed in 513 (16%). Elimination disorders were diagnosed in 157, non-organic failure to thrive in 141, language disorders in 88, learning problems in 50, disruptive behavior disorders in 31, sleep disorders in 22, anxiety in 6 and repetitive behaviors in 4.*

*Conclusions: Our study outlines the importance of the team work through screening, clinical discussion and referral to Child Psychiatry and other specialties. This cooperation has been critical in the achievement of better results in the management of the child with psychosocial issues.*

*Key-words: Outpatient hospitalar consultation. General Pediatrics. Psychosocial issues. Behavior disorders.*



# DEPRESSÃO MATERNA E PSICOPATOLOGIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA – CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DC:0-3R\*

Sara Almeida \*\*  
Filipa de Castro \*\*\*  
Ana Mendes \*\*\*\*  
Pedro Pires \*\*\*\*\*

## RESUMO

*A Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena (DC:0-3R) foi utilizada para diagnosticar 51 crianças (74% do género masculino; média de idades=46.47±14.94) atendidas em Consulta de Psicologia na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta – EPE em Almada, na região Sul do Tejo. A grande maioria das crianças foi referenciada à Unidade pelo seu Médico de Família ou por outros Serviços Hospitalares. Os motivos de consulta mais frequentes foram as alterações de comportamento, as dificuldades alimentares, as alterações de sono e a disfunção na relação mãe-bebé.*

*A prevalência de diagnóstico no Eixo I (Diagnóstico Primário) foi de 29.41%; de 25.49% no Eixo II (Classificação da Relação) e de 29.41% em crianças com critérios para a realização de diagnóstico multiaxial (Eixos I e II).*

*A análise de diferenças intergrupais permitiu inferir que crianças com idade superior têm maior propensão para a realização de diagnóstico duplo nos Eixos I e II e que mães de crianças com diagnóstico no Eixo II ou duplo diagnóstico apresentavam níveis mais elevados de depressão quando comparadas com mães*

\* Trabalho apresentado em Poster no: 12th World Association of Infant Mental Health Congress, Leipzig, 2010.

\*\* Psicóloga Clínica da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental e do Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de S. João.

\*\*\* Psicóloga Clínica – Instituto Nacional de Salud Publica, México.

\*\*\*\* Psicóloga Clínica do Serviço de Pediatria, Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

\*\*\*\*\* Pedopsiquiatra, Coordenador da Unidade de Pedopsiquiatria, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

*de crianças com diagnóstico no Eixo I ou sem diagnóstico. Finalizando, foi determinada, através do Modelo Multinomial, qual a probabilidade da realização de diferentes diagnósticos em função do nível de depressão materna e de outras covariáveis. Não foram encontrados resultados com significância estatística associados ao diagnóstico no Eixo I. No entanto, o risco para psicopatologia no Eixo II está associado ao nível e depressão materna e o risco para o duplo diagnóstico aumenta em função do nível de depressão materna e da idade da criança.*

*Palavras-chave:* Depressão Materna. Primeira Infância. Psicopatologia.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta – E.P.E localiza-se em Almada na Região Sul do Tejo. A Consulta de Primeira Infância tem características específicas diferenciadas e propõe-se enquanto programa de saúde mental destinado a díades constituídas por mães e crianças entre os 0 e os 5 anos. Os principais objetivos desta consulta são a avaliação e o tratamento das perturbações da relação mãe-criança e da psicopatologia infantil, tendo por referência o quadro teórico psicanalítico e a teoria da vinculação e do desenvolvimento.

Na Consulta de Primeira Infância são atendidas famílias com múltiplos problemas de cariz social, económico, cultural e educacional. São frequentes histórias de trauma, de sucessivas perdas afetivas, de pobreza, de situações de violência na família, de presença de perturbações psiquiátricas nas figuras parentais, de emigração, de negligência, de desarmonia entre o casal parental, etc. Na literatura científica estes grupos são denominados “populações vulneráveis”. De acordo com esta definição, estas são integradas por indivíduos com maior probabilidade de experimentar condições físicas, psicológicas e sociais precárias e adversas devido a circunstâncias sociodemográficas e ambientais partilhadas (Adday, 1994).

A vulnerabilidade social afeta a saúde física e emocional, percorrendo trajetórias cumulativas de fatores de *stress* que se transformam naquilo a que se denominou de “ciclo de desvantagem” (Barker et al., 2011; Garmezy, 1991; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Este fenómeno, estreitamente ligado à depressão, limita a interação dos pais, dificulta a obtenção de prazer na relação com os seus filhos e reduz a capacidade de resolução de problemas. A qualidade da interação pretende, através do reconhecimento e da compreensão



dos estados mentais do bebé, auxiliar a criança pequena na diferenciação entre o eu e o outro, na emergência do pensamento simbólico e na organização de um self coeso. Deste modo, este processo é promovido pela sensibilidade e atenção dos pais às necessidades do seu bebé e pelo estabelecimento de uma vinculação segura, que permitirão à criança adquirir e desenvolver a sua capacidade de mentalização e de se relacionar com o mundo que a rodeia (Beebe, Lachmann, & Jaffe, 1997; Fonagy & Target, 1997; Fonagy, Steele, Moran, & Higgitt, 1991).

O conceito de vulnerabilidade tem sido alvo de inúmeras investigações uma vez que os riscos são cumulativos, levando à multiplicação de fatores de *stress* e à necessidade de diversas intervenções para o acompanhamento físico e emocional da criança, bem como para o suporte do desenvolvimento infantil.

Em Portugal a prevalência da depressão é de 6.8% (World Health Survey Portugal, 2010) e, de acordo com várias investigações científicas publicadas, a sua prevalência é maioritária em mulheres, atingindo maiores probabilidades de diagnóstico em mulheres que estão grávidas ou tiveram o seu primeiro filho (Burke, 2003; Goodman & Gotlib, 1999; Goodman et al., 2011).

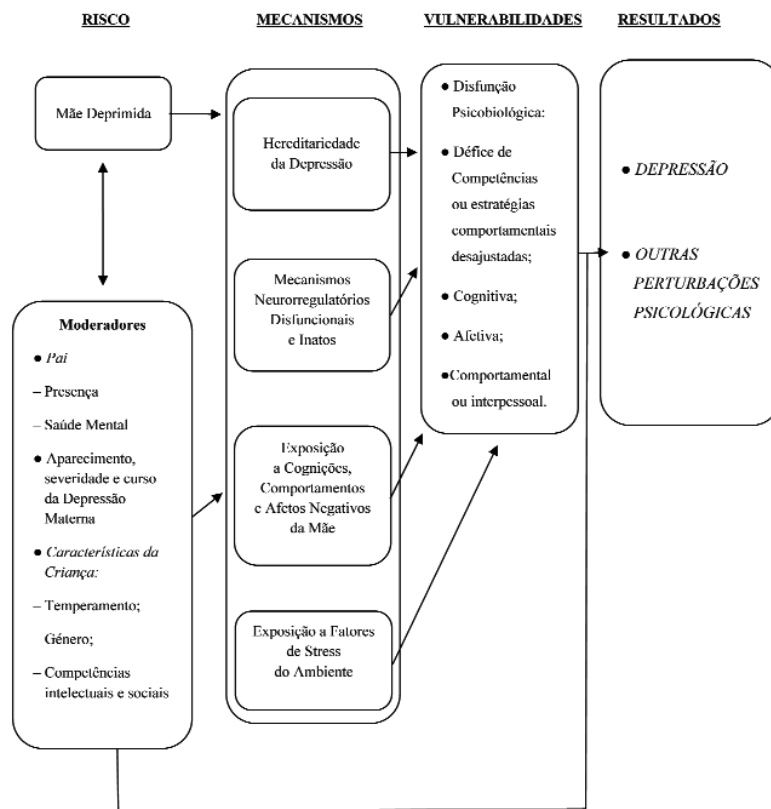
A depressão materna tem sido largamente estudada e associada ao desenvolvimento de perturbações emocionais na criança, sendo importante a avaliação do risco tendo em conta três aspetos fundamentais – qual o tipo de depressão diagnosticada; que outros fatores estão presentes e podem aumentar o risco de psicopatologia na criança e quais os fatores protetores que podem permitir à criança o desenvolvimento de comportamentos adaptativos e salutares.

Investigadores que observaram a interação mãe-bebé ou mãe-criança face-a-face descreveram, na sua maioria, a presença de um dos seguintes padrões de relação: sub-envolvido ou sobre-envolvido. Mães deprimidas com padrões interativos sub-envolvidos tendem a demonstrar maior afastamento afetivo dos seus filhos, menor proximidade corporal, olhar e entoação pouco expressivos, pouca estimulação, reduzidas vocalizações, respostas lentificadas, anedonia e dificuldade em manter momentos de atenção partilhada com a criança, essenciais para o desenvolvimento do vocabulário, da comunicação e consequentemente implícitos na capacidade de socialização. Mães deprimidas com padrões interativos sobre-envolvidos tendem a estimular excessivamente os seus filhos, com atitudes e comportamentos controladores e invasivos, não havendo o reconhecimento dos ritmos e das necessidades do bebé ou da criança pequena, podendo levar à sua desorganização. De um modo geral mães deprimidas passam menos tempo a olhar, tocar ou falar na interação com os seus filhos, apresentam maiores níveis de criticismo, maior número de

expressões negativas, baixa responsividade, menor espontaneidade e menores níveis de atividade. Os estudos demonstram que a depressão materna poderá surtir efeitos negativos no desenvolvimento psicoafectivo, intelectual, físico e social da criança. (Campbell et al., 2004; Goodman et al., 2011; Hart, Jones, Field, & Lundy, 1999; Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser, & Carter., 2007; Horowitz, Kelleher, Stein, ..., & Hoagwood, 2007; Lyons-Ruth, Wolfe, & Lyubchik, 2000; Marques, 2003; Schwengber & Piccinini, 2003).

A depressão não representa apenas a doença de uma pessoa, ela interage de forma significativa com o seu contexto social, tornando-se vulnerável à sua influência. Fatores como o *stress* implícito ao papel maternal, a ansiedade, a percepção de falta de apoio social, o ambiente familiar disfuncional têm sido apontados como preponderantes para a cronicidade da depressão materna, agravando substancialmente a sua sintomatologia (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Goodman et al., 2011).

Goodman e Gotlib (1999) propõem um modelo integrativo de transmissão do risco em crianças com mães deprimidas, que ilustram da seguinte forma:



Desta forma propõem haver quatro mecanismos de transmissão do risco, dois de origem biológica e genética, um focado em modelos de interação disfuncionais entre a mãe deprimida e a criança e um último relacionado com o ambiente envolvente e com os fatores de *stress* que nele poderão estar presentes. As vulnerabilidades vão interagir com os riscos e com os três principais moderadores, os quais têm sido nomeados em inúmeras investigações pela sua importância – a relação estabelecida com o pai e a sua saúde mental; as características da depressão materna e o seu curso de desenvolvimento; as características da criança incluindo o temperamento, o género e as competências de natureza intelectual e social (Goodman & Gotlib, 1999; Goodman et al., 2011).

As consequências avaliadas da influência da depressão materna no desenvolvimento psicoafectivo da criança têm sido largamente estudadas e explanadas em diversos artigos científicos. Vários autores têm procurado a sua manifestação no tipo de vinculação criado na interação mãe-bebé, demonstrando uma forte prevalência do estilo inseguro de vinculação, o que é sugerido pela sensação de indisponibilidade afetiva e física da mãe. A persistência de um padrão inseguro deverá influenciar as futuras relações da criança nos vários contextos em que se insere (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Toth, Rogosch, Todd, & Cicchetti, 2006).

As investigações parecem concordantes ao afirmar que há riscos significativos no desenvolvimento de psicopatologia em crianças com mães deprimidas, incluindo perturbações do espectro da internalização (com sintomas de depressão e de ansiedade) e do espectro da externalização (com problemas graves de comportamento). Ao serem estudados os fenómenos psicopatológicos na infância é inevitável olhar sobre as relações com as figuras parentais, principalmente em estádios precoces do desenvolvimento, uma vez que a maior parte das expressões sintomáticas são desencadeadas pelas disfunções na relação mãe-bebé (Herba et al., 2013; Schwengber & Piccini, 2003).

Os efeitos da depressão materna na criança poderão também levar a atrasos ou à disfuncionalidade de mecanismos fisiológicos pela sua influência no desenvolvimento precoce do sistema psicobiológico, de que faz parte a regulação das emoções e dos ritmos biológicos como o sono e a alimentação. Estas crianças são descritas como pouco sociáveis, tendo dificuldades em manter relações de amizade com o grupo de pares, momentos de partilha e de interajuda. Por vezes emergem padrões hostis pela dificuldade em modular e conter a impulsividade. Outras crianças têm níveis baixos de autoestima, fazendo sobretudo atribuições negativas a si próprias e aos outros. São descritas ainda dificuldades cognitivas acentuadas, em especial quando a depressão materna ocorreu no decurso do primeiro ano de vida da criança. Outro fator moderadamente associado à depressão materna é o género da criança,

acreditando-se que os rapazes terão maior propensão para o desenvolvimento de perturbações do comportamento na linha do agir e que as raparigas terão maior incidência para a depressão e a ansiedade.

No entanto, nem todas as crianças filhas de mães deprimidas desenvolverão psicopatologia ou apresentarão comportamentos desajustados e adversos. Alguns autores identificaram uma função protetora que torna a criança resistente a condições adversas – a resiliência. Foram encontrados fatores protetores como a presença de uma rede de suporte social e familiar; características do indivíduo que incluem a capacidade intelectual, o temperamento e uma boa autoestima; a integração no sistema educativo e a presença de relações satisfatórias e positivas com o grupo de pares e outros adultos de referência (Burke, 2003; Garmezy, 1991).

Alguns estudos enfatizam a importância do momento em que ocorre o episódio depressivo materno, afirmando que quanto mais cedo a criança for exposta à depressão da mãe, piores poderão ser as consequências a longo-prazo. Os efeitos nefastos desta exposição podem variar de forma significativa mediante os vários fatores inerentes à própria depressão (cronicidade e severidade), às particularidades da interação mãe-bebé, às características do bebé enquanto agente ativo na relação, às fragilidades constitucionais da criança, às características do ambiente envolvente, à importância da presença de um pai interativo e salutar, entre muitas outras condições intrínsecas ao desenvolvimento humano. Deste modo, a avaliação e a intervenção psicoterapêutica, quando presente o diagnóstico de perturbação emocional e/ou de perturbação na relação mãe-bebé ou criança pequena, tornam-se fundamentais para a promoção da saúde mental da díade. Alguns estudos demonstraram remissão significativa nos sintomas apresentados por crianças cujas mães foram alvo de intervenções psicológicas ou nos casos em que foi realizada psicoterapia mãe-bebé (Goodman et al., 2011; Toth, Rogosch, Todd, & Cicchetti, 2006; Weissman et al., 2006).

Na prática clínica em Consulta de Primeira Infância tornou-se essencial a utilização de uma classificação diagnóstica que pudesse descrever e caracterizar, de forma fiel, a psicopatologia na criança, bem como a relação ou modelo de interação com o seu prestador de cuidados. Deste modo, foi implantado o uso da *Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena – DC: 0-3R*, sistema utilizado no nosso estudo e na nossa prática clínica diária. Não foram encontrados estudos com amostras clínicas portuguesas que utilizassem a Classificação Diagnóstica proposta e que, simultaneamente, tenham explorado os efeitos da depressão materna na criança, pelo que nos parece de extrema importância a sua realização (Gonçalves & Silva, 2003).

## OBJECTIVOS

O presente estudo pretende investigar a associação entre a depressão materna e a presença de diagnóstico clínico na criança entre os 0 e os 5 anos, utilizando a Classificação Diagnóstica DC: 0-3R (*Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena*). Pretendeu-se ainda estimar a prevalência dos diagnósticos nos Eixos I e II (diagnóstico primário e classificação da relação) na nossa amostra clínica, quando presentes níveis de depressão materna.

## MÉTODO

### *Amostra*

A amostra foi inicialmente constituída por 54 famílias atendidas em consulta de primeira infância na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta – E. P. E. Posteriormente, 3 famílias abandonaram a consulta, participando no presente estudo 51 famílias compostas por díades mãe-criança.

Foram incluídas no estudo famílias residentes no Concelho de Almada, Distrito de Setúbal, que frequentavam a consulta de psicologia de apoio à primeira infância e cujas mães apresentavam valores patológicos de depressão no preenchimento do instrumento *Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)*. Foram critérios de exclusão a participação de díades em que a criança tivesse idade superior a 60 meses, ausência de Depressão na cotação do inventário BDI-II e presença de dificuldades na leitura e na compreensão do questionário aplicado, de forma a não inviabilizar o seu correto preenchimento.

Todas as mães preencheram o seu questionário, depois de obtido o consentimento informado de forma presencial, no decorrer da consulta.

### *Caracterização da amostra*

A amostra é constituída por díades mãe-criança, sendo que 74.51% das crianças são do género masculino e 25.49% do género feminino. O intervalo de idade considerado para as crianças varia entre os 0 e os 60 meses, sendo que a média obtida é igual a 46.47 meses. A média de idades entre as mães é de 33.92 anos. Na amostra 76.47% das díades vivem em famílias nucleares, 11.76% representa famílias monoparentais, 7.84% vive em famílias alargadas e 3.92% em famílias reconstruídas. De acordo com a Classificação Social Internacional de Graffar, 43.14% das díades situa-se no nível 3; 29.41% corresponde ao nível 4; 17.65% representa o nível 2; 5.88% pertence ao nível 5 e 3.92% caracteriza o nível 1.

O motivo de pedido de consulta encontra-se distribuído da seguinte forma – 54.90% foi referenciado por alterações do comportamento, 13.73% por alterações no comportamento alimentar, 11.76% por dificuldades na relação mãe-bebê, 7.84% por alterações do sono, 5.88% por queixas somáticas, 3.92% por dificuldades na linguagem e 1.96% por abuso infantil.

Neste estudo 45.10% das mães apresentou diagnóstico de depressão pós-parto, em oposição a 54.90% sem o mesmo diagnóstico.

Mediante a cotação do BDI-II 41.18% apresenta nível severo de depressão, 25.49% obteve resultados de depressão mínima, 21.57% tem nível moderado de depressão e 11.76% obtém nível ligeiro de depressão. Na nossa amostra 62.75% obtém nível severo ou nível moderado de depressão.

### *Instrumentos*

- Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) – Utilizado para medir o grau de severidade de depressão e a presença de sintomas depressivos a partir dos 13 anos de idade. Este é um inventário criado por Aaron T. Beck, composto por 21 questões de escolha múltipla e de autopreenchimento. O BDI-II foi publicado em 1996 e cada questão é cotada segundo uma escala de pontuações entre o 0 e 3. A pontuação total obtida pode alcançar um máximo de 63 pontos, e a classificação final traduz-se nos níveis - mínimo, ligeiro, moderado e severo de depressão.
- Classificação Diagnóstica DC: 0-3 (*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, 1994) – Permite caracterizar separadamente a perturbação na criança e a perturbação da relação mãe-criança, constituindo-se como um sistema de classificação diagnóstica diferenciado na avaliação da saúde mental e na deteção das perturbações do desenvolvimento na primeira infância. Este sistema é composto por cinco eixos:
  - Eixo I – Diagnóstico Primário;
  - Eixo II – Classificação da Relação;
  - Eixo III – Situações Médicas Orgânicas ou do Desenvolvimento;
  - Eixo IV – Fatores de Stress Psicossocial;
  - Eixo V – Níveis de Desenvolvimento Emocional e Funcional.

Todas as crianças e díades mãe-criança foram observadas em contexto clínico, recorrendo-se ao uso da entrevista clínica e à realização de 5 sessões lúdicas com a duração de uma hora cada para a realização do diagnóstico. Todos os diagnósticos foram realizados por duas psicólogas clínicas com experiência em primeira infância.

- Graffar – Classificação internacional que permite avaliar o nível socioeconómico familiar através de cinco indicadores: profissão, habilitações académicas, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e condições do local de residência.

## RESULTADOS

### *Análise Descritiva*

#### *1) Características da Amostra*

**TABELA 1**

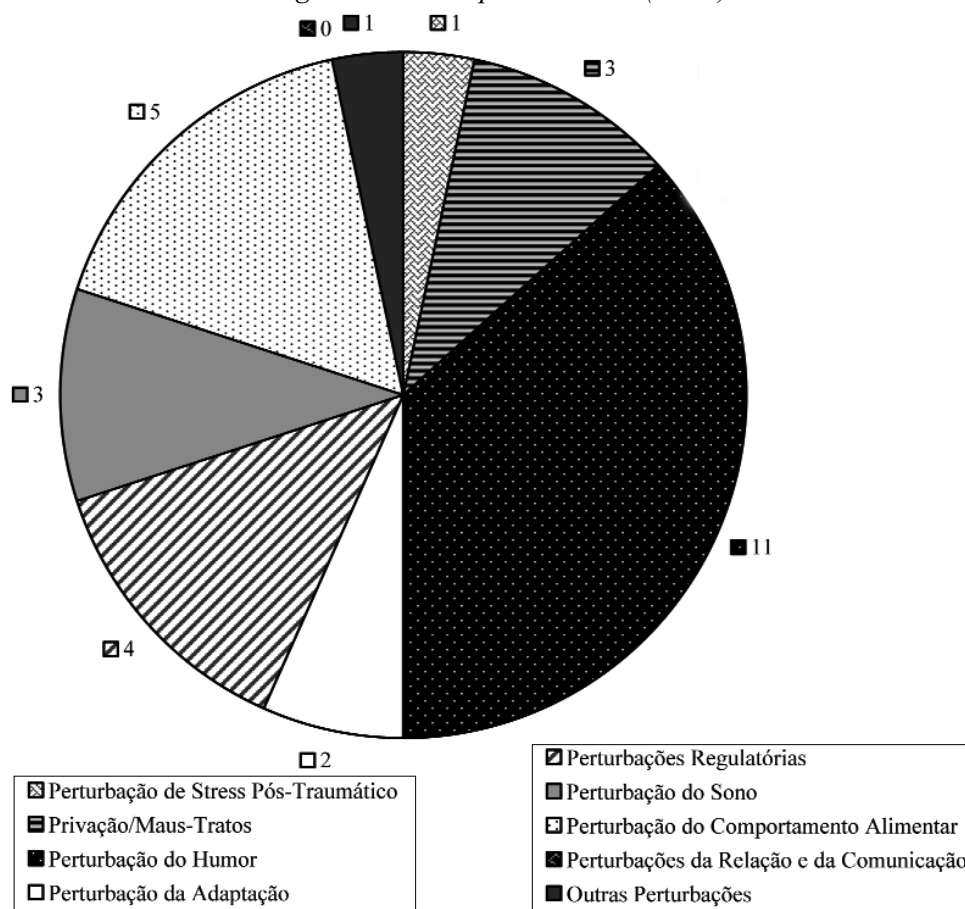
*Caracterização da Amostra N=51*

	% (n)
<b>Género</b>	
Masculino	74.51 (38)
Feminino	25.49 (13)
<b>Média de Idades das Crianças (s.d.) (meses)</b>	46.47 (14,44)
<b>Média de Idades das Mães (s.d.) (anos)</b>	33.92 (5,12)
<b>Tipologia Familiar</b>	
Nuclear	76.47 (39)
Monoparental	11.76 (6)
Alargada	7.84 (4)
Reconstruída	3.92 (2)
<b>Referenciação para Consulta</b>	
Paciente	5.88 (3)
Médico de Família	47.06 (84)
Serviços Hospitalares	31.37 (16)
Outros	15.69 (8)
<b>Motivo de Consulta</b>	
Alterações na Relação Mãe-bebé	11.76 (6)
Dificuldades na Linguagem	3.92 (2)
Alterações do Sono	7.84 (4)
Queixas Somáticas	5.88 (3)
Alterações no Comportamento Alimentar	13.73 (7)
Alterações do Comportamento	54.9 (28)
Abuso Infantil	1.96 (1)
<b>Graffar</b>	
Nível 1	3.92 (2)
Nível 2	17.65 (9)
Nível 3	43.14 (22)
Nível 4	29.41 (15)
Nível 5	5.88 (3)
<b>BDI-II</b>	
Depressão Mínima	25.49 (13)
Depressão Ligeira	11.76 (6)
Depressão Moderada	21.57 (11)
Depressão Severa	41.18 (21)
Depressão Pós-Parto % (n)	45.10 (23)

2) Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena – DC: 0-3R

**GRÁFICO 1**

*Diagnóstico Principal no Eixo I (n=30)*

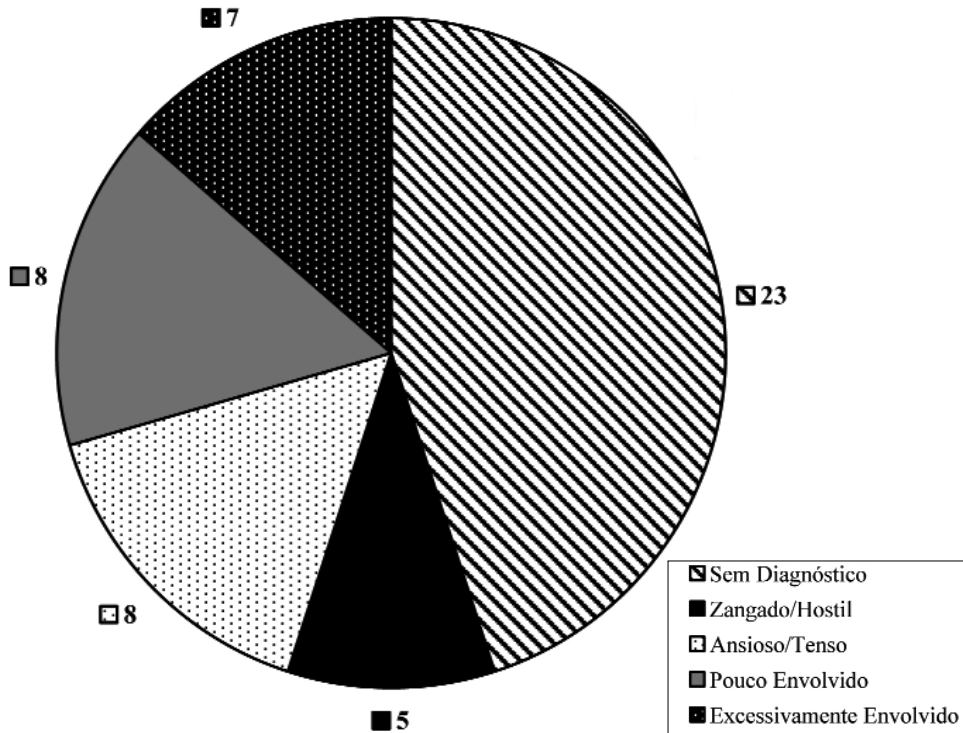


De acordo com a análise descritiva, 30 crianças preencheram critérios diagnósticos para uma perturbação no Eixo I (encontram-se aqui excluídas as crianças que tiveram duplo diagnóstico – Eixos I e II). Deste modo, 11 crianças foram diagnosticadas com Perturbações do Humor, 5 com Perturbações do Comportamento Alimentar, 4 com Perturbações Regulatorias, 3 com Perturbação do Sono, 3 com diagnóstico de Privação/Maus-Tratos, 2 com Perturbação da Adaptação, 1 com Perturbação de Stress Pós-Traumático e 1 com Outras Perturbações.



## GRÁFICO 2

Classificação da Relação no Eixo II (n=51)



No Eixo II obtivemos 23 crianças sem diagnóstico de Perturbação da Relação. Quando presente perturbação, esta caracteriza-se pela seguinte distribuição: 8 díades com relação Pouco Envolvida, 8 com relação Ansiosa/ /Tensa, 7 com Excessivo Envolvimento e 5 com padrão Zangado/Hostil.

## TABELA 2

PIR-GAS % (n)

81-90 Adaptado	9.80 (5)
71-80 Perturbado	19.61 (10)
61-70 Significativamente Perturbado	3.92 (2)
51-60 Angustiado	7.84 (4)
41-50 Perturbado	3.92 (2)
31-40 Desorganizado	43.14 (22)
21-30 Severamente Desorganizado	7.84 (4)
11-20 Maciçamente Prejudicado	3.92 (2)

A Escala PIR-GAS é utilizada para avaliar a qualidade da relação. Deste modo descrevemos os resultados mais significativos na nossa amostra. Assim, 43.14% da amostra obtém padrão desorganizado de relacionamento, 19.61% representa o padrão Perturbado, 7.84% o padrão angustiado e 7.84% o padrão Severamente Desorganizado.

**TABELA 3**

*Eixo V Níveis de Desenvolvimento Emocional e Funcional % (n)*

Atenção Mútua	1.96 (1)
Envolvimento Mútuo	3.92 (2)
Intencionalidade interativa e reciprocidade	0
Comunicação Simbólica e Afetiva	1.96 (1)
Elaboração Simbólica	17.65 (9)
Diferenciação Simbólica I	21.57 (11)
Diferenciação Simbólica II	52.94 (28)

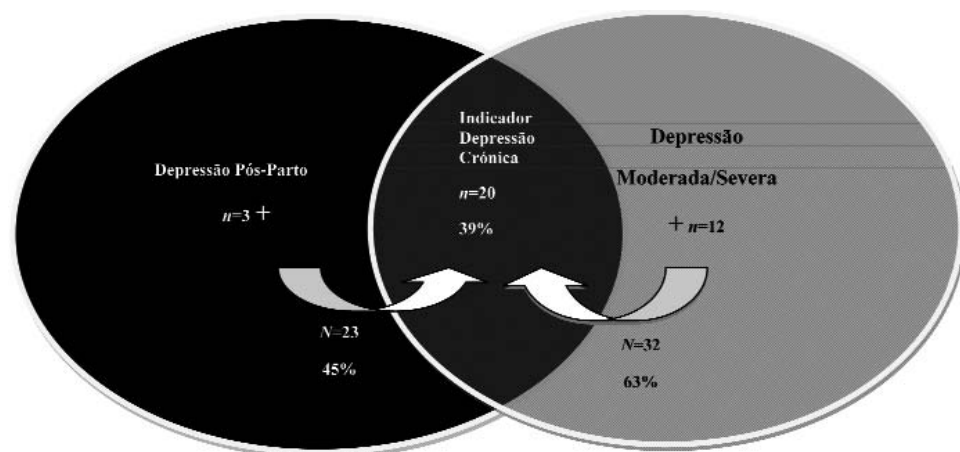
Na caracterização do nível de desenvolvimento emocional e funcional da criança observamos que a maioria (52.94%) integra o nível 7 – Diferenciação Simbólica II; 21.57% corresponde ao nível 6 de Diferenciação Simbólica I; 17.96% encontra-se no nível 5 de Elaboração Simbólica; 3.92% remete para o nível 2 de Envolvimento Mútuo; e com igual percentagem, correspondente a 1.96% encontram-se as crianças que fazem parte dos níveis 1 e 4 (Atenção Mútua e Comunicação Simbólica Afetiva).

### *3) Depressão Materna*

Os resultados obtidos na cotação da BDI indicam que 63% ( $n=32$ ) das mães apresentam níveis moderados ou severos de depressão. Destas, 20 mães reportaram terem sofrido de depressão pós-parto. Com base nestes critérios, criámos um indicador de cronicidade de depressão presente nas mães com níveis moderados ou severos de depressão e que, simultaneamente, reportaram terem sofrido de depressão pós-parto.

Na Tabela 4 são apresentadas as diferenças intergrupais de acordo com os dados sociodemográficos e as variáveis clínicas, diferenciando as crianças com diferentes tipos de diagnóstico (Eixo I, Eixo II, Duplo Diagnóstico Eixos I & II, Sem Diagnóstico).

**ESQUEMA 1**  
*Depressão Materna*



**TABELA 4**  
*Análise de Diferenças Intergrupais*

	Eixo I	Eixo II	Eixos I & II	Sem Diagnóstico	Teste
% (N)	29.41 (15)	25.49 (13)	29.41 (15)	15.69 (8)	
Idade da Criança: média (SD)	46.93 (14.91)	40.92 (16.44)	53.60 (9.2)	41.25 (17.829)	$F^1[3,51]=2.22;$ $p=.09$
Género Masculino % (N)	80.00 (12)	79.62 (10)	66.67 (10)	75.00 (6)	<i>n.s.</i>
Idade das Mães: média (SD)	32.93 (4.76)	33.62 (7.36)	34.53 (3.78)	35.12 (4.02)	<i>n.s.</i>
Graffar: média (SD)	3.00 (.92)	3.38 (.65)	3.00 (1.00)	3.38 (1.19)	<i>n.s.</i>
Atraso do Desenvolvimento % (N)	46.67 (7)	30.77 (4)	46.67 (7)	25.00 (2)	<i>n.s.</i>
Depressão Pós-Parto	20.00 (3)	69.23 (9)	60.00 (9)	25.00 (2)	$p^2=.024^*$
BDI-II Depressão Moderada e Severa % (N)	21.88 (7)	34.38 (11)	34.38 (11)	9.38 (3)	$p^2=.074$
Depressão Crónica % (N)	13.33 (2)	69.23 (9)	53.33 (8)	12.5 (1)	$p^2=.004^*$

Nota. <sup>1</sup>Oneway ANOVA; <sup>2</sup>Fisher's Exact test; \**p-value* <  $\alpha=.05$ .

Os resultados representados na Tabela 4 demonstram que, de acordo com o *Fisher's Exact Test* há diferenças significativas no diagnóstico da criança (Sem Diagnóstico; Eixo I, Eixo II, Eixos I&II) em função da Depressão Materna, sendo

ela avaliada por três fatores – depressão pós-parto, nível moderado/severo de depressão na BDI e indicador de depressão crónica).

Assim, o Diagnóstico no Eixo I está associado a valores mais baixos de Depressão Materna (Depressão pós-parto=20.00%; BDI=21.88%; Depressão Crónica=13.33%), enquanto o Diagnóstico no Eixo II (Depressão pós-parto=69.23%; BDI=34.38%; Depressão Crónica=69.23%) e o duplo Diagnóstico nos Eixos I e II (Depressão pós-parto=60.00%; BDI=34.38%; Depressão Crónica=53.33%) estão associados a níveis mais severos de depressão materna.

Quando o diagnóstico é realizado em ambos os Eixos (I&II), ou seja, quando existe presença de psicopatologia na criança e de perturbação da relação, encontramos níveis altos de depressão materna (Depressão pós-parto=60.00%; BDI=34.38%; Depressão Crónica=53.33%) e as crianças são, em média, mais velhas ( $\mu$ [idade\_crianças]=53.6 meses).

#### *Modelo de Regressão Logística Multinomial*

O modelo de regressão logística Multinomial permite-nos estimar a associação entre a depressão materna e os diferentes diagnósticos realizados, tendo em conta fatores individuais e familiares. A Tabela 5 representa os três modelos estimados:

- a) estimativa da probabilidade de diagnóstico no Eixo I VS sem diagnóstico;
- b) estimativa da probabilidade de diagnóstico no Eixo II VS sem diagnóstico;
- c) estimativa da probabilidade de duplo diagnóstico nos Eixos I&II VS sem diagnóstico.

**TABELA 5**

#### *Modelo Multinomial*

	<i>Eixo I</i>		<i>Eixo II</i>		<i>Eixos I &amp; II</i>	
	Risk Ratios	<i>z</i> Test's	Risk Ratios	<i>z</i> Test's	Risk Ratios	<i>z</i> Test's
<i>BDI</i>	1.05	1.46	1.09	2.16**	1.09	2.05**
<i>Idade da Criança</i>	1.06	1.67	1.03	1.06	1.13	2.56**
<i>Idade da Mãe</i>	0.83	1.71	0.87	1.26	0.86	1.40
<i>Género</i>	0.99	0.01	0.75	0.24	0.47	0.65
<i>Graffar</i>	0.46	1.40	0.93	0.11	0.46	1.36

*Nota.* \*\* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$ ; Log-likelihood=-55.85; LR chi2 (15)=26.89;  $p < .05$ ; pseudo  $r_2=20\%$ .

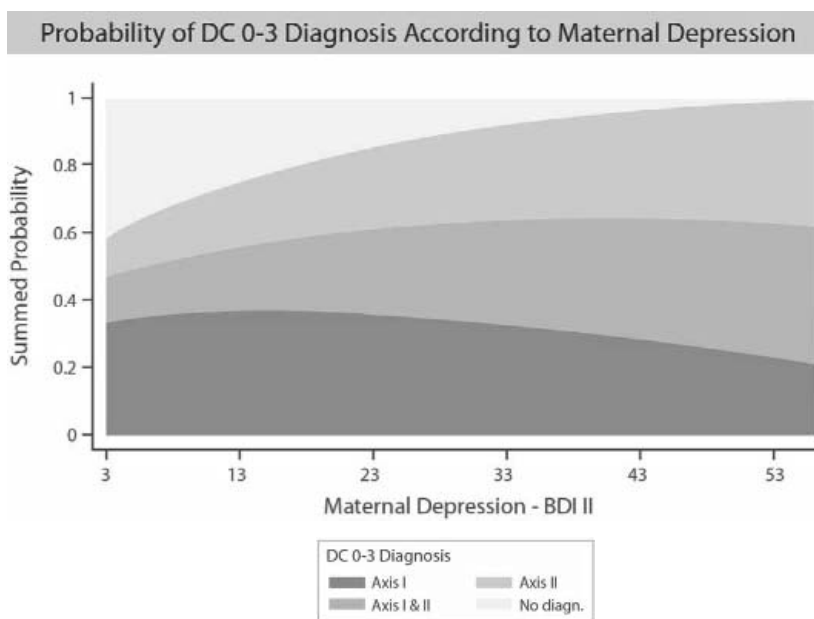
Os resultados obtidos demonstram não haver fatores com significância estatística associados ao Diagnóstico do Eixo I.

O Diagnóstico no Eixo II encontra-se associado com a depressão materna, isto é por cada ponto que aumenta na cotação da BDI, o risco de diagnóstico eleva-se em 9% (ZTest's=2.16 com  $p<.05$ ; [risk\_ratio]=1.09).

A probabilidade de receber diagnóstico multiaxial (Eixo I&II) parece estar associado à depressão materna e à idade da criança, ou seja, por cada mês que aumenta na idade da criança a probabilidade de receber duplo diagnóstico aumenta em 13% (ZTest's=2.56 com  $p<.05$ ; [risk\_ratio]=1.13); e por cada ponto que aumenta na cotação da BDI, a probabilidade de duplo diagnóstico aumenta em 9% (ZTest's=2.05 com  $p<.05$ ; [risk\_ratio]=1.09).

### GRÁFICO 3

#### *Representação Gráfica do Modelo Multinomial*



Baseado no modelo de estimativa de probabilidades que a regressão logística multinomial representa, o gráfico 3 ilustra de que forma a probabilidade de diagnóstico DC:0-3R varia de acordo com a depressão materna. Deste modo, podemos verificar que a probabilidade de diagnóstico no Eixo II e de diagnóstico duplo nos Eixos I&II aumenta quando o nível de depressão materna se torna mais severo. Podemos ainda visualizar que a probabilidade de não receber nenhum diagnóstico decresce de forma acentuada quando estão presentes níveis mais elevados de depressão materna.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O presente estudo, de cariz exploratório, pretendeu avaliar o nível de depressão materna, bem como estimar a prevalência de psicopatologia na criança pequena, a presença/ausência de perturbação da relação mãe-criança e a comorbidade entre estas duas condições numa amostra constituída por díades mãe-criança, utentes da consulta de primeira infância, realizada em contexto hospitalar.

Os resultados obtidos permitiram verificar que 63% das mães apresentam níveis moderados ou severos de depressão e que 39% apresenta o indicador de depressão crónica, isto é, a depressão materna constitui-se como condição grave e estável no tempo. Mães deprimidas tendem a reportar maiores níveis de *stress*, maiores dificuldades no desempenho da maternidade, sensação de pouco suporte social, decréscimo do prazer na relação marital, maiores níveis de conflito familiar, entre outras perceções que agravam a sintomatologia depressiva na mulher e que têm implicações nefastas nos padrões de relacionamento interpessoal e, em particular, na interação mãe-bebé ou mãe-criança pequena. Os sintomas da depressão incluem a instabilidade do humor, podendo apresentar-se sob a forma de irritabilidade, apatia, desespero, tristeza, zanga, hostilidade, hipervigilância, anedonia, permissividade, rigidez, preocupação excessiva, entre outras (Martins & Gaffan, 2000).

A interação entre a mãe e a criança inicia-se muito precocemente, antes do nascimento do filho, através da projeção das fantasias no bebé imaginário, proposto por Lebovici e o posterior investimento no bebé real, com as suas características específicas e identidade própria. O valor da interação permite a organização futura do *self* e do narcisismo da criança, o que refletir-se-á no seu comportamento, pensamento, afeto e socialização. Na depressão, a figura primordial de referência encontra-se emocionalmente indisponível, ou seja, a criança vivencia uma perda subjetiva da mãe naquela que é a sua função principal – investir libidinalmente o seu filho (Atem, 2003; Beebe, Lachmann, & Jaffe, 1997; Fonagy & Target, 1997; Fonagy, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). Deste modo, parece-nos fundamental considerar o possível impacto da depressão materna na criança. Para uma melhor compreensão das suas implicações teria sido de extrema importância a sua consideração em três aspetos que nos parecem fundamentais – qual o tipo, o curso, a gravidade e a duração da depressão materna; quais os fatores de risco que poderão agravar a psicopatologia na criança; quais os fatores protetores constitucionais ou ambientais que poderão permitir à criança um desenvolvimento saudável. Deste modo, o fraco aprofundamento destas questões constitui-se como uma limitação

no nosso estudo (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Goodman et al., 2011). Ainda assim, os nossos resultados permitiram descrever as probabilidades de diagnóstico, a presença ou não de perturbação na relação, como se caracterizam as interações psicopatológicas e que comorbidades. Assim, foi possível estabelecer que 29% ( $n=15$ ) das crianças preenche critérios para diagnóstico multiaxial – Eixo I e Eixo II, 29% apresenta apenas diagnóstico primordial no Eixo I ( $n=15$ ) e 25% diagnostica somente perturbação da relação mãe-criança ( $n=13$ ). Quando analisamos a prevalência dos quadros nosológicos que caracterizam o Diagnóstico no Eixo I ( $n=30$ ), verificamos que as Perturbações do Humor, a Perturbação do Comportamento Alimentar, as Perturbações Regulatórias e a Perturbação do Sono são as mais diagnosticadas. Todas estas perturbações parecem estar associadas aos padrões de interação entre a mãe e a criança, os quais permitem a organização e a regulação dos afetos e dos sistemas psicobiológicos e sociais da criança (Burke, 2003; Garnezy, 1991).

No Eixo II denotamos a prevalência dos padrões de relação – pouco envolvido, ansioso/tenso e excessivamente envolvido. Estes padrões têm sido frequentemente associados aos registos de interação observados entre mães deprimidas e crianças pequenas. Deste modo, emergem dois padrões mais frequentemente descritos – sub-envolvido e sobre-envolvido. No primeiro a tonalidade afetiva tende a ser triste, as interações monótonas, distanciadas e pouco estimulantes. No segundo, a figura de referência pode apresentar-se como inconsistente ou difusa, com atitudes invasivas que poderão resultar na gradual desorganização e desregulação do bebé ou da criança pequena. O padrão ansioso/tenso parece enquadrar-se na dificuldade em retirar prazer da interação e em proporcionar momentos de sincronia e de atenção partilhada, essenciais no processo de comunicação verbal e não-verbal entre a díade (Campbell et al., 2004; Goodman et al., 2011; Hart, Jones, Field, & Lundy, 1999; Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser, & Carter., 2007; Horowitz, Kelleher, Stein, & Hoagwood, 2007; Lyons-Ruth, Wolfe, & Lyubchik, 2000; Marques, 2003; Schwengber & Piccinini, 2003).

A análise estatística intergrupar permitiu estreitar a relação entre a depressão materna e a qualidade do diagnóstico. Assim, observa-se que o diagnóstico no Eixo I (por si só) encontra-se associado a níveis mais ligeiros de depressão materna, enquanto o diagnóstico no Eixo II, ou seja, a presença de perturbação da relação mãe-criança, está associado a níveis mais severos de depressão, avaliados pela cotação da BDI, pelo diagnóstico anterior de depressão pós-parto e pela presença do indicador de depressão crónica. Este facto parece concordante com inúmeras investigações que apelam à

importância do funcionamento e da sintomatologia depressiva nos padrões de relação e de interação desenvolvidos, sobretudo na maternidade, onde a mulher, pela exigência e ansiedade inerentes ao próprio papel de mãe, se encontra particularmente vulnerável. Deste modo, a depressão materna aliada a condições adversas sociais e ambientais, de que a nossa amostra faz parte, enquanto população vulnerável ao ciclo de desvantagem anteriormente descrito, poderá constituir-se como um risco ao desenvolvimento psicoafectivo da criança (Barker et al., 2011; Garnezy, 1991; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000)

A criança enquanto agente ativo na relação com a sua mãe tende a reagir face à depressão de duas formas distintas – passividade e internalização dos aspetos depressivos e ansiosos da mãe ou com comportamentos agidos e birras intensas em sinal de protesto, numa luta antidepressiva em que poderá querer reavivar a mãe (Atem, 2003; Herba et al., 2013; Schwengber & Piccini, 2003).

A comorbidade de diagnóstico nos Eixos I&II, isto é a presença de psicopatologia na criança e de perturbação na relação mãe-criança parece estar significativamente associada a níveis severos de depressão materna e à idade da criança, observando-se maioritariamente em crianças mais velhas. Deste modo, poderemos intuir que a gravidade aliada à cronicidade da depressão materna, terá influência quer pela severidade, quer pela exposição prolongada a sintomas depressivos, na constituição e no enquistamento de aspetos psicopatológicos com maior gravidade no indivíduo e na relação.

O modelo de regressão logística multinomial vem confirmar a probabilidade de diagnóstico no Eixo II e de duplo diagnóstico face à depressão materna. Novamente, a probabilidade de comorbidade entre os dois eixos é aumentada pela idade da criança, reforçando a importância da severidade e da cronicidade da depressão materna (Mothander & Moe, 2010).

A mãe deprimida sentida como psiquicamente ausente ou indisponível pela criança, encontra-se submersa na sua própria história passada, a qual necessita ser pensada e elaborada na realização de um processo psicoterapêutico. Várias investigações demonstraram a importância da intervenção psicológica na mãe para a remissão da sintomatologia na criança. Os mesmos avaliaram também, a importância da psicoterapia mãe-bebé e da intervenção psicoterapêutica individual com a criança pequena como contributos essenciais na resolução de quadros psicopatológicos e na melhoria da qualidade das interações (Goodman et al., 2011; Herba et al., 2013; Toth, Rogosch, Todd, & Cicchetti, 2006; Weissman et al., 2006).

Assim, e uma vez que a prevalência da depressão é maioritária em mulheres, sobretudo durante a gravidez e/ou aquando o nascimento do primeiro filho (Burke, 2003; Goodman & Gotlib, 1999; Goodman et al., 2011), é



essencial uma abordagem multidisciplinar que interligue os serviços de obstetrícia, neonatologia e pediatria na detecção precoce de sintomatologia depressiva materna e na possível mobilização de estratégias de prevenção e de intervenção.

O nosso estudo permitiu-nos explorar possíveis associações entre a depressão materna e a psicopatologia na criança e na relação. Contudo, é importante referirmos que muitos são os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia na criança, não sendo pretensão deste estudo a realização de ligações simplistas e reducionistas que levam a enviesamentos e distorções da compreensão dos fenómenos psicológicos. Deste modo, o nosso estudo levanta algumas limitações metodológicas que levaram a repensar novas investigações.

De futuro será importante avaliar de forma precisa as características da depressão materna, a capacidade de resiliência e os fatores protetores da criança, introduzir o pai e avaliar a sua preponderância na interação e no desenvolvimento psicoafectivo, determinar fatores de risco na comunidade e realizar estudos longitudinais com amostras de maiores dimensões. Será importante estudar, posteriormente, os contributos das modalidades de intervenção realizadas em casos com características semelhantes.

## BIBLIOGRAFIA

- Aday, L.A. (1994). Health Status of Vulnerable Populations. *Annual Review of Public Health*, 15, 487-509.
- Atem, L.M. (2003). Aspectos Psicopatológicos da Clínica com bebés: a função da pulsão activa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI(3).
- Barker, E.D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S.R., & Uher, R. (2011). Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 1-6.
- Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 133-182.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-255.
- Campbell, S.B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S.J., Mohan, R., Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 2, 231-252.

- Cicchetti, D., Rogosch, F., & Toth, S. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behaviour problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, *10*, 283-300.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997) Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*, 679-700.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991a). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *13*, 200-217.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann.*, *20*(9), 459-460, 463-466.
- Gonçalves, M., & Silva, P. (2003). A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, *XXI*(1), 13-21.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. *Psychological Review*, *106*(3), 458-490.
- Goodman, H., Rouse, M., Connell, A., Broth, M., Hall, C., & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, *14*, 1-27.
- Hart, S., Jones, N., Field, T., & Lundy, B. (1999). One-Year-Old Infants of Intrusive and Withdrawn Depressed Mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, *30*(2).
- Herba, C., Tremblay, R., Boivin, M., Liu, X., Mongeau, C., Séguin, J., & Côté, S. (2013). Maternal Depressive Symptoms and Children's Emotional Problems. Can Early Child Care Help Children of Depressed Mothers? *Jama Psychiatry*.
- Horwitz, S.M., Briggs-Gowan, M.J., Storfer-Isser, A., & Carter, A.S. (2007). Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression. *Journal of Women's Health*, *16*, 678-691.
- Horowitz, S.M., Kelleher, K.J., Stein, R.E.K., Storfer-Isser, A., Youngstrom, E.A., Park, E.R., Heneghan, A., Jensen, P.S., O'Connor, K.G., & Hoagwood, K. E. (2007). Barriers to the Identification and Management of Psychosocial Issues in Children and Maternal Depression. *Pediatrics*, *119*(1), 208-218.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, *71*(3), 543-562.
- Lyons-Ruth, K., Wolfe, R., & Lyubchik, A. (2000). Depression and the Parenting of Young Children: Making the Case for Early Preventive Mental Health Services. *Harvard Review of Psychiatry*, *8*(3), 148-153.
- Marques, C. (2003). Depressão maternal e representações mentais. *Análise Psicológica*, *XXI*(1), 85-94.
- Martins, C., & Gaffan, E. (2000). Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant-Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation. *J. Child Psychol. Psychiat.*, *41*(6), 737-746.
- Mothander, P., & Moe, R. (2010). Self-reported depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers who bring their infants to an infant mental health clinic. *Nord J Psychiatry*, *64*(5), 310-6.

- Schwengber, D.S.S., & Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Toth, S., Rogosch, F., Manly, J., & Cicchetti, D. (2011) The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy to Reorganize Attachment in the Young Offspring of Mothers With Major Depressive Disorder: A Randomized Preventive Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1006-1016.
- Weissman, M., Pilowsky, D., Wickramaratne, P., Talati, A., Wisniewski, S., Fava, M., Hughes, C., Garber, J., Malloy, E., King, C., Cerda, G., Sood, A., Alpert, J., Trivedi, M., & Rush, A. (2006). Remissions in Maternal Depression and Child Psychopathology. *JAMA*, 295(12).
- World Health Organization. (2010). World Health Statistics. *World Health Organization*. Geneva, Switzerland.

## ABSTRACT

*The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC 0–3R) was used to diagnose 51 referred children (74% boys; mean age 46.47±14.94). Children were in their majority referred by a General Practitioner or by Hospital Services. The main reasons for referral were behavioural problems, eating behaviour problems, mother-baby relation disruption and sleep problems.*

*The prevalence of Axis I diagnosis was 29.41% and of Axis II diagnosis was 25.49%. A further 29.41% of children met the criteria for a dual multi-axial (Axis I and II) diagnosis.*

*Intergroup differences analyses revealed that older infants are more likely to present multi-axial diagnosis, and that mothers of Axis II and dual Axis I & II diagnosed children presented higher levels of depression when compared to mothers of Axis I or non-diagnosed children. Finally, the probabilities for the different axial diagnosis according to maternal depression and other covariates were estimated using a multinomial model. We failed to find any associated factors to Axis I. Risk for Axis II psychopathology was associated with maternal depression. Risk for dual Axis I and II was associated with maternal depression and infant's age. Moderating effects of gender of child and parental education were also evaluated. The limitations of this study are discussed and future research directions are suggested.*

*Key-words:* Maternal depression. Infancy. Psychopathology.



# REFLEXÕES SOBRE UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE GRUPO PARA CRIANÇAS COM ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO NO CONTEXTO DA ÁREA DE DIA

---

Rosa Esquina \*

Inês Figueiredo \*\*

Patrícia Silva \*\*

Margarida Alves \*\*\*

Pedro Pires \*\*\*\*

## RESUMO

*O presente artigo descreve o trabalho desenvolvido na Área de Dia da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, iniciada em 2009, como uma intervenção terapêutica de grupo para crianças na idade da latência com alterações do comportamento e patologia do agir, inseridas em famílias disfuncionais. Pretende focar alguns dados da literatura que se relacionam com intervenções em grupo para crianças com alterações do comportamento e propõe a apresentação de uma vinheta clínica de um grupo de crianças inserido na área de dia (atelier de expressão plástica) e do grupo paralelo de famílias. Por fim, é feita uma breve reflexão baseada na nossa prática clínica.*

*Palavras-chave:* Crianças. Famílias. Unidade de Cuidados a Tempo Parcial. Intervenção em Grupo Terapêuticos.

---

\* Pedopsiquiatra na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

\*\* Psicóloga Clínica na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

\*\*\* Educadora de Infância no Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

\*\*\*\* Pedopsiquiatra. Coordenador da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

*“É a estação da Primavera. Está a árvore, estou longe da minha casa, a palmeira onde eu encosto para tirar maçãs e ali é a cor, a andorinha a pôr as cores. E eu estava a saltar, a tentar apanhá-la para dar uma festinha”.*  
(André)

*“Fui para o céu. Levei um tiro, fui para o céu. Já não existo... Já não existo por isso já não é preciso falar”* (Lucas).

## A ÁREA DE DIA

Neste número da Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, com vista à comemoração dos dez anos da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, pretendemos partilhar um trabalho que temos vindo a desenvolver desde 2009 e que consiste numa intervenção terapêutica de grupo para crianças na idade da latência. A frequência de pedidos de consulta por alterações do comportamento nesta idade, em que predominam a patologia do agir e a fraca capacidade de mentalização como expressão de um sofrimento psíquico que não pode ser traduzido por palavras, que se associa a situações familiares complexas e tem implicações negativas nas aprendizagens e na socialização, levou-nos a repensar as intervenções individuais que estariam a ser pouco eficazes e a implementar outra modalidade de intervenção. Assim, baseados em modelos de intervenção já organizados, nomeadamente o desenvolvido no Hospital D. Estefânia (Carreira & Correia, 2005), criámos na nossa Unidade a *Área de Dia – uma unidade de cuidados a tempo parcial* que integra: dois grupos de crianças; um grupo de famílias; um grupo de professores; uma equipa técnica multidisciplinar.

Os grupos de crianças têm uma duração de dois anos. Integram rapazes com idades entre os 6 e os 10 anos, previamente avaliados com testes psicológicos (cognitivos e projetivos). No contexto da avaliação inicial, os pais preenchem um conjunto de questionários os quais são novamente preenchidos a meio e no final da intervenção com o intuito de podermos avaliar a mesma. Essa avaliação tem também em conta os resultados escolares no final de cada período, o *feedback* das famílias e a nossa impressão clínica da evolução dos grupos e de cada caso em particular.

A intervenção acompanha o calendário letivo, é semanal para as crianças e quinzenal para as famílias, sendo a adesão ao tratamento, a pontualidade e a assiduidade, condições que impomos.

Todas as terças-feiras de manhã as crianças e as suas famílias são acolhidas pela Pedopsiquiatra que assume o papel de figura de referência da Área de Dia. Neste sentido, qualquer questão pertinente é discutida com a mesma no momento da chegada. As crianças, divididas em dois grupos, dirigem-se às salas onde vão decorrer os ateliers de Expressão Plástica e de Psicomotricidade, com duração de uma hora cada e mediados por um lanche de quinze minutos, sendo que, após o lanche, trocam de atelier. Quinzenalmente, em paralelo com os grupos de crianças, ocorre o grupo de famílias.

No final destas manhãs a equipa técnica (pedopsiquiatra, psicóloga, educadora, psicólogos estagiários e estagiários de psicomotricidade), reúne para uma discussão e reflexão. Este é também um momento em grupo que privilegiamos desde o início e que nos permite pensar as sessões e os pacientes de acordo com diferentes perspetivas, sendo também um momento de partilha das nossas dificuldades. Nestas reuniões há uma troca de conceitos teóricos e de bibliografia.

No que respeita ao grupo de professores, este reúne formalmente três vezes por ano no final de cada período letivo, mas estamos disponíveis para articular informalmente noutros momentos. Neste espaço os professores transmitem-nos informações, preocupações e melhorias sobre as crianças e nós promovemos um suporte às dificuldades que sentem na relação com as mesmas.

A supervisão, a cargo da Dr.<sup>a</sup> Maria José Vidigal desde o início, tem sido essencial na análise das contratransferências, sendo um meio de aprendizagem da técnica e da função terapêutica que nos permite pensar e reorganizar as intervenções. As reflexões efetuadas sobre cada criança têm por base, tal como para Vidigal (2005a), a teoria psicanalítica ainda que as técnicas aplicadas nos grupos sejam diferentes e de acordo com a formação dos elementos que constituem a equipa. As intervenções que fazemos vão no sentido de colocar em palavras e dar um sentido ao que vai acontecendo no grupo, numa relação de suporte e contenção que permita abrir caminho ao pensar, ao simbolizar e à comunicação verbal. Deste modo, os ateliers oferecem um tipo de intervenção facilitadora deste caminho-processo.

O atelier de expressão plástica é um espaço terapêutico que apela ao pensar, à criatividade e ao sentir. Com recurso aos mediadores terapêuticos as crianças têm a possibilidade de exprimir o seu mundo interno, as suas angústias e os sofrimentos. Esta intervenção é dinamizada por uma psicóloga, uma educadora e uma observadora (estagiária de psicologia) que regista tudo o que se passa na sessão. O espaço tem duas áreas principais: um conjunto de seis almofadas distribuídas pelo chão, onde no início e no final de cada sessão os terapeutas e as crianças se sentam para uma conversa inicial ou uma reflexão final; uma

mesa redonda com quatro cadeiras pequenas e duas grandes, onde as construções e os trabalhos são realizados com recurso a vários materiais (tintas, pincéis, barro, material de desgaste, lápis de cor, colas, lãs, tecido, botões, digitintas...).

As primeiras sessões são cuidadosamente planificadas pelos terapeutas, decisão que tomamos a partir da experiência do primeiro ano de intervenção em que a ausência inicial de estruturação das sessões conduziu a uma enorme dispersão do grupo. Na nossa planificação recorremos sempre a mediadores em todas as fases da sessão. Assim, a conversa inicial e a reflexão final são feitas através de um objeto que circula entre as crianças e lhes concede a sua vez de falar, evitando que se sobreponham. Tendo em conta que estes momentos correspondem a quinze minutos, o que no início das intervenções é muito para que suportem uma conversa, propomos também um jogo, uma dinâmica de grupo ou uma história. Posteriormente, no momento em que realizam os seus trabalhos, os mesmos têm por base um tema geral proposto pelos terapeutas. Esta forma de intervir estrutura as sessões, organiza as crianças e permite-lhes aos poucos ter a iniciativa de decidir o que querem fazer. Assim, como referido por Torras de Bèa (1992), é importante que se “invente” a técnica para cada grupo e que esta se vá modificando.

A psicomotricidade é uma prática de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensório – motor através do movimento e da sua regulação tónico – sensorial, possibilitando depois o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento lúdico e relacional (Martins, 2000). As sessões de psicomotricidade têm-se destacado como prática terapêutica útil e privilegiada no tratamento das perturbações do comportamento por garantirem um espaço seguro e contentor no qual, pelo movimento espontâneo, pelo jogo e pela expressão, as crianças aprendem a transformar as sensações, os atos e afetos em pensamentos, projetos e palavras (Moutinho, 2012). O atelier de psicomotricidade é dinamizado por duas estagiárias académicas desta área, as sessões são filmadas a fim de serem discutidas, sendo sempre previamente preparadas e com objetivos específicos. Integram diferentes momentos: ritual de entrada; fase principal; retorno à calma; conversa final; ritual de saída.

Por último, a intervenção paralela com o grupo de famílias (assim denominado pelo facto de, ao longo dos anos, ter a participação de pais e de avós) é para nós fundamental. Este grupo é dinamizado por uma terapeuta (pedopsiquiatra), um co-terapeuta (estagiário de psicologia) e um observador que regista as sessões e integra em média oito a dez elementos.



## AS ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO E A INTERVENÇÃO EM GRUPO

Os critérios diagnósticos das Perturbações Disruptivas do Comportamento encontram-se definidos nas classificações internacionais: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) e International Classification of Diseases (ICD-10). Este grupo complexo de situações engloba as Perturbações de Oposição e as Perturbações do Comportamento propriamente ditas. Segundo Llardén (2007), as crianças com perturbações de oposição e do comportamento apresentam conservadas as capacidades cognitivas mas têm pouca tolerância à frustração, um comportamento agressivo e de provocação com adultos e pares, um pensamento rígido, pouca motivação para atividades lúdicas e desportivas, estando inseridas em ambientes de carência afetiva. Verifica-se, também, uma tendência para a negação das suas dificuldades e rejeitam ajuda.

Neste âmbito das alterações do comportamento, Vidigal (2005a) refere que este sintoma tem sofrido um aumento explosivo nos últimos anos, surgindo já no período da latência e correspondendo a um verdadeiro desafio para as equipas de saúde mental. Verifica-se um predomínio dos rapazes sobre as raparigas e a linguagem verbal não serve verdadeiramente de comunicação, sendo difícil estabelecer ligações, mentalizar e simbolizar. Neste tipo de funcionamento, as feridas narcísicas e as angústias não são geridas psiquicamente, havendo uma tendência para serem “evacuadas” através de uma ação traduzida em comportamentos disruptivos e violentos. Na sua experiência clínica e terapêutica, o mesmo autor (Vidigal, 2007) evidencia que o recurso às intervenções em grupo se tem mostrado particularmente precioso nestes doentes, com vantagens sobre as intervenções individuais muitas vezes difíceis, morosas e mesmo sem resultados. Salienta ainda que muitas vezes são crianças dificilmente suportáveis pelas famílias e instituições, nomeadamente escolares.

Tal como defendido por Crim (2011), a psicoterapia de grupo com crianças não é um substituto da terapia individual. As indicações para uma intervenção em grupo podem relacionar-se com as dificuldades que certas crianças têm na comunicação dos seus pensamentos e emoções e na impossibilidade de fazerem associações no contexto de um trabalho individual, sendo o tratamento de grupo estratégico. Algumas crianças anteriormente seguidas em tratamento individual, com mais ou menos êxito, manifestam na situação de grupo uma capacidade de implicação que contrasta com a vivência terapêutica anterior. A autora refere que, como no jogo e no sonho, o mundo interno de cada criança atualiza-se e transforma-se no espaço grupal através das relações que se

estabelecem entre todos e das diferentes posições identificatórias no decurso desse processo. Na sua experiência, o espaço terapêutico grupal contém condições específicas que permitem a integração de partes depositadas nos outros membros do grupo e a elaboração dos conflitos inconscientes. Juntamente com o trabalho terapêutico paralelo com os pais, a intervenção em grupo com crianças contribui para a construção de um espaço de simbolização que permite a emergência de novos vínculos entre o sintoma e múltiplos fatores (intrapsíquicos, relacionais, neurobiológicos e do meio), tornando mais claro o sentido do mesmo. A transição da atividade lúdica à atividade verbal corresponde a uma diminuição das resistências e angústias paranóides, bem como ao crescimento da confiança dos participantes no grupo e nos terapeutas.

Em referência a uma intervenção em grupo com crianças borderline ou pré-psicóticas, Villanueva, Franco, Buruchaga e Ruiz (2007), mencionaram que as mesmas revelavam dificuldades em representar no plano simbólico as vivências do seu mundo interno, as quais surgiam através de uma descarga pulsional. Os autores delinearão objetivos na sua intervenção que correspondiam a: estimular uma maior preponderância do funcionamento do processo secundário sobre o processo primário; conseguir uma maior capacidade de gestão da agressividade; proporcionar o desenvolvimento de uma imagem de si mais sólida e positiva. Consideraram que o trabalho com este tipo de patologias exigia uma grande estruturação externa de suporte à destruturação interna vivida no psiquismo, sendo necessário manter nas sessões um enquadramento estável, com regras claras e firmes que contrastasse com o ambiente familiar de desordem, imprevisibilidade e incoerência. Deste modo, o grupo apresenta um papel fulcral na expansão e desenvolvimento psíquico da criança (Nabais & Guerreiro, 2005) e o funcionamento grupal exerce uma influência notável na sua organização psíquica (Villanueva, Franco, Buruchaga, & Ruiz, 2007).

O trabalho de intervenção com o grupo de pais é extremamente importante. Como menciona Vidigal (2005a), não é possível tratar uma criança sem passar pelos pais ou pela família, correndo-se o risco do fracasso da intervenção. Deste modo, na prática clínica em saúde mental infantil é necessária a intervenção junto dos pais ou seus substitutos com o objetivo de lhes proporcionar o suporte para o desenvolvimento de uma função parental (re)organizadora, empática e adequada às reais necessidades dos seus filhos. Da experiência clínica de Devi e Fenn (2012) a propósito das intervenções em grupo, alguns pais mais isolados, com dificuldades emocionais, elevados níveis de ansiedade persecutória e pouca capacidade de auto-reflexão tendiam a considerar o grupo de pais mais acessível e construtivo comparativamente com as sessões individuais.

Os grupos paralelos de crianças e de pais (realizados em simultâneo mas em espaços diferentes) têm a finalidade de melhorar a compreensão das dinâmicas relacionais entre os diferentes membros da família e favorecer a adesão ao grupo de crianças. Funcionam como suportes mútuos, sendo que se um deles se modifica isso terá influência no outro a partir do intercâmbio das identificações projetivas (Torras de Bèa, 1999).

O grupo de pais permite a compreensão psicológica da relação pais-filhos, sendo que é importante ajudar os pais a compreender o sentido dos sintomas e dos comportamentos dos filhos e, sobretudo, a aceitar os seus movimentos de autonomia. O trabalho com os pais substitui a rivalidade e a competição por um trabalho de aliança e de cooperação, permitindo a identificação dos terapeutas aos pais e destes aos terapeutas, o que facilita o trabalho com a criança (Vidigal, 2005b).

### **GRUPO DE FAMÍLIAS – VINHETA CLÍNICA**

Ao pensar numa intervenção em grupo de crianças sentimos a necessidade de uma intervenção grupal paralela com os pais. Como referido por João dos Santos (1963, cit. por Vidigal, 1992) *“É preciso aceitar que os pais vêm até nos para pedir alguma coisa. É preciso primeiro compreender o que eles nos querem dizer e o que nos pedem. Eles têm as suas ideias, as suas preocupações, o seu diagnóstico e encaram mesmo uma solução para os seus problemas. Não podemos impor os nossos preconceitos científicos nem esquecer o enorme esforço que representa de parte deles, a sua presença diante de nós. É preciso ajudá-los aceitando ser para eles um personagem da sua vida fantasmática, mas podendo agir de modo diferente”*.

A intervenção em grupo está pensada para dois anos. A primeira sessão é sempre realizada com os familiares dos meninos que vão integrar os grupos, sendo nesse momento que conhecem a equipa técnica e são esclarecidos sobre as regras e o funcionamento da Área de Dia. Nesse primeiro momento partilham as dificuldades que sentem com os filhos ou netos e, por vezes, referem as suas expectativas face ao trabalho que iremos desenvolver. Tal como na psicoterapia analítica de grupo é estabelecido um contrato terapêutico e a confidencialidade dentro do grupo é referida, sendo a mesma crucial na promoção de uma relação de confiança e de uma aliança terapêutica entre os terapeutas e os pais.

O grupo de famílias permite: comunicar e dialogar numa partilha de diferentes pontos de vista; ajudar a observar e a ouvir as crianças, tentando compreender o que estas sentem; tomar consciência dos seus sentimentos; informar e orientar sobre aspetos normais de determinadas fases do desenvolvimento; implicar as famílias no tratamento dos filhos. Poderíamos denominar este grupo como um grupo terapêutico de reflexão onde é possível pensar conjuntamente sobre as próprias dificuldades e partilhá-las com os outros.

Está descrito na literatura que o grupo de pais passa por diferentes etapas. No início os pais fazem referência aos problemas de comportamento dos filhos e pedem “dicas” para os resolver, centrando o seu interesse no problema-filho. Numa segunda etapa, sensivelmente a meio da intervenção tendem a falar de si próprios, da sua vida, fazem referência à sua infância e expressam sentimentos mais íntimos. Na fase final da intervenção, são capazes de fazer uma leitura emocional e empática dos comportamentos dos filhos e encontrar formas de os ajudar (Zegrí, 2007)

Da nossa experiência, alguns dos temas que surgem com maior frequência nos grupos de famílias, tendo em conta que os sintomas das crianças se enquadram no contexto das alterações do comportamento, relacionam-se com as dificuldades ao nível das regras e limites, o desrespeito da autoridade, a intolerância à frustração, a incapacidade de aceitar o Não e os conflitos e zangas com irmãos e colegas.

Desde que a Área de Dia foi implementada já intervimos com três grupos de famílias. O primeiro grupo era mensal e não era paralelo ao grupo de crianças. Deste modo, os resultados foram pouco efetivos, não se verificando uma verdadeira dinâmica grupal e uma interação prazerosa entre os seus constituintes. Partilhavam pouco e mantinham-se numa atitude defensiva, sendo que os temas que surgiam estavam muito circunscritos aos problemas de comportamento, às dificuldades escolares cujas causas se associavam a fatores de ordem externa (à escola, à sociedade...). Optámos por reorganizar a intervenção e no segundo grupo as sessões realizaram-se em paralelo com o grupo de crianças e a sua periodicidade passou a quinzenal. Os resultados foram positivos, verificando-se uma maior adesão no grupo de famílias, uma ligação entre os seus elementos e uma reflexão conjunta. Neste grupo, observámos as três etapas anteriormente descritas por Zegrí (2007), sendo possível aceder ao mundo interno e a um espaço mais íntimo destas famílias com repercussões positivas na visibilidade e na relação com as crianças. Mantivemos a mesma periodicidade no terceiro grupo (e atual) mas com algumas alterações no modelo. Deste modo, para além da terapeuta (figura

feminina) foi possível introduzir um co-terapeuta masculino durante todo o ano (o que até aqui não tinha acontecido). Do lado do grupo, também uma referência paterna (o padrasto de um menino) se manteve sempre presente. A identificação entre ambos permitiu assim que o tema do pai-autoridade e a sua importância no desenvolvimento destas crianças (em que muitas vezes esta figura falta) surgisse mais espontaneamente nas sessões.

### *Vinheta clínica*

Na sétima sessão as mães falam da dificuldade que os filhos têm em dormir sozinhos. Na sua maioria têm de dormir com eles e eles insistem nesse sentido. A figura paterna (padrasto) que está presente fica em silêncio face ao que ouve.

O terapeuta masculino questiona a sua opinião e ele diz: *“O meu filho dorme bem; nunca foi habituado a isso de ficar com os pais; hábitos desses lá em casa não estou para isso. Chega aquela hora e sabe que tem de ir para a cama.”*

Uma mãe comenta: *“com o pai também não preciso dizer nada (...)”*, evocando nesta altura o seu marido e outra mãe refere: *“É a autoridade. As crianças habitam-se com tudo e eu sei que faço mal, não lhe pôr limites é fazer mal, a gente cede um bocado (...) Nós é que os estragamos”*.

Pela nona sessão, uma avó vem pela primeira vez em substituição da mãe que foi trabalhar. Mostra ser interessada, de contacto afável e partilha a sua opinião dos temas tratados na sessão. Um dos temas refere-se às alterações do comportamento e à dificuldade de contenção por parte das mães. A avó diz: *“Uma coisa que estou a ouvir, e é a primeira vez que venho, dá-me a ideia que isto acontece mais com as crianças com os pais separados, quando não há pai”*.

Neste grupo de famílias verifica-se desde o início um clima de envolvimento. Falam desde a primeira sessão das suas histórias pessoais-infantis, o que difere do que foi descrito por Zegri (2007). Este tema é introduzido no grupo pelo único pai-padrasto que partilha os seus tempos de criança em África, num contexto de guerra. A sua intervenção, desviou o tema das queixas do comportamento para aspetos pessoais e infantis. Consideramos que assim se abriu o caminho para uma compreensão das crianças para além dos seus sintomas e mais à frente conseguiram fazer uma outra leitura do comportamento dos filhos, diferente da que tinham antes de entrarem no grupo. Assim, uma mãe refere que o filho não pode estar bem com a confusão familiar que vivem.

As últimas sessões deste grupo coincidem com o agravamento do quadro de alterações do comportamento de um menino. O grupo realizou um papel de contenção e suporte para a sua mãe e em conjunto tentaram encontrar soluções e saídas para este problema, no sentido de um verdadeiro grupo terapêutico. A

mãe conseguiu verbalizar o seu sentimento de cansaço face à gravidade do problema do filho e ela própria conseguiu mais tarde encontrar uma solução que nos pareceu adequada.

### **GRUPO DE CRIANÇAS – VINHETA CLÍNICA**

Na intervenção que desenvolvemos com os grupos de crianças temos como objetivo favorecer a expressão de fantasias e conflitos inconscientes que impedem a criança de seguir o seu desenvolvimento, num contexto protegido que pode permitir a sua elaboração. Nesta exposição falaremos apenas do atelier de expressão plástica.

Este grupo é formado por quatro rapazes: André de 7 anos, o Lucas de 7 anos, o Tomás e o João de 6 anos (cujos nomes verdadeiros alterámos), duas terapeutas (psicóloga e educadora) e uma observadora (psicóloga estagiária). A nossa sala é ampla e tem dois espaços: no primeiro encontram-se seis almofadas (quatro amarelas e duas azuis, para as crianças e para os terapeutas) dispostas em roda onde decorrem os momentos inicial e final das sessões; no segundo há uma mesa redonda com quatro cadeiras pequenas e duas maiores. Na sala existem móveis onde todos os materiais para os trabalhos de expressão plástica se encontram e onde guardamos os trabalhos realizados. Em ambos os espaços a observadora tem a sua mesa e cadeira onde faz os registos.

Estes meninos têm histórias de vida difíceis, onde a presença do sofrimento é transversal e todos vêm por alterações do comportamento, embora este grupo seja mais heterogêneo em relação aos sintomas face aos que costumamos observar. O André e o Lucas vieram à consulta por alterações do comportamento na linha da agressividade e da instabilidade. O Tomás e o João são meninos que se isolam e apresentam dificuldades ao nível da socialização. Todos têm dificuldades de aprendizagem e pertencem a famílias com maior ou menor disfuncionalidade. O pai do André está preso desde os seus três anos, a mãe do Lucas teve um cancro, o pai do Tomás vive noutra país e a mãe teve depressão pós-parto e a mãe do João é uma mulher deprimida e passiva que sofreu maus tratos por parte do pai do João que era alcoólico. O João tem um padrasto que está sempre presente no grupo de famílias.

Tal como referimos anteriormente, quando iniciamos um grupo planificamos sempre as sessões, o que se tem revelado como extremamente organizador.

A primeira sessão foi de apresentação. Neste dia estabeleceu-se o contrato terapêutico e questionou-se em grupo os motivos que os trouxeram a esta

intervenção. Para se apresentarem as crianças usavam uma folha com um contorno de rapaz que tinham de preencher (com canetas, lápis, tecidos, papéis de cores, botões, lãs...), fazendo-se a si mesmos. À volta da folha escreviam os nomes, idades e desenhavam algo que os caracterizasse. Com base nisso, poderiam falar de si mesmos e os outros fazer perguntas. Neste dia, sentia-se no grupo uma tensão inicial que nos pareceu associar-se à inquietação provocada pela novidade mas também a uma expectativa. Apesar de lhes ser difícil verbalizar o porquê de estarem ali, as suas dificuldades ficaram dentro do grupo desde este dia ainda que indiretamente. Assim, uma fragilidade interna/sentimento de desvalorização é verbalizada pelo João: *“Toda a gente tem vergonha de mim”* ou uma angústia de desamparo *“Estou a viver numa casa alta, tenho medo de saltar e cair do prédio abaixo”* face ao que o Tomás associa uma solução-proteção dizendo-lhe: *“Saltas de pára-quedas”*. Outro menino que tem a sua mãe doente comenta *“Se eu morrer vem uma ambulância e eu vou para o hospital, se eu morrer a minha mãe vai ficar triste”*. O tema da agressividade é introduzido desde o início pelo menino mais inibido do grupo através dos desenhos de pistolas. Surgem ainda fantasias que nos pareceram associadas ao desejo de crescer com comentários como *“eu quero ser futebolista”* *“e eu aviador”*.

A segunda e terceira sessões destinaram-se a um trabalho muito intensivo em torno do tema das regras. Há uma conversa em torno das mesmas e é realizado um *poster*, onde as registamos a fim de serem ilustradas pelas crianças com desenhos relacionados. Este trabalho é fundamental para que as regras fiquem memorizadas e possam ser progressivamente integradas. Os conflitos entre as crianças começam a ter lugar que procuram uma posição de destaque dentro do grupo.

As sessões planeadas pelos terapeutas mantêm-se. Na quarta e na quinta sessões dedicam-se à ilustração de uma caixa e de uma pasta, representativas do espaço de cada um dentro do espaço grupal, o que tem sido importante sobretudo nos primeiros tempos em que recorrem às mesmas para guardar os seus trabalhos numa espécie de lugar seguro. Face às suas ilustrações conversam sobre medos: Lucas, olhando os barcos que o João fez referiu: *“Eu gosto de mar, de navegar mas tenho medo (...) eu não queria estar dentro do barco por causa do tubarão”* e pergunta se em Portugal existem tubarões ao que o André reage *“Não faz mal, o tubarão vem e eu dava-lhe logo com um pau na cabeça”*, evocando uma estratégia defensiva onipotente face à angústia e medo que Lucas introduz no grupo. O grupo começa a ficar mais agitado e surgem conflitos entre dois meninos que um terceiro tenta apaziguar em aliança com os terapeutas.

Surgem indícios de que o grupo começa a ter uma representação e importância no interior das crianças. O Tomás desde o início que traz objetos de casa, o que associamos a uma necessidade sua de segurança e também a uma forma de se proteger face a um confronto direto com os outros, tendo em conta a sua inibição. Pela quinta sessão mostra discretamente os seus *Walkie-talkies* e acrescenta: *“Hoje trouxe uma coisa (...) acho que são quatro”*, mostrando quatro desenhos para colorir e sinalizando a falta de um dos meninos. Oferece os desenhos aos outros que os guardam com entusiasmo nas suas caixas. Em sessão posterior, André retira quatro rebuçados do seu bolso e coloca no centro do grupo. Pela sexta e sétima sessões todos trouxeram algo seu para partilhar dentro do grupo. Assim, mesmo na ausência, o grupo começa a existir dentro de cada um deles, numa representação interna.

As interações aumentam, oscilando entre momentos em que se ajudam e outros em que rivalizam e se agridem. Competem entre eles pelas melhores competências sob o olhar dos terapeutas – *“Eu sei fazer o pino”* (João); *“E eu de cabeça para baixo”* (Tomás); *“E eu dei um mortal”* (Lucas) e disputam quem sabe mais línguas estrangeiras ou quem tem mais idade. Ao mesmo tempo, surgem temas de medo e desproteção que são expressos pelos seus trabalhos de expressão plástica.

Com o evoluir das sessões trazem-nos as suas “feridas”: *“eu tenho uma ferida aqui no joelho”*; *“e eu tenho uma ainda pior”*, reenviando-nos para o seu sofrimento interno. Também indiciam a sua tristeza quando relatam perdas de animais de estimação.

Na nona sessão o lugar de líder é claramente disputado entre o André e o Lucas: *“eu sou o presidente, sou o presidente!”*; *“para de pintar o meu desenho senão quem trata de ti sou eu”*, e, o desafio da autoridade dos terapeutas verifica-se.

Progressivamente, são eles a decidir os trabalhos que pretendem fazer. Gostam muito de pintar com tintas e pincéis e fazer construções.

As dificuldades nos momentos da separação (que reativam angústias de separação e abandono mas que podem representar uma ligação ao grupo), transversais aos vários grupos que temos vindo a seguir, são evidentes pela agitação que se começa a instalar nas saídas ou por evidentes resistências em ir embora – *Os terapeutas sinalizam a saída. Lucas deita-se no chão, Tomás percorre a sala e André dirige-se à janela. No momento do lanche, unidos gritam às terapeutas “Bruxas velhas!”*

Também as despedidas para férias são acompanhadas de uma tonalidade depressiva a par de uma luta antidepressiva manifestada na agitação. Esta agitação-dispersão que apela à contenção e proteção do grupo, foi, ainda,



evidente na sequência de alterações ocorridas no quadro terapêutico decorrentes de faltas inesperadas.

Pela vigésima sétima sessão incluem espontaneamente os terapeutas num jogo de cartas trazido pelo Lucas *“Hoje trouxe 6 cartas e vocês também podem jogar”*. Na penúltima sessão antes da interrupção para as férias de Verão que medeiam os dois anos de intervenção, as terapeutas trabalham a separação. Neste dia, o Tomás não pode vir e o André verbaliza muitas vezes a sua falta. No entanto, a dificuldade em lidar com a alteração da estrutura do grupo leva-o a negar a falta: *“O Tomás já acabou o teste e a consulta, pode vir”*. Nesta sessão, o André diz espontaneamente: *“Podíamos construir uma casa todos juntos. Nós! Hoje fazemos só nós, vocês (terapeutas) não”*, e juntam-se num pequeno círculo de crianças com os braços sobre os ombros uns dos outros, deixando os terapeutas de fora. *“Tu (terapeuta) não podes ouvir, nós vamos falar” (André); “Vamos construir isto tudo juntos” (Lucas)*. André desenha a planta da casa e diz: *“Vamos construir! Precisamos de rolos” (...)*. Comentam que não cabem dentro da casa, querendo uma casa para o seu tamanho, *“Para podermos dormir. E vocês não podem entrar*. Continuam a sua construção até ao final da sessão.

Com esta exposição pretendemos ilustrar uma intervenção em grupo com crianças, tendo em conta a dinâmica interna das sessões e os conteúdos que surgiram.

Partilhamos do pensamento de Hariton, Kernberg e Chazen (1993) sobre a intervenção terapêutica em grupo de crianças com alterações do comportamento. Assim, esta intervenção permite que as mesmas beneficiem da inserção num grupo de pares de uma forma protegida, com a possibilidade de experimentar novos comportamentos, desenvolver competências de auto-observação e ensaiar novas formas de relacionamento. Os autores desenvolvem três conceitos fundamentais: a *estrutura*, o *apoio à coesão* do grupo e o *encorajamento à socialização*. A *estrutura* do grupo pretende criar um ambiente consistente, no qual as crianças se possam sentir seguras. A atmosfera de apoio criada dentro da estrutura do tratamento depende de vários elementos como são os materiais usados, os limites colocados e a autoridade dos terapeutas, sendo fundamental que a estrutura se mantenha durante todo o processo de tratamento, tendo como objetivo ajudar a reduzir a ansiedade das crianças para um nível tolerável de modo a que os sentimentos e impulsos caóticos possam ser exprimidos e partilhados. O *apoio à coesão* do grupo postula que a experiência da terapia em grupo pode permitir que os seus membros tenham um sentimento de pertença ao mesmo. Por último, o *encorajamento à socialização* refere-se às interações que ocorrem dentro do grupo e que permitem uma melhoria na capacidade de observação de sentimentos e do comportamento dos outros, o que, por

consequência, vai permitir uma melhoria ao nível do conhecimento de si mesmos e da socialização.

A intervenção em grupo permite canalizar comportamentos mais agressivos para formas socialmente mais aceitáveis e cabe aos terapeutas a função de facilitar a expressão afetiva e de encorajar a substituição da ação pela verbalização.

Salientamos que as famílias e os professores referem melhorias nestes meninos. Eles dizem-nos na reflexão final que *“estar no grupo foi bom, porque foi super mega, super mega fantástico”* ou *“eu gostei muito muito muito (...) até ao Cristo Rei”*.

## CONCLUSÕES E REFLEXÕES FINAIS

Ao longo destes, ainda poucos, anos de intervenção temos vindo a constatar que as intervenções em grupo, de acordo com o modelo em que as temos vindo a desenvolver, são importantes pelas características qualitativas que diferenciam esta intervenção de outras, e exigem uma grande disponibilidade da equipa.

Algumas questões têm-se destacado como essenciais no trabalho que temos realizado:

- 1) Manter o quadro terapêutico – os tempos das sessões, o espaço onde se desenvolvem e a presença dos mesmos terapeutas e das crianças é muito importante para a evolução do grupo. Observámos grandes inquietações na dinâmica grupal quando se verificava a falta de algum dos elementos do grupo. Neste contexto, salientamos que, no que respeita aos terapeutas, as ausências podem ser vividas pela criança como confusão, sentimentos de abandono ou angústia” (Villanueva, Franco, Buruchaga, & Ruiz, 2007).
- 2) As regras – dentro do quadro terapêutico, as regras têm sido muito importantes. Nas crianças dos nossos grupos enumerar as regras não é suficiente, pelo que fazemos um trabalho intensivo à volta das mesmas para que as interiorizem e integrem. As nossas regras são: “não bater, não estragar materiais, trabalhos ou objetos da sala, respeitar os adultos e os pares, não sair da sala pois quem sai não volta a entrar”. Esta última regra foi instituída no primeiro grupo com o qual trabalhamos, já que face às frustrações saíam a correr da sala-grupo. Com a introdução desta última regra todas as crianças que se ligavam ao grupo não voltavam a sair. As regras não são quebradas, só excepcionalmente quando se considera ter

vantagens na intervenção e desde que negociado com o grupo. Com o tempo são eles próprios que as relembram uns aos outros – “*se saís não entras*”; “*este menino está a precisar de ouvir as regras*”.

- 3) Os terapeutas de referência – consideramos a presença de dois tipos de terapeutas de referência. A figura de referência da Área de Dia (pedopsiquiatra) que é a representante da equipa técnica e o elemento que se ocupa de todas as questões que ocorrem fora dos ateliers. É também a terapeuta principal do grupo de famílias, estabelecendo com estas uma relação empática, fundamental na adesão ao tratamento. As crianças vão construindo uma representação deste elemento como uma espécie de Super Ego com quem vão falar sempre que o seu comportamento ultrapassa a possibilidade de ser gerido em grupo e necessitam de um espaço de contenção externo para o mesmo. Existe também o terapeuta de referência dentro de cada grupo. Geralmente é eleito pelas próprias crianças, sendo a esse elemento que recorrem espontaneamente quando necessitam. Noutras situações em que identificamos dificuldades na própria criança que interferem no processo de integração e interação dentro do grupo, escolhemos um terapeuta para a apoiar mais diretamente e ajudá-la a ligar-se ao grupo. A figura de referência tem assim uma função organizadora de contenção emocional, de proteção face às ameaças e angústias sentidas, de compreensão de conflitos internos e acontecimentos de vida que as crianças não conseguem partilhar com todo o grupo, de forma a permitir através do seu suporte uma melhor integração no grupo e a resolução de conflitos emocionais.
- 4) Mediadores terapêuticos – em ambos os ateliers, tanto através dos materiais que medeiam as atividades da psicomotricidade como pelos materiais de expressão plástica, os mediadores terapêuticos facilitam a representação das tensões internas, dos sentimentos e angústias dando-lhes uma saída. A criança pode desta forma partilhar experiências do seu mundo interno e externo, dando posteriormente o acesso a uma partilha através da palavra. Um menino desenhou uma árvore, outro menino fez igual. Olhando a mesma disse: “*Não é fácil de crescer, não cresce só num minuto*”.
- 5) Os momentos de separação – estes momentos que marcam o final das sessões ou as interrupções para férias são geralmente caracterizados por uma maior agitação, evitamento da saída, recusa em fazer trabalhos ou sentimentos de tristeza (sobretudo na sessão que antecede as férias). Estes comportamentos parecem-nos relacionados com a reativação de angústias

de abandono, separação ou perda mas também nos fazem pensar numa ligação das crianças ao grupo. Na última sessão antes de férias, um grupo entra muito agitado. Os terapeutas comentam a ida para férias e o retorno ao grupo após as mesmas. Os dois meninos mais agitados recusam fazer trabalhos de expressão plástica e sentam-se lado a lado com uma expressão de tristeza. Um diz: “*Eu não quero voltar!*”, e o outro menciona “*Nem eu, isto é uma porcaria*” (...) “*Eu vou para outro país!*” “*E eu para uma ilha*”.

- 6) O grupo como precursor da psicoterapia individual – segundo Reid (1999), um período de psicoterapia de grupo foi considerado como preparador de um tratamento individual, o que também temos vindo a observar.
- 7) Grupos paralelos pais-filhos – no início da intervenção, no ano 2009, não foi possível realizar o grupo de famílias em paralelo com o grupo de crianças, o que interferiu na adesão dos familiares ao grupo. Posteriormente, os grupos passaram a ser paralelos o que nos parece ser fundamental neste tipo de intervenção, aumentando a adesão e a continuidade do tratamento.

Bokler (2010) referiu que cada equipa produz um modelo único de abordagem clínica com qualidades próprias. Assim, enquanto equipa temos vindo a desenvolver o nosso modelo de acordo com as condições do espaço físico, a disponibilidade dos recursos técnicos, a supervisão, as aprendizagens teóricas e as vivências/experiências práticas que decorrem da nossa “ação” terapêutica. Em grupo procuramos um sentido e um significado para o que observamos e avaliamos na procura de um crescimento nesta área de intervenção com o objetivo de encontrarmos estratégias que promovam o desenvolvimento emocional destas e as ajudem a crescer.

## BIBLIOGRAFIA

- Bokler, E. (2010). Modelo de intervención terapéutico en el hospital de día de Leganés: Propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y Del Adolescente*, 50, 197-207.
- Cabral Fernandes, J., et al. (1996). *DSM-IV – Critérios de diagnóstico* (pp. 62-69). Lisboa: Climepsi.

- Carreira, A., & Correia, A. (2005). Área de Dia – Uma experiência de tratamento de crianças em grupo. In M. Vidigal e col. (Eds.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 157-171). Lisboa: Trilhos.
- Crim, E. (2011). De la consulta a la psicoterapia de grupo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51/52, 84-102.
- Devi, A., & Fenn, E. (2012). Make sure you keep our house safe! Thematic analysis of a children's psychotherapy group. *Journal of Child Psychotherapy*, 38(3), 318-334.
- Hariton, J., Kernberg, P., & Chazen, S. (1993). Psicoterapia lúdica de grupo. In P. Kernberg & S. Chazen (Eds.), *Crianças com transtornos de comportamento: Manual de psicoterapia* (pp. 191-214). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Llardén, F. (2007). El niño y sus trastornos. In Torras de Beà (Ed), *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia* (pp. 217-234). Tarragona: Lectio.
- Martins, R. (2000). Questões sobre a identidade da psicomotricidade – As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições.
- Moutinho, G. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidades – Abordagens emergentes* (pp. 45-57). Brasil: Manole.
- Nabais, A., & Guerreiro, E. (2005). A intervenção psicoterapêutica de grupo com crianças no período de latência. In M. Vidigal e col. (Eds.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 215-236). Lisboa: Trilhos.
- Torrás de Bèa, E. (1992). Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 13/14, 51-67.
- Torrás de Bèa, E. (1999). La actividad anti-tarea en los grupos de niños y adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 28, 145-155.
- Vidigal, M. (1992). O pedopsiquiatra e a família. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 3, 88.
- Vidigal, M. (2005a). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes*. Lisboa: Trilhos.
- Vidigal, M. (2005b). Uma modalidade de intervenção na família. In M. Vidigal e col. (Eds.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 301-310). Lisboa: Trilhos.
- Vidigal, M. (2007). Comentários à conferência de François Sacco: Interventions en groupe et de groupe avec les enfants et les adolescents. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 22, 65-73.
- Villanueva, A., Franco, Y., Buruchaga, I., & Ruiz, M. (2007). Entre la acción y el pensamiento: El grupo terapéutico. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescent*, 43/44, 117-126.
- Zegri, G. (2007). Tratamientos en grupo. In Torres de Bèa (Ed.), *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia* (pp. 341-357).

## ABSTRACT

This article describes the operation of The Partial Time Care Unit of the Child Psychiatry Unit of the Garcia de Orta Hospital which began in 2009 as a therapeutic intervention group for children in the latency with conduct disorders and “tendency to act”, inserted in dysfunctional families.

It also intends to focus on some literature data that relate to group interventions for children with conduct disorders and proposes the presentation of a clinical vignette of a group of children entered in the Partial Time Care Unit (workshop of plastic expression) and the parallel family group. Finally, a brief reflection is made based on our clinical practice.

*Key-words:* Children. Families. Partial Time Care Unit. Therapeutic group intervention.

# A PATOLOGIA BORDERLINE NA CRIANÇA

## APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE UMA CRIANÇA DE 8 ANOS\*

Ana Veríssimo \*\*  
Inês Figueiredo \*\*\*

### RESUMO

*No presente trabalho os autores propõem-se apresentar um estudo de caso de uma criança de oito anos do sexo masculino, acompanhada na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, por alterações do comportamento (hiperactividade e agressividade), com implicações negativas no contexto escolar e familiar.*

*Na sequência de uma avaliação inicial com recurso à entrevista clínica e ao exame psicológico (incidente nas áreas cognitiva e emocional), foi realizado o diagnóstico de Organização Borderline de Personalidade, salientando-se nesta criança a tendência para o agir, as dificuldades ao nível dos processos de mentalização e uma angústia latente de abandono ou perda do objecto. Deste modo, iniciou-se uma intervenção baseada num modelo que consiste em psicoterapia semanal com a criança e intervenção familiar mensal, realizadas por dois técnicos diferentes, tendo como base teórica a teoria psicanalítica.*

*Nesta exposição, serão abordadas as características emocionais da criança e a dinâmica interna das relações familiares, salientando-se a relação com a figura materna (marcada, por um lado, pela necessidade de uma dependência regressiva e, por outro, pela indiferenciação geracional, na qual o filho ocupa o lugar de companheiro) e a ausência da figura paterna. Será, ainda, colocado o enfoque na*

\* Este artigo foi realizado com base num poster apresentado no XXIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, realizado em Maio de 2012, em Almada. Artigo premiado com o 1º prémio Dr. João dos Santos 2012.

\*\* Estagiária Académica na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada, pelo ISPA – Instituto Universitário.

\*\*\* Psicóloga Clínica na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada.

*transgeracionalidade através da compreensão da relação da mãe com a sua família de origem e suas implicações na actual relação com o filho.*

*A par dos conceitos teóricos que sustentam a apresentação deste caso pretendemos reforçar a importância da intervenção com as crianças com patologia borderline e suas famílias, a fim de minimizar o sofrimento psicológico e prevenir a sua evolução na vida adulta.*

*Palavras-chave:* Patologia borderline. Alterações do comportamento. Dinâmicas familiares. Transgeracionalidade. Estudo de caso.

*“É através do padrão de relação precoce entre pais e filhos que se estabelece a forma como nos relacionamos connosco e com o que nos rodeia. Por isso, os pais são os principais agentes da saúde emocional dos seus filhos”<sup>(1)</sup>.*

O estado limite constitui um modo de organização psíquica que se situa entre as organizações estruturais neuróticas e os funcionamentos psicóticos, não chegando nenhum dos dois a instalar-se na dinâmica funcional infantil<sup>(2)</sup>, na medida em que a criança conserva o contacto com a realidade porém apresenta angústias e mecanismos defensivos de cariz psicótico, e, ainda, uma conflitualidade depressiva marcada<sup>(3)</sup>. Efectivamente, as crianças borderline nas quais surgem possibilidades de organização neurótica deixam perceber uma conflitualidade depressiva deveras intensa, mais do que a neurotizada, revestida frequentemente por mecanismos de defesa mais arcaicos, designadamente, maníacos e psicóticos<sup>(3)</sup>. São crianças caracterizadas pela frágil organização, ou mesmo inexistente, dos processos de simbolização e representação mental, com intercorrências de funcionamento em processo primário de pensamento, perante situações particularmente ansiogénicas, nas quais a impossibilidade de contenção da angústia gera comportamentos de instabilidade psicomotora, bem como pela dificuldade de controlo do impulso e da gestão da frustração. Não obstante, a expressão sintomática considerada mais patognomónica é a perturbação grave da identidade, ainda que manifestações tão diversas como as perturbações da atenção, do desenvolvimento, as alterações do comportamento (com ou sem agressividade), as perturbações da ansiedade (ligadas essencialmente a angústias de separação), afectivas ou do humor (maníacas em crianças mais novas e depressivas a partir do período de latência), da alimentação e aditivas, possam ser encontradas<sup>(2)</sup>. Neste sentido, apesar do polimorfismo sintomático que regra geral as caracteriza, as crianças com funcionamento-limite apresentam uma aparente coerência e uma pseudo-estabilidade<sup>(4)</sup>, pelo que as flutuações do funcionamento egóico e as



modulações tónicas que a organização borderline apresenta, em vez de gerarem dúvidas no plano diagnóstico, parecem algo específico desta organização.

Uma revisão de Keinänen e colaboradores (2012)<sup>(5)</sup>, acerca dos principais factores de vulnerabilidade comumente associados ao desenvolvimento da Organização Borderline de Personalidade, destaca a existência de perturbações no exercício da parentalidade, as relações objectais hostis, as perturbações na vinculação e uma capacidade diminuta de mentalização. De facto, ao analisarmos a etiopatogenia desta organização a vivência patológica da primeira infância e as perturbações da relação precoce devem ser consideradas, assim como a predominância de padrões familiares disfuncionais, a ocorrência de acontecimentos que, de alguma forma, representaram trauma ou violência de qualquer tipo, bem como a vivência de perdas ou separações<sup>(6)</sup>, a falta da função reflexiva materna e a falta de proximidade ou uma excessiva simbiotização<sup>(7)</sup> com esta figura primária de relação. Efectivamente, reconceptualizações recentes acerca da O.B.P. hipotetizam a existência de sérios comprometimentos nos processos de vinculação, os quais subentendem profundas perturbações da relação precoce com o objecto materno<sup>(8)</sup>, sendo concebida como a condição resultante de uma vinculação insegura, com extremas oscilações entre aproximação e afastamento, o que se manifesta na ambivalência da criança entre o desejo pela constituição de laços afectivos seguros e um evitamento dessa mesma proximidade<sup>(9)</sup>.

Posto isto, a insuficiência ou perturbação do processo de separação-individualização<sup>(10)</sup>, a par do funcionamento-limite da mãe e a subsequente dependência simbiotizante, bem como a ausência afectiva ou efectiva do referencial paterno, colocam entraves à realização das esperadas tarefas desenvolvimentais, lesando o desenvolvimento da constância objectal, da capacidade de lidar com a ambivalência afectiva e de regulação da distância emocional face ao objecto, a diferenciação entre Self e objecto e o crescimento psíquico autónomo do indivíduo<sup>(11)</sup>.

Observamos que a clivagem, a projecção e a identificação projectiva são recursos defensivos frequentes e de utilização maciça, característicos da primeira posição do desenvolvimento psicológico postulado por Melanie Klein (1952/1987)<sup>(12)</sup>, sendo que uma das consequências mais gravosas do seu uso excessivo é, para além da ligação frágil e variável com a realidade, a confusão entre Self e objecto. Esta falta de distinção clara é igualmente uma característica fundamental da organização-limite, manifestando-se pela dificuldade em diferenciar dentro/fora, realidade/fantasia, bom/mau, eu/outro<sup>(7)</sup>, reveladora da incapacidade da criança em aceder à integração de um objecto total, íntegro<sup>(13)</sup>.

Nestes indivíduos com funcionamento borderline, constatamos que a passagem do funcionamento bidimensional, que pressupõe uma qualidade de relação narcísica com o objecto, para o funcionamento tridimensional, que implica a separação do Self face ao objecto, é sentida como uma ameaça traumática, sendo desencadeadora de uma intensa angústia de separação e perda<sup>(14)</sup>. Sendo antes de mais nada uma patologia do narcisismo, e estando o Ego impossibilitado de aceder a uma relação de objecto genital, parece-nos que a criança permanece centrada sobre uma dependência anaclítica ao outro, já que o perigo contra o qual se defende o estado-limite é essencialmente a depressão.

Ao considerarmos a etiopatogenia desta organização não é possível ignorar a vivência patológica da primeira infância e as perturbações da relação precoce. Kernberg (1975)<sup>(15)</sup> ligou o desenvolvimento de uma O.B.P. a disfunções na fase de reaproximação do processo de separação-individualização teorizado no âmbito das relações de objecto de Margareth Mahler (1971)<sup>(16)</sup> nas suas observações de interacções precoces mãe-bebé, daí que possamos dizer que “os pacientes borderline encontram-se a reviver constantemente uma crise infantil precoce na qual temem que o afastamento ou a separação da mãe implique o seu desaparecimento ou abandono”<sup>(17)</sup>. Falta, às crianças borderline, a capacidade para internalizar a gratificação, visto que não conseguiram a constância objectal, isto é, a integração da representação de uma mãe suficientemente boa<sup>(18)</sup>. Relativamente ao objecto primário, comumente a mãe, verificam-se lacunas na criação de um espaço dual de *rêverie*, contendor e organizador da experiência psíquica, representativo da função alfa de transformação e amenização das angústias emergentes, coexistindo conflituosamente o libidinal e o agressivo e, concomitantemente, os princípios do prazer e da realidade<sup>(13)</sup>. Paradoxalmente, pode, igualmente, existir uma falta de ligação ou uma excessiva simbiotização<sup>(7)</sup> com esta figura primária de relação.

Na conceptualização de Fonagy e associados (1995)<sup>(19)</sup> a capacidade diminuta para realizar e possuir representações internas dos sentimentos e pensamentos, quer do Self quer dos objectos, está na epigénese de grande parte da constelação sintomática da organização limite, incluindo a instável percepção do Self (difusão identitária), a dificuldade de mentalização e simbolização do vivido emocional e experiencial, a impulsividade e a tendência para a passagem ao acto – auto e hetero-agressiva – e os sentimentos crónicos de vazio e abandono.

Reflectindo acerca desta problemática, Teresa Ferreira (1990/2002)<sup>(20)</sup> afirmava que “para estas crianças, pensar significa ter consciência clara de uma realidade impossível de suportar para um Eu frágil e mal organizado no plano defensivo. Pensar é sofrer, é ter que entender o não-dito de um passado pessoal,

familiar e cultural onde o afecto não ligou a curiosidade e a avidez da criança ao mundo objectal dos símbolos, das palavras e das coisas”.

Neste sentido, é nosso objectivo apresentar um caso clínico a partir do qual é possível observar a presença de alguns destes factores patognomónicos, mas também analisar as características emocionais da criança e a sua dinâmica familiar, considerando a componente transgeracional da patologia mental, no sentido de salientar a importância da intervenção em crianças com esta organização de personalidade, e respectivas famílias, a fim de minimizar o sofrimento psicológico de ambas, prevenindo a sua evolução na vida adulta e promovendo a saúde mental infantil.

## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

### OBSERVAÇÃO

David é uma criança com um desenvolvimento estato-ponderal concordante com a sua idade cronológica, de apresentação cuidada e um contacto agradável, apelativo e adequado. Manifesta um bom nível de compreensão e uma verbalização clara e bem articulada, com um discurso organizado, coerente e espontâneo. Durante o período de avaliação, David revelou-se cooperante, implicado e participativo, com um comportamento adequado, ainda que com alguma irrequietude psicomotora. A atenção é facilmente captável e o humor positivo, ainda que revele por vezes uma tonalidade depressiva.

No primeiro contacto adere muito rapidamente à presença da psicóloga, separando-se facilmente da mãe, e acompanha-a ao gabinete de maneira tranquila e expectante. Indica que mais gosta de fazer é “brincar com os amigos”, referindo o nome de três amigos preferenciais, “jogar futebol, bayblades e bakugans”. Quando questionado acerca da razão pela qual se encontra na consulta David diz não saber – “Não... Por causa da escola. Mas eu até tenho sorte na escola, sou Escalão A”, indicando que na escola “corre tudo bem”. “E como correm as coisas em casa?” questiona a psicóloga, “Melhor.” indica. “Como assim David?”; “Melhor do que da outra vez. Não... oh, houve aquela discussão por causa da televisão. (“Com a mãe e o pai?”) “Sim, ela estragou-se e a minha mãe arrumou-a e o meu pai chegou e disse “anda um homem um dia inteiro a trabalhar para chegar a casa e não poder ver televisão?!”. ”

Fala também da escola, contando-me que gosta muito da professora de apoio ao estudo, que o “deixa brincar e não obriga a fazer os trabalhos de casa”. As suas disciplinas favoritas são Música e Educação Física. Questionado acerca de como dorme e se costuma sonhar ou ter pesadelos refere “Não muitas vezes. Às vezes tinha pesadelos com três anos, com zombies e com o Artur. (“O Artur é um dos teus amigos?”) Anda na capoeira, é de Fernão Ferro e era o meu professor de capoeira. Agora já não faço, fazia quando ainda morava com o meu pai verdadeiro. Tinha uma alcunha que era o Fininho porque era o mais rápido de todos e tocava tambor, aquele assim com a pele, o jambé”.

“E como são as coisas com o mano?”, “Tristes, às vezes. Costumo contar-lhe histórias. (“Alguma preferida?”) “*Os Três Porquinhos* e a «*Caracóis d’Ouro*». No Magalhães ponho histórias para ele dormir, principalmente «*Os Três Porquinhos*», foi a primeira que ouvi quando nasci.”

Partilha os seus projectos para quando crescer e indica que “quando for grande quero ser jogador de futebol”. (“Porquê?”) “Porque gosto de jogar à bola, principalmente com o meu tio e o avô, quando tinha tempo. Mas gostava mais na outra casa que a minha avó tinha, em Fernão Ferro, era maior e tinha piscina e uma horta. Antes brincava lá com as minhas primas e tias. Gostava de passar mais tempo com eles. Antes estavam em França mas agora estão em Portugal. A última vez que os vi foi no Fórum. Lá também havia cães... Agora tenho uma cadela, a Princesa. Ela é deste tamanho, é mesmo pequenina e já não cresce mais. Eu e o meu irmão costumamos brincar com ela.” (sic).

## HISTÓRIA CLÍNICA

A mãe de David refere que a criança realiza as etapas desenvolvimentais precocemente (locomção aos 9 meses, linguagem aos 10 meses e controlo esfíncteriano por volta dos 12 meses), apresentando um desenvolvimento psicomotor adequado. Relativamente à percepção que tinha do filho quando nasceu, David é descrito pela mãe como “um bebé amoroso, santo, rechonchudo, bom para comer, dormir e aturar”. Foi amamentado até aos 30 meses. Até aos 7 meses a criança fica ao cuidado da mãe, e até aos 3 anos com a avó materna, altura em que vai para um infantário, com boa adaptação. Após o nascimento do irmão e estando a mãe desempregada, David, então com 4 anos, volta a ficar em casa com a mãe, onde permanece até o ingresso na escolaridade básica, com 6 anos. Dorme sozinho, em quarto partilhado com o irmão.

## MOTIVO DO PEDIDO

David vem à consulta de Psicologia do H.G.O. encaminhado pelo Centro de Saúde da área de residência por alterações de comportamento – hetero-agressividade e hiperactividade. É sinalizado à mãe pela Professora desde o 1º ano por hiperactividade, registando-se um agravamento da situação no 3º ano quando se acentuam as alterações do comportamento. Na recolha anamnésica dos dados a mãe indica que a criança apresentava alterações de humor, manifestava dificuldades do ponto de vista gráfico e de concentração, atirava objectos para o chão, era descrito como brusco com os adultos, envolvia-se em conflitos com colegas, reagia com comportamentos de oposição perante a frustração, apresentava sentimentos de vazio, associados ao medo da perda da mãe e pensamentos acerca da sua morte, manifestações observadas pela mãe e pela professora.

Encontrando-se no 3º ano no momento da primeira consulta, a mãe refere que as queixas se agravaram, sendo indicados comportamento agressivos com pares e adultos, bem como dificuldades de aprendizagem, as quais parecem melhorar num contexto de relação dual com um adulto. Conta-nos “já tentou agredir a professora com socos”; “uma manhã deu-lhe uma crise de nervos e deitou tudo para o chão; às vezes parte coisas, agora exterioriza assim”; “os colegas agrediram-no e ele também bateu, tinha mordidas nas costas”; “já o apanhei a morder no irmão e a apertar-lhe o pescoço” (sic).

Verificamos com preocupação que David é sinalizado pela Professora desde o primeiro ano de escolaridade. Percebemos, desde logo, que se trata de uma criança em sofrimento e com grandes dificuldades para lidar com esse mesmo mal-estar psíquico, agindo-o em vez de o mentalizar, e não conseguindo representar simbolicamente o vivido emocional e experiencial.

Michel Rota (1991)<sup>(21)</sup> ajuda-nos a compreender o possível processo subjacente à exuberância dos comportamentos agressivos de David. Segundo o autor (Rota, 1991) representam a consequência, a médio ou a longo prazo, de uma grave angústia de abandono. A criança agressiva encontra-se dividida entre duas tendências contraditórias: temendo o abandono, porque geralmente sentiu que o sofreu, manifesta uma necessidade despótica e desproporcional de provas de amor, mas a partir do momento em que começa a obter respostas activas a essa necessidade defende-se delas, receando um sofrimento afectivo ulterior mais forte do que está a experimentar: a rejeição. Na verdade (e isto ganha particular revelo na organização borderline), tudo se passa como se ela mesma estivesse a antecipar essa rejeição. Poderíamos traduzir a sua contradição e a dor consequente do seguinte modo: “Tenho realmente necessidade de ser amado e de amar. Contudo, se os meus pais deixarem de me

amar e eu continuar a amá-los, a ruptura será demasiado terrível e a minha decepção demasiado forte.” A criança oscila, pois, permanentemente entre uma angústia presente, real, e uma angústia futura e fantasmática o que a leva não só a defender-se do afecto que lhe dão, mas também do que sente. A resposta dos pais deveria ser, portanto, de formulação delicada, pois requer muita paciência e um controlo permanente da sua contra-agressividade.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

David vive com a mãe, o irmão de 4 anos e o padrasto. Os pais viveram juntos desde o seu nascimento até completar 7 meses, separando-se na sequência de episódios de violência doméstica dirigidos à mãe, nos quais o pai e o avô paterno foram os agressores. A criança retomou contacto com o pai há cerca de 3 meses, pontualmente, por decisão judicial. Aos 4 anos de David, a mãe inicia relação com o actual companheiro, sendo reportada novamente agressão por parte do mesmo. A gravidez não foi planeada (“descoberta aos 6 meses por suspeita de apendicite” sic), tendo a mãe 19 anos na altura. Esta destaca sentimentos de insegurança e receio da reacção dos seus próprios pais, e refere o apoio dos mesmos, ainda que descreva a relação com a mãe como distante, conflituosa e sem afecto, contrariamente à preferência sentida pelo seu irmão, ainda que reporte boa relação com este. De forma idealizada, com o seu próprio pai indica ter sentido maior atenção e afecto (“menina do papá” sic), e indica que este é o melhor amigo de David, tendo a criança sentido grande tristeza pela partida recente do avô em trabalho. Em termos de antecedentes psiquiátricos na família de origem da criança destaca-se a presença de alcoolismo no lado paterno, e verifica-se na família do padrasto um histórico de esquizofrenia. David mantém bom relacionamento com a mãe e o padrasto (a quem a criança chama pai) e na relação com o irmão assume atitudes parentais (tentando impor-lhe regras e castigos).

## **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

A avaliação inicial recorreu à entrevista clínica e ao exame psicológico e incidiu sobre as áreas: cognitiva (WISC-III), grafo-perceptiva (Bender), e emocional (Desenho Livre, Teste do Desenho da Figura Humana segundo Machover, Teste do Desenho da Família de Corman, CAT-A e Rorschach).

Os resultados do ponto de vista cognitivo revelam a existência de um perfil intelectual homogéneo, indicador de uma capacidade intelectual global no nível médio expectável face à idade cronológica, estando as competências verbais e de realização igualmente desenvolvidas. Em termos das capacidades grafo-perceptivas David apresenta resultados ligeiramente abaixo da média esperada para a idade.

Relativamente à análise da dinâmica intrapsíquica da criança, salienta-se no Rorschach a ausência de afecto e de representações humanas em relação, bem como a enorme carga defensiva e um registo de funcionamento em falso-self na presença de uma grande porosidade dos limites psíquicos, na qual a dimensão fantasmática contamina os perceptos e é confundida com a real. No Teste de Apercepção Temática para crianças (C.A.T.-A) verifica-se uma importante dificuldade no acesso à triangulação edipiana bem como na integração das pulsões agressivas, uma representação do imago materno como funcional, instrumental e sem afecto, um desejo de proximidade ao masculino, a intensa necessidade de apoio, de suporte e de uma relação securizante e contentora, e o desejo de ser (afectivamente) cuidado e protegido. Nas produções gráficas parece-nos pertinente salientar a adequada integração do esquema corporal e a grande discrepância entre as produções nos Desenhos Livre e da Figura Humana masculina, por comparação com o da Família e da Figura Humana feminina, os quais sugerem dificuldades no acesso ao pensamento simbólico, sendo significativamente mais inibidos e imaturos, e indicam uma representação de distanciamento relacional e dificuldades de integração do conceito de família, bem como sentimentos de vazio e incompletude e desamparo e falta de suporte, contenção e segurança.

Posto isto, no que concerne à avaliação emocional, verificam-se dificuldades nas funções de mentalização e de representação simbólica, bem como a co-ocorrência de mecanismos defensivos arcaicos (omnipotência, clivagem e idealização/desvalorização) e secundários (formação reactiva), carecendo, a criança, de recursos internos suficientes para a elaboração adequada dos conflitos e dos movimentos pulsionais, o que provoca a emergência do agir, sendo o sofrimento manifesto em comportamentos agressivos e de inquietude psicomotora. Verificam-se igualmente importantes núcleos depressivos e de maior fragilidade, sendo a angústia limite de perda do objecto dominante, patente em representações de desamparo, desprotecção e vulnerabilidade.

## INTERVENÇÃO

Na sequência da avaliação psicológica diagnóstica foi iniciado um acompanhamento psicoterapêutico cuja base teórica é de orientação psicanalítica, o qual consistiu em consultas de psicoterapia individual com uma periodicidade semanal, a par de consultas mensais de intervenção familiar (com a mãe), realizadas por diferentes técnicos, registando-se uma adesão positiva na psicoterapia individual com a criança, ainda que numerosas faltas na intervenção familiar, o que nos parece associar-se com os temas que surgem no contexto da mesma, ligados à história pessoal da mãe e à representação interna da sua relação com os seus próprios pais.

A ligação estabelecida entre a psicóloga e a criança parece ter solidez e a confiança necessária, na medida em que David, desde o primeiro contacto e progressivamente mais e melhor, transfere para a relação terapêutica as suas preocupações e inquietações internas, partilhando aquilo que o faz sofrer e esperando conseguir a reparação nesta nova relação.

Pronunciando-nos acerca de uma fase inicial do acompanhamento psicoterapêutico, verifica-se que foram trazidas ao jogo simbólico temáticas ao nível da oralidade, as quais remetem para a intensa necessidade de ser cuidado e protegido através da função primária da alimentação e reflectem as fragilidades em termos de uma relação reflexiva, securizante e contentora. No mesmo sentido começaram a surgir, igualmente, algumas temáticas ligadas aos núcleos mais agressivos mas também a uma dimensão de depressividade, as quais podem progressivamente encontrar um espaço de elaboração e ser adequadamente integradas na sua dinâmica psíquica. David parece estar, no momento, a vivenciar internamente a dicotomia que envolve o desejo de autonomia/crescimento/individualização, e, simultaneamente, a presença de necessidades regressivas, bem como uma dimensão de aproximação a identificações masculinas, passível de verificar na psicoterapia e reportados pela mãe.

Acerca dos principais mecanismos defensivos presentes na psicoterapia destacamos a forte presença de formações reactivas (atitudes ou comportamentos que são o inverso de desejos recalcados e que se constituem em oposição a eles), não só nas representações da relação da fratria – na qual parece existir grande rivalidade objectal ligada à posse do objecto materno –, como também perante a existência de outras crianças no espaço terapêutico, permitindo não só transformar a violência e a agressividade como também uma melhor adaptação à realidade. Por outro lado, a retracção dos afectos é um mecanismo recorrente nas sessões de David, já que nos parece que muitas das vezes a criança dá-se pelo afecto, e permite perceber um lado mais genuíno,



retraindo-se posteriormente. A propósito deste movimento, Alexandre (2007) diz-nos que a relação objectal de dependência infantil manifesta em David faz com que a distância psíquica com o objecto seja emparedada, por um lado, por uma necessidade vital de se aproximar e estar dele dependente mas, por outro, de se afastar e manter à distância. Parece-nos que a relação de proximidade com o objecto é numa primeira fase fonte de desejo e fascínio mas, ao mesmo tempo, a criança necessita de o manter à distância por receio de o perder, o que faz com que a relação de proximidade seja assombrada pela ansiedade da perda e da intrusão. Isto leva-nos a um outro mecanismo, já que a relação de transferência é concomitantemente marcada por uma intensa clivagem, expressa no desejo de estar próximo mas ao mesmo tempo distante, de forma a evitar um deserto objectal insuportável<sup>(14)</sup>.

A falha depressiva de nível primário, comum em crianças com organização borderline da personalidade, sobressai não só no contacto que David estabelece com a psicóloga, como também em alguns conteúdos que tem trazido, verbalmente, à psicoterapia. Já que as suas capacidades simbólicas são significativas – e apesar do funcionamento mental subjacente – parece que a angústia pode encontrar um valor representacional e um trabalho de elaboração progressivamente maiores, oferecendo uma alternativa à expressão das suas falhas depressivas muitas vezes manifestas através de perturbações de comportamento, quer agressivo, quer hiperactivo. Ainda assim, assistimos numerosas vezes a movimentos de reparação, os quais revelam, de alguma forma e por mais ténue que seja, um sentido de culpa e uma estrutura de auto-censura superegógica. Para este facto, acreditamos ter contribuído, também, o investimento na análise psicológica centrada na construção emocional dialógica, possível através da transformação de elementos *alfa* (elementos sensoriais dispersos) em elementos *beta* (enquadrados em significados relacionais), na qual os significados emocionais sofrem uma tradução simbólica enraizada num novo relacionamento com os objectos<sup>(22)</sup>.

De facto, a luta antidepressiva pode exteriorizar-se em *actings* agressivos, defesas contra a desestruturação interna<sup>(20)</sup>, contribuindo para aumentar a compreensão acerca do significado de alguns dos comportamentos do menino, entre os quais os mais agressivos e instáveis. André Green diz-nos que esta conflitualidade tem repercussões na relação analítica sob a forma de estados de insatisfação permanente, de tonalidades depressivas, de clivagens em vez do recalçamento, do agir em vez da fantasia, de um funcionamento pré-genital e de um ataque ao pensamento<sup>(14)</sup>. Sabemos que as crianças com um funcionamento limite lançam-nos um pedido de socorro contra um estado mental de vazio, de letargia, de inconstância, traduzidos num agir permanente.

Já presente em alguns momentos e instrumentos da avaliação psicológica, o desejo de David de se identificar a um referencial masculino, e por inerência paterno, é algo que demonstra, por um lado, a necessidade de um modelo – adequado – presente afectiva e emocionalmente (o que, com as intercorrências da sua história de vida nem sempre se revelou possível), e, por outro, o seu desejo de crescer e de se identificar ao nível de um projecto identitário completo, íntegro e robusto. Ora, a ausência do pai, não necessariamente conduzindo a perturbações psicopatológicas, é considerada patogénica na medida em que pode criar condições para prolongar a dependência dos filhos em relação à figura materna, dificultando ou perturbando a triangulação edipiana, com repercussões ao nível do processo de identificação e de separação-individuação<sup>(23)</sup>. Assim, a excessiva aproximação entre a mãe e a criança pode construir obstáculo para o desenvolvimento da sua autonomia e aquisição da identidade. O pai, frequentemente demitido, das suas funções parentais (e no presente caso, ora presente e mal-tratante ou ausente, ora substituído com diversas alternâncias que só agora parecem permitir alguma estabilidade), parece propiciar o aparecimento de sentimentos de desamparo e abandono e baixa auto-estima<sup>(23)</sup>.

À medida que a psicoterapia decorre, os comportamentos vão sendo relacionados com as vivências emocionais, tanto no caso de David, como na intervenção com a mãe, a qual vai evocando a própria experiência enquanto filha (estando ainda muito ligada à relação com os seus objectos internos infantis), as suas representações de parentalidade e filiação e a ressonância emocional que os comportamentos do filho têm em si. Actualmente, David parece melhorar o esboço de simbolização que possuía, necessário à elaboração mais adequada da conflitualidade interna, parecendo existir maior contenção nas passagens ao acto e na instabilidade psicomotora. A considerável melhoria verificada na escola, ao nível dos comportamentos e das capacidades de atenção e concentração, que se tem vindo a manter, é, para nós algo de muito substancial como resultado das intervenções psicoterapêuticas realizadas. Posto isto, David permanecerá em acompanhamento psicoterapêutico.

## DISCUSSÃO

O presente artigo visa ilustrar clinicamente um caso de O.B.P. na infância, designadamente as características do seu funcionamento e a dinâmica familiar subjacente, tentando estabelecer uma associação entre alguns dos pressupostos

teóricos associados ao seu desenvolvimento. De facto, os dados da avaliação psicológica indicam tratar-se de uma criança com grandes fragilidades do ponto de vista do seu desenvolvimento psicoafectivo, pretendendo a intervenção psicoterapêutica o fortalecimento da estrutura egóica, a melhoria das capacidades de simbolização e dos processos de mentalização, a autonomia psicológica, a redução do sofrimento psíquico e a intensidade da dimensão conflitual, actuando para encontrar estratégias defensivas mais adequadas. Efectivamente, foi possível observar a conjugação de factores de vulnerabilidade no desenvolvimento da O.B.P. no caso de David: estamos perante uma criança na terra de ninguém – cedo na vida de uma mãe imatura que procura ainda reparar as próprias fragilidades internas e a sua representação de filha na relação com a mãe (pouco gratificante) e com o pai (idealizado), afectivamente dependente e que paradoxalmente permite que o filho ocupe um lugar geracionalmente indiferenciado (e.g., colocando-o no lugar de companheiro), reforçado pelo nascimento do irmão, pelas recorrentes situações de violência doméstica enquanto agentes traumáticos, e pela ausência de referentes masculinos (e não maltratantes e insatisfatórios). É também o menino que nos fez pensar na expressão “na terra de ninguém” – cedo e imprevisível na vida de uma mãe-menina que não teve espaço de elaboração fantasmática para este bebé, indiferente – invisível, segundo nos parece – aos olhos de um pai ausente e conjugalmente maltratante, perdido nas trocas de colo entre a mãe e a avó (das quais resultou a sua representação de abandono e desprotecção e um imago materno funcional e pouco afectuoso), reencontrado por esta mãe aquando do nascimento do irmão (e segundo David a seu pedido), filho-companheiro ao lado da mãe, sentindo-se responsável pelo irmão pequenino que quer proteger mas que cujo lugar deseja ocupar (afinal precisa ele próprio de ser, ainda, o bebé David, reflexo e espelho de um amor materno no qual gostaria de confiar).

A transgeracionalidade da herança patológica verifica-se igualmente quando a mãe reporta a sua experiência enquanto filha, compensando o pai edipiano com este bebé de quem, na sua representação e de forma idealizada, vem a ser o melhor amigo. Testemunhamos, neste sentido, as dificuldades desta mãe em vivenciar o processo de separação-indivuação da criança, reagindo aos seus movimentos de crescimento como se de um ataque se tratasse, e não algo de inerente e necessário ao desenvolvimento do filho. Pensamos na consulta na qual a mãe de David refere que o filho lhe terá dito que quando crescesse gostaria de ter uma profissão igual à do padrasto, em que saísse de casa, e não como a da mãe (doméstica), na qual nós sublinhamos a identificação ao masculino e o desejo de autonomia, sendo, no entanto,

entendido pela mãe como uma crítica. Exemplo é também a situação na qual David não quer a ajuda da mãe para o banho, chamando o padrastró se necessário. A ligação da mãe com a criança, mantendo-o em grande dependência, a qual traduz de algum modo a sua própria dependência em relação à família de origem, vem a traduzir-se por um atraso do processo de autonomia da criança<sup>(23)</sup>. A ausência precoce do terceiro objecto relacional (pai), concomitante com as diversas rupturas e intercorrências que ocorreram na sua história de vida e que comportaram grande instabilidade emocional, a par da falta da função reflexiva materna, geraram as dificuldades ao nível da simbolização, levando David a agir o seu sofrimento, perante a inexistência de mecanismos e recursos internos mais adequados à sua elaboração, e deixando a criança vulnerável a uma angústia de desamparo. Neste sentido, encontramos na criança grande dificuldade em conter e controlar as dinâmicas pulsionais e a conflitualidade interna, dada a manifesta vulnerabilidade e fragilidade psíquicas, daí que habitualmente se considera a organização borderline a patologia do agir, sendo o sofrimento descarregado imprevisível e impulsivamente.

À semelhança do que Palacio-Espasa e Dufour (2003)<sup>(3)</sup> referem, e apesar da diversidade das fantasias expressas pelas crianças com O.B.P., as que com mais frequência são evocadas são as que se prendem com uma insistência significativa na procura de um objecto continente, a par ou alternadas com uma temática de tipo oral. Se pensarmos que a angústia dominante nos arranjos do estado-limite é uma angústia de perda de objecto e de depressão (primária, segundo Ferreira, 1990/2002<sup>(20)</sup>) que diz respeito a uma vivência passada infeliz, insuficiente, no plano narcísico, ainda assim constatamos que esta é concomitante com a representação centrada sobre um futuro melhor, tingido de esperança, de salvamento, investida na relação de dependência com o outro<sup>(24)</sup>.

David mostra-nos a sua necessidade de um objecto transitivo que permita a manutenção da relação estabelecida, na ausência da figura da terapeuta, o que remete para as suas dificuldades do ponto de vista da constância objectal, a falta da relação de segurança e confiança básicas, e de uma base interna segura e consistente, que permitiria a presença afectiva do objecto na sua ausência efectiva. Parece-nos que para a criança deixar de ver é perder, implicando, a ausência, a existência de um sentimento de vazio (relacional, afectivo, nutriente). O objecto transitivo confortá-lo-ia e manteria o calor afectivo da relação terapêutica nos momentos de solidão. O sentimento de separação precoce parece ter deixado David a sensação de não se sentir suficientemente agarrado, protegido, contido, como se, ao cair, não houvesse chão capaz de amparar esta queda. Falamos da angústia de desamparo, desprotecção e queda.

Perante a problemática da separação-individuação, as capacidades e o poder do Ego são postos à prova, face à possibilidade de um progressivo afastamento da mãe. Afastar-se, opor-se, afirmar-se mas sem perder o afecto da mãe seriam os elementos que subscrevem a segurança narcísica nesta fase. Porém a organização borderline, que testemunha a depressão primária como defende Ferreira (1990/2002)<sup>(20)</sup>, seria o oposto desta tríade, já que afastar-se implica perder-se (e perder), opor-se significa ser destruído e afirmar-se é impensável. A depleção narcísica seria então consequente, ou seja, a falha da valorização que se espera como um encorajamento do objecto ou o poder da mãe é esmagador ou a distância relacional é intransponível. Resulta, assim, um vazio, a dependência, o medo de uma afirmação que ninguém reconhece.

Sendo predominantemente uma patologia da analidade, é notória a ausência de investimento afectivo primário e a incapacidade precoce de integrar satisfatoriamente regras e limites. Verifica-se uma inconsistência narcísica que se manifesta numa estrutura frágil, afectivamente imatura, frequentemente angustiada pelos desejos dicotómicos de autonomia e de dependência. Por não se encontrar suficientemente seguro do amor da mãe e na relação com esta, David também não se consegue autonomizar dela, e assim prosseguir as etapas subsequentes do seu desenvolvimento psico-afectivo, permanecendo na *Terra do Nunca*. Efectivamente, apesar de cronologicamente se encontrar no período de latência, percebemos que David não atingiu manifestamente um nível edipiano, estando as questões relativas a esta fase longe das suas inquietações, o que por diversos motivos também nos preocupa já que, num registo de falso self, poderá realizar um desenvolvimento em falha, com saltos em relação a importantes conquistas qualitativas, e com sérios prejuízos, designadamente, ao nível identitário.

No que concerne à intervenção familiar, considerando as queixas que a mãe traz à consulta, as representações acerca dos sintomas e a forma como lê as situações que vai reportando, percebemos deste cedo a sua dificuldade em mobilizar recursos e accionar estratégias mais maduras e mentalizadas para lidar não só com a criança como também com o seu meio escolar. Parece uma mãe perdida, que, ainda assim, evoca uma dimensão de identificação com este filho, parecendo rever-se em algumas das situações que nos conta, particularmente no que concerne ao meio escolar. Por outro lado, esta mãe parece-nos ainda muito presa à sua condição de filha, designadamente nas vivências e representações acerca da sua própria mãe. Contrariamente, parece-nos idealizar bastante o pai, numa vertente de investimento e de afecto. A dimensão fantasmática da relação entre a fratria é projectada na relação com os seus filhos e na sua própria dinâmica familiar. Verifica-se também uma

indiferenciação na sua relação com David, surgindo muitas vezes como um companheiro, e assumindo responsabilidades parentais com o irmão. Quando a mãe nos refere situações como quando David lhe perguntou “porque é que os homens namoram com as mulheres” (sic.), pensamos que se elaboram as dúvidas relativas à fase fálica e à identidade sexual, e quando esta diz que o filho se encontra “na fase dos porquês” (sic.), consideramos ser um optimista precursor do período de latência. Por outro lado, o desejo ambivalente de crescer manifesta-se também no dia-a-dia de David, por exemplo no episódio relatado pela mãe no qual o menino perguntou ao padrasto se fumar sabia bem, tendo este explicado que não sabia bem mas acalmava. David disse-lhe então que se servia para o acalmar se ele poderia fumar também, ao que o padrasto lhe explicou que ainda não tinha idade. A criança respondeu “então eu não vou fumar para continuar a ser teu filho” (sic.).

Percebemos, portanto, que a figura materna não é evocada como um objecto protector e afectuoso, de importância fulcral para a integração de uma relação de objecto interna securizante e organizadora, o qual permitiria à criança a constância objectal necessária para fazer face às angústias e conflitos internos. De facto, parece verificar-se uma ausência de introjecções confortadoras e tranquilizadoras, transposta, posteriormente, para a incapacidade de estabelecer uma memória evocativa, na qual a criança pudesse criar uma imagem contentora de uma figura materna na ausência física da mãe<sup>(25)</sup>. Por outro lado, a intensa necessidade de recorrer a percepções de adaptação social superficial, aparente, ou em falso-self parece revelar o desejo de David de conter e fortalecer a estrutura egóica, a qual nos parece possuir uma grande porosidade nos limites do envelope psíquico, aquilo que Anzieu designou por Ego-pele<sup>(26)</sup>. As falhas no processo de separação-indivuação, sendo a individuação de si mal assegurada, bem como os processos de autonomia e de clarificação dos limites eu/outro, dentro/fora, e a procura de fronteiras bem delimitadas, são evidentes, denotando que o sentimento de identidade está também ameaçado.

Assim, pode-se dizer que David é uma criança com alterações do comportamento assentes num intenso sofrimento emocional, o qual não consegue ser pensado, elaborado ou mentalizado. Neste sentido, as suas alterações do comportamento são uma forma de expressão deste mesmo sofrimento depressivo e do vazio interno que parece sentir, concomitante com uma angústia patente de abandono e perda de objecto, interferindo negativamente na sua relação com os pares e no seu aproveitamento escolar. Apresenta, por outro lado, importantes fragilidades em termos da sua identidade, manifestas nas perturbações significativas no processo de separação-indivuação, bem como falhas determinantes no que concerne às

relações afetivas precoces com adultos de referência e um enorme vulnerabilidade psíquica. David é um menino que apresenta um lado carencial considerável, o qual é expresso no seu desejo de agradar e de sentir-se reconhecido pelos adultos que conhece (familiares, professores, a psicóloga...), necessitando de uma relação contentora e protectora.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Strecht, P. (2003). *Interiores*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- (2) Palacio Espasa, F. (2004). Estado limite na infância. In Moggio, Houzel, & Emmanuelli (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- (3) Palacio Espasa, F., & Dufour, R. (2003). *Diagnóstico estrutural en el niño* (2ª ed.). Herder
- (4) Dias, C.A. (2004). Costurando as linhas da patologia borderland (estados-limite). Lisboa: Climepsi Editores.
- (5) Keinänen, M., Johnson, J., Richards, E., & Courtney, E. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(1), 65-91.
- (6) Bradley, R., & Western, P. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 927-957.
- (7) Heimburger, S.M. (1995). Diagnóstico e tratamento da criança e do adolescente borderline. *Revista Neuropsiquiátrica da Infância e da Adolescência*, 3(2), 5-7.
- (8) Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001). Temperament, Character, and Attachment Patterns in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*: 15(5), 390-402.
- (9) Sable, P. (1997). Attachment, detachment and borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 34, 171-181.
- (10) Matos, A.C. (1994). Estados-limite: Etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 6, 7-25.
- (11) Maranga, A.R. (2002). Organizações borderline: Aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, XX(2), 219-223.
- (12) Klein, M. (1952/1987). Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant. In *Envy and Gratitude and Other Works* (1946-1963) (pp. 61-93). London: The Hogarth Press.
- (13) Sá, E. (2007). *Patologia borderline e psicose na clínica infantil* (2ª ed.). Lisboa: ISPA-IU.
- (14) Alexandre, M, F. G. (2007). *Mudanças psíquicas no processo terapêutico – O papel do narcisismo*. Fenda Edições.

- (15) Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- (16) Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 20, 403-424.
- (17) Gabbard, G.O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- (18) Kernberg, P.F., Weiner, A.S., & Bardenstein, K.K. (2003). *Transtornos da personalidade em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- (19) Fonagy, P., Steele M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-278). New York: Analytic Press.
- (20) Ferreira, T. (1990/2002). *Em defesa da criança: Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- (21) Rota, M. (1999). *Comunicar com a criança – Da concepção à adolescência*. Terramar.
- (22) Leal, M.R.M. (1999). *A psicoterapia como aprendizagem – Um processo dinâmico de transformação*. Lisboa: Fim de século.
- (23) Malpique, C. (1999). *Pais/Filhos em Consulta Psicoterapêutica*. Porto: Edições Afrontamento.
- (24) Bergeret, J. (1998). *Psicologia patológica: Teoria e clínica* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- (25) Adler, G., & Buie, D. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child developmental issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- (26) Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Dunod, 1995.

## ABSTRACT

In this article the authors present a case study of an eight year old boy, followed in the Hospital Garcia de Orta Child and Adolescent Mental Health Unit, as a result of manifested conduct disorders (hyperactivity and aggression), with negative implications on school and family contexts.

Following an initial assessment using the clinical interview and psychological evaluation (cognitive and emotional), we performed the diagnosis of borderline organization, emphasizing the child tendency to externalization and his difficulties in the mentalization process. We, then, began an intervention based on a model which consists in weekly psychotherapy with the child and monthly family intervention (with his mother), performed by two different technicians, with the theoretical framework of the psychoanalytic theory.



In this paper, we discuss the emotional characteristics of the child and the internal dynamics of family relationships, emphasizing the relationship with the mother (marked, in one hand, by the need for a regressive dependency and, in the other, the lack of generational differentiation, in which the son takes the place of a companion) and the absence of a father figure. We will also accentuate the transgenerationality present in this case, by understanding the mother's relationship with her family of origin and its implications in the current relationship with the child.

Alongside the theoretical concepts underpinning, with the presentation of this case we aim to reinforce the importance of intervention with children with borderline pathology and their families in order to minimize the psychological distress and to prevent the pathological development into adulthood.

*Key-words:* Borderline pathology. Conduct disorders. Family dynamics. Transgenerationality. Case study.



# INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM GRUPO DE ADOLESCENTES

---

Isabel Carvalho \*  
Isadora Pereira \*  
Paula Zaragoza \*\*  
Vera Ramos \*\*  
Pedro Pires \*\*\*

## RESUMO

*O tratamento das perturbações mentais em adolescentes nos moldes de intervenção psicoterapêutica individual enfrenta, com frequência, graves problemas de abandono, desmotivação e desinvestimento na adesão às consultas. Por outro lado, a intervenção psicofarmacológica revela-se insuficiente como modo de tratamento potenciador de mudança nas atitudes e orientação do jovem. Neste contexto, a intervenção psicoterapêutica em grupo permite obter uma unidade grupal que vem favorecer um processo de mudança com maior implicação pessoal e adesão ao acompanhamento em jovens que enfrentam dificuldades comportamentais e relacionais.*

*Deste modo, propõe-se uma intervenção em dez sessões com regularidade semanal, constituída por 30 adolescentes distribuídos por três grupos, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, de ambos os sexos.*

*Os participantes foram avaliados antes da intervenção através de entrevista clínica no que respeita às suas características sociodemográficas e clínicas, e com testes de avaliação psicológica padronizados para avaliar as características cognitivas e de personalidade.*

*Pretende-se com este trabalho descrever sucintamente o enquadramento teórico da intervenção psicoterapêutica em grupo, a caracterização da amostra do trabalho realizado na Unidade, assim como a observação da evolução clínica dos intervenientes.*

*Palavras-chave:* Adolescência. Tratamento. Intervenção em grupo.

\* Pedopsiquiatra, Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, H.G.O.

\*\* Psicóloga Clínica, Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, H.G.O.

\*\*\* Coordenador da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, H.G.O.

## INTRODUÇÃO TEÓRICA

As perturbações emocionais do adolescente e os desvios do comportamento que se apresentam nesta fase evolutiva constituem, pela sua elevada frequência e complexidade, um importante problema para os Serviços de Saúde, Sociais, de Educação e Justiça, com graves consequências a curto, médio e longo prazo ao nível da saúde global do adolescente.

Neste contexto verifica-se a crescente necessidade de prevenir, tratar e investigar nesta área.

A psicopatologia poderá surgir ligada a padrões relacionais pais-filhos insuficientes ou “tóxicos”, a doença mental parental, a isolamento e desorganização familiar associados, ou não, a maiores dificuldades económicas. Acontecimentos de vida stressores tais como: mudanças ou perdas significativas, divórcio, doença, desemprego ou abandono das principais figuras de referência apresentam especial relevância, assim como a crescente falha ou, mesmo inexistência, de apoio nas estruturas da comunidade, escolas ou outros serviços de apoio social.

Estes jovens geralmente enfrentam o descontentamento dos pais, que pode revestir-se de apreciações negativas e hostilidade. Por vezes, são afastados da família e institucionalizados, na escola poderão ser expulsos ou excluídos. A integração social é profundamente afectada pela exclusão do grupo de pares e pelo envolvimento e identificação com outros jovens com problemas semelhantes – procura de aceitação.

As alterações de comportamento tais como agressividade, impulsividade, oposição e desafio, assim como atos vingativos, maus-tratos emocionais, atividade sexual sem proteção, absentismo à escola e fugas de casa surgem como sintomas mais frequentes nesta faixa etária.

As perturbações de ansiedade, isolamento e alterações do humor como depressão e passagens ao ato como tentativas de suicídio ou parasuicidárias e auto-destrutivas (p. ex. auto-mutilação e consumo de substâncias) têm também expressão relevante, em ambos os sexos.

No sentido da melhor compreensão destas manifestações sintomáticas suportámo-nos do modelo de *Internalização-Externalização*, o qual tem vindo a ser desenvolvido como um campo teórico importante nesta área, por diversos autores (Cosgrove, Rhee, Gelhorn, Boeldt, Corley, Ehringer Young, & Hewitt, 2011; Hopwood & Grilo, 2010).

*Internalização* é a propensão para expressar a angústia sobre si próprio, comum a perturbações internalizantes que incluem as perturbações do humor

(p. ex. perturbação depressiva, distímia) e perturbações de ansiedade tais como perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade de separação, fobias e perturbação obsessivo-compulsiva (Hopwood & Grilo, 2010).

Em contraste, *Externalização* descreve a tendência para expressar a ansiedade no exterior, comum às perturbações externalizantes que incluem as perturbações disruptivas do comportamento e deficit de atenção, a perturbação antissocial da personalidade e consumo de substâncias (Hopwood & Grilo, 2010).

Recentemente foram desenvolvidos estudos com amostras de adolescentes com perturbação borderline da personalidade, tendo vindo a encontrar-se dois grupos com características distintas. No estudo desenvolvido por Ramos, Canta, Castro e Leal (*in press*) com adolescentes avaliados através do Inventário Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) foi encontrado um subgrupo de internalização cujos resultados elevaram nas seguintes escalas: introvertido, inibido, pessimista, submisso, auto-punitivo e tendência limite. Foi também observado um grupo de externalização que obteve resultados elevados nas escalas: histriónica, egocêntrica, rude e rebelde.

## GRUPOS TERAPÊUTICOS

O aumento progressivo da população clínica, com idades superiores a 13 anos, assim como o alargamento do atendimento em consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência até aos 18 anos, constitui-se num dos principais desafios que se colocam aos técnicos. Dada a necessidade de uma melhor gestão de recursos e avaliação, orientação e tratamento mais eficazes nestas situações, recorreu-se a uma intervenção alternativa.

As terapias de grupo de adolescentes vão ao encontro de um fenómeno habitual nesta faixa etária que é a utilização preferencial do grupo de pares como forma de expressão. O interesse neste tipo de intervenção reside na possibilidade de se constituir como um suporte narcísico, num espaço privilegiado que permite uma reelaboração das relações familiares, com os pares e adultos. Serve também para trabalhar a questão da agressividade como referem os autores Deneuve e Schiavinato (1991): “As fantasias persecutórias, muito presentes e violentas, assim como a agressividade expressa na luta contra o objeto edipiano, podem ser absorvidas sem culpabilidade ou angústia pela presença dos outros elementos do grupo”.

O setting da intervenção em grupo constitui a proposta terapêutica em si. Se entendermos que todas as normas são definidas por uma determinada sociedade

num determinado momento da sua história, então o grupo oferece uma ocasião para elaborar uma certa forma de normalidade. A importância do desenvolvimento de práticas psicoterapêuticas em grupo tem por objectivo a socialização e apoia-se, em parte, nesta perspectiva (Lecourt, 2008).

A inserção num grupo, ou seja num plural, confronta os indivíduos com a presença corporal, expõe e dramatiza face ao espelho dos outros, sentidos como pares mas também como rivais, por vezes até persecutórios. Anzieu (1972) descreveu o grupo como tendo uma função continente que permite aos indivíduos ficarem juntos. Enquanto este não estiver constituído, trata-se apenas de um agregado humano. O grupo continente poderá então passar a garantir a segurança necessária para os riscos evolutivos de cada um dos seus membros.

A possibilidade de explorar e investigar este espaço relacional numa situação de segurança, permite ao adolescente desenvolver o seu sentido interno de lugar e integração, o seu sentido de realidade externa e a sua capacidade de agir sobre esta de forma imaginativa e criativa.

## **MEDIAÇÃO**

A mediação consiste em atividades lúdico-expressivas onde podem ser utilizados variados recursos artísticos, com a finalidade de criar novas experiências ou explorar e aprofundar experiências já vividas, enriquecendo-as com novas perspectivas. A mediação corresponde a um compromisso entre os objetivos dos terapeutas e os meios necessários para os atingir. Permite maior facilidade no acesso à mentalização e à simbolização, estando também indicada em situações de inibição e dificuldades de socialização.

A introdução da categoria do mediador – objeto ou atividade que serve de ligação entre vários elementos – convoca a problemática dos limites e, noutra perspectiva, opõe-se ao imediato permitindo uma construção mental diferida no tempo.

## **CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA EM GRUPO**

A intervenção terapêutica em grupo destina-se a indivíduos atendidos na Unidade de Pedopsiquiatria do Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, de ambos os sexos que apresentem núcleos depressivos não mentalizados causadores de desadaptação moderada ou grave, com compromisso no projeto de vida.

A intervenção em grupo com utilização de mediadores tem como objectivo facilitar e estimular o recurso à palavra e ao símbolo, com desenvolvimento da capacidade reflexiva, bem como promover competências sociais.

Tratam-se de grupos fechados com um mínimo de 10 e máximo de 14 adolescentes, de ambos os sexos. A todos os adolescentes é realizada uma avaliação prévia que consiste em entrevista clínica (individual e familiar) e avaliação psicológica com recurso a uma prova de avaliação do funcionamento cognitivo e nível de rendimento intelectual (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª edição, WISC-III) e questionário de personalidade de auto-preenchimento (Inventário Clínico para Adolescentes de Millon, MACI).

As sessões são semanais com a duração de uma hora e meia e são orientadas por um Pedopsiquiatra e um Psicólogo. A intervenção tem duração de 4 meses abrangendo o período das férias escolares (Junho/Setembro de 2013), num conjunto de 10 sessões com os jovens e 2 sessões com os principais prestadores de cuidados (no início e no término da intervenção com os adolescentes).

---

Sessões	Temas das Sessões
1)	Apresentação e conhecimento dos vários elementos do grupo / Expectativas e motivações
2)	Características da comunicação: Assertividade e direitos pessoais
3)	Situações de stress
4)	Funcionamento académico – Planeamento e rendimento escolar
5)	Funcionamento académico – Pressão dos colegas e tomada de decisões
6)	Auto-imagem e Auto-estima I (Identidade)
7)	Auto-imagem e Auto-estima II (Imagem corporal)
8)	Auto-imagem e Auto-estima III (Psicomotricidade)
9)	Família
10)	Autonomia e Encerramento

---

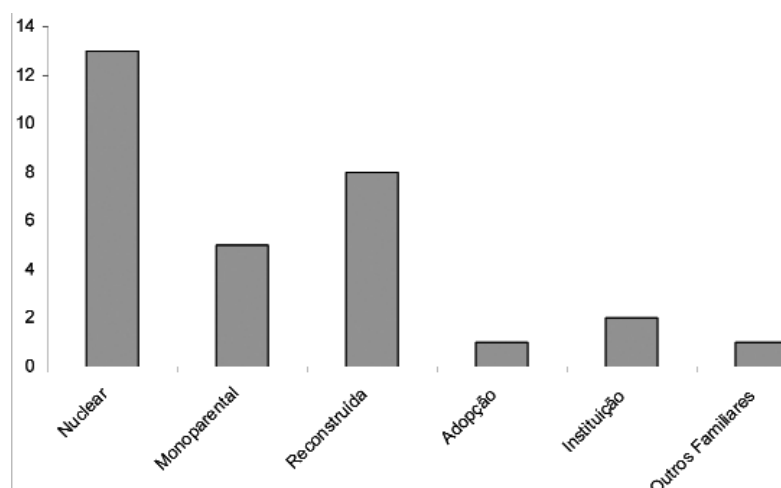
### *Caracterização da amostra*

A amostra é constituída por 30 jovens distribuídos em 3 grupos terapêuticos. A distribuição por género é equivalente, com 17 raparigas e 13 rapazes. A idade média dos participantes é de 14,5, sendo que 80% dos jovens têm 15 anos ou menos.

Em termos escolares, frequentam os níveis de ensino entre o 6º e o 10º ano, verificando-se que 33% nunca tiveram retenções, 30% teve 1 retenção e 37% teve 2 ou mais. Relativamente à estrutura familiar, 17 dos jovens não coabitam com ambos os pais (Gráfico 1).

## GRÁFICO 1

### *Tipo de Família*



Os motivos do pedido predominantes são as queixas do foro depressivo seguidas dos comportamentos agressivos, constituindo 67% do total (Tabela I).

## TABELA I

### *Motivo do Pedido*

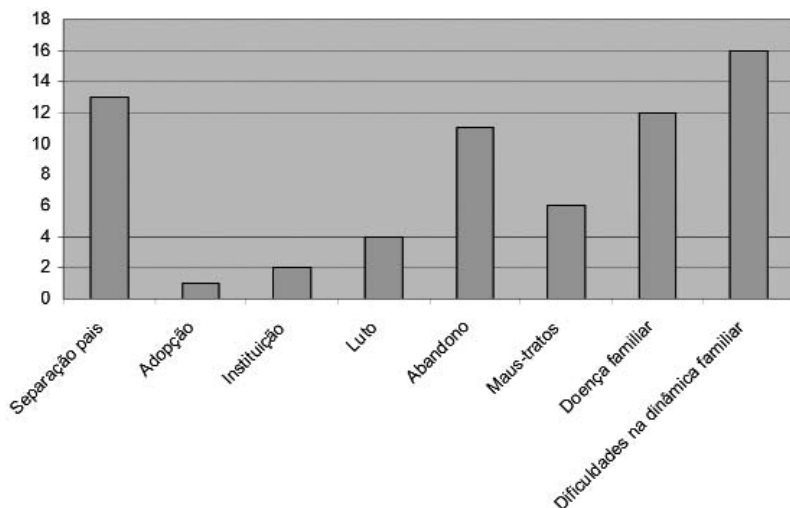
Queixas Depressivas	11
Alterações do Comportamento c/ Agressividade	9
Ideação/ Tentativa de Suicídio	4
Hiperatividade	2
Dificuldades de Socialização	1
Rituais Obsessivos	1
Queixas Somáticas	1
Alterações do Comportamento Alimentar	1

No que respeita aos acontecimentos de vida negativos, podendo ser considerados como factores stressores no desenvolvimento dos jovens, destaca-se a perturbação da dinâmica familiar, a separação do casal parental, a doença de um familiar e o abandono de um dos progenitores. De salientar que 60% dos adolescentes acumulam 2 a 3 acontecimentos de vida negativos (Gráfico 2).



## GRÁFICO 2

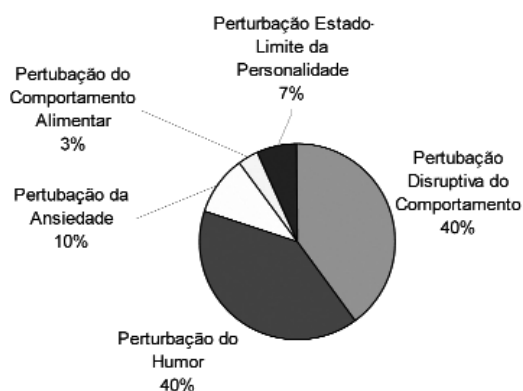
### *Acontecimentos de Vida*



Quanto ao diagnóstico principal, de acordo com a classificação nosológica DSM-IV-TR, as patologias predominantes correspondem a Perturbações Disruptivas do Comportamento e a Perturbações Depressivas, totalizando 80% dos casos (Gráfico 3).

## GRÁFICO 3

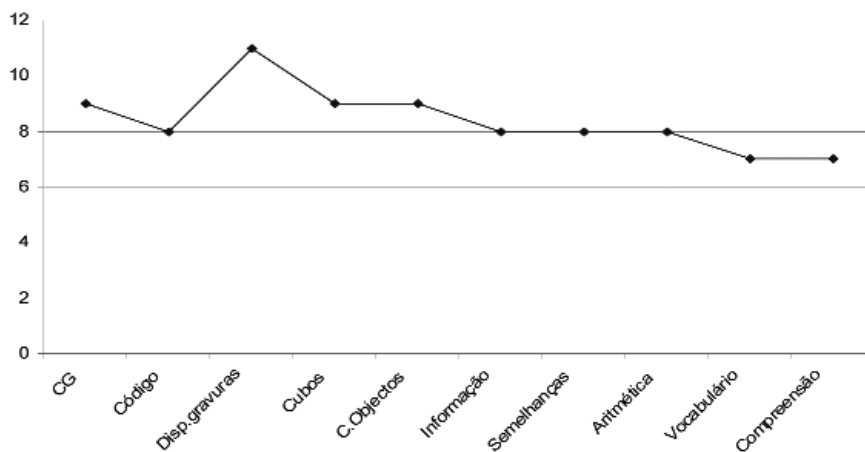
### *Diagnóstico DSM-IV – TR*



A avaliação psicológica formal com a escala psicométrica WISC-III obteve um resultado médio de QI Total=86, sendo o QI Verbal=84 ligeiramente mais

baixo que o QI Realização=93. Quanto à variabilidade entre as várias sub-escalas, destaca-se a sub-escala Disposição de Gravuras com um resultado acima da média (11) e as sub-escalas Vocabulário e Compreensão com resultados ligeiramente abaixo da média, refletindo possivelmente algumas dificuldades nas aquisições escolares a médio e longo prazo (Gráfico 4).

**GRÁFICO 4**  
*Resultados da WISC III*  
**WISC-III - Escalas**



A partir dos resultados obtidos, e através da análise do MACI, foi possível encontrar quatro perfis distintos, os quais passaremos a caracterizar:

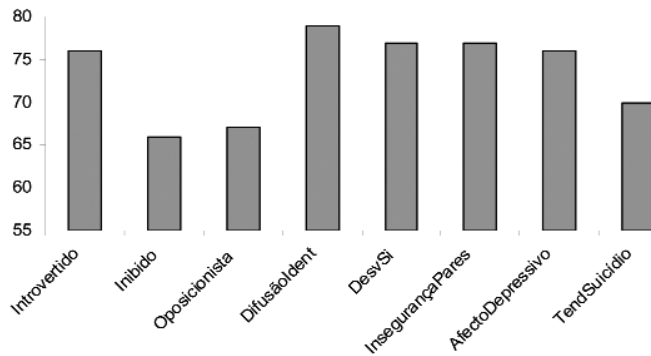
*Perfil Borderline internalizante (BL INT) em 10 adolescentes da amostra*

As escalas relativas à personalidade elevam-se para um nível médio clinicamente significativo no conjunto das 3 características: introvertido, inibido e oposicionista. No que respeita às preocupações expressas realçam-se as escalas difusão de identidade, desvalorização de si e insegurança com os pares. Quanto à sintomatologia destacam-se os afetos depressivos e a tendência para o suicídio.

Esta configuração associa-se a sentimentos de disforia e depressão, que se manifestam num certo número de atitudes e comportamentos negativos. Os sentimentos de frustração e de culpa são frequentemente excessivos, e surgem como uma defesa contra a expressão do ressentimento e da hostilidade (Gráfico 5).

### GRÁFICO 5

*Características da personalidade Borderline Internalizante*



*Nota.* Apresentação do valor médio dos resultados padronizados do MACI.

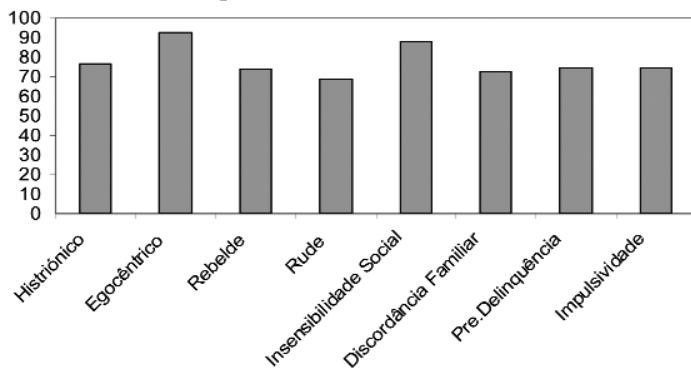
#### *Perfil Borderline externalizante (BL EXT) em 8 adolescentes da amostra*

As escalas relativas à personalidade elevam-se para um nível médio clinicamente significativo no conjunto das 4 características: histriónico, egocêntrico, rebelde e rude. No que respeita às preocupações expressas realçam-se as escalas insensibilidade social e discordância familiar e quanto à sintomatologia destacam-se a predisposição à delinquência e a impulsividade.

Este perfil é comum em adolescentes que apresentam problemas de comportamento ou outras formas de oposição e passagem ao ato antissocial, com humor predominantemente hostil e agressivo. Este funcionamento tende a comprometer, a capacidade de estabelecer ou reconhecer o valor das relações interpessoais (Gráfico 6).

### GRÁFICO 6

*Características da personalidade Borderline Externalizante*



*Nota.* Apresentação do valor médio dos resultados padronizados do MACI.

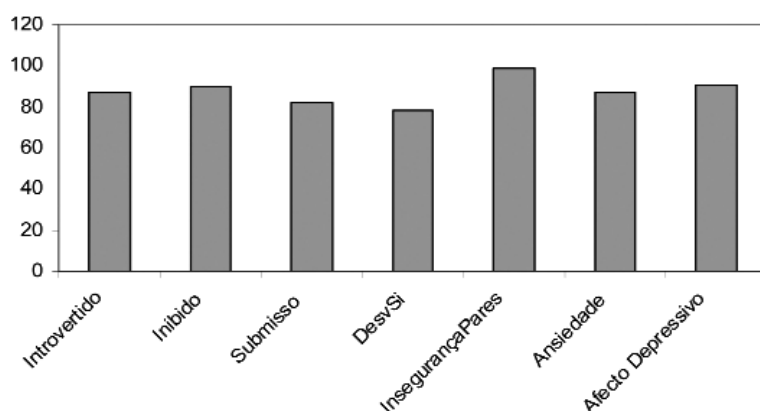
### *Perfil Depressivo em 2 adolescentes da amostra*

As escalas relativas à personalidade elevam-se para um nível médio clinicamente significativo no conjunto das 3 características: introvertido, inibido e submisso. No que respeita às preocupações expressas realçam-se as escalas insegurança com os pares e desvalorização de si. Quanto à sintomatologia destacam-se o afeto depressivo e de ansiedade.

Este padrão associa-se a adolescentes com dificuldade em vivenciar experiências positivas e de gratificação, sobrevalorizando acontecimentos negativos. Em termos de socialização é frequente a retirada e isolamento, com o estabelecimento de relações interpessoais frustradas (Gráfico 7).

### **GRÁFICO 7**

*Características da personalidade Depressiva*



*Nota.* Apresentação do valor médio dos resultados padronizados do MACI.

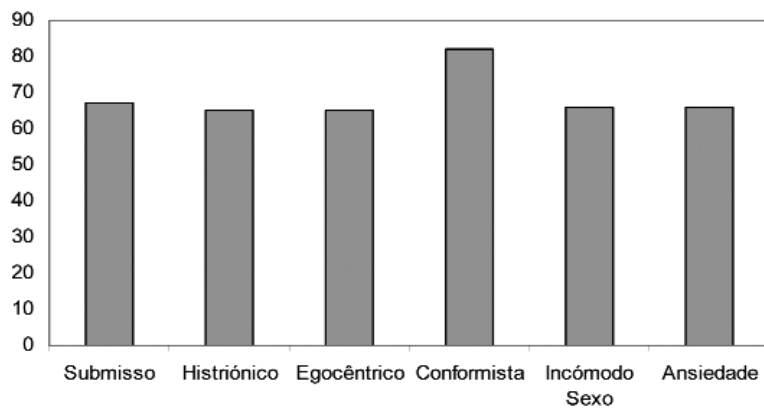
### *Perfil Neurótico em 10 adolescentes da amostra*

As escalas relativas à personalidade elevam-se para um nível médio clinicamente significativo no conjunto das 4 características: conformista, submisso, histriónico e egocêntrico. No que respeita às preocupações expressas eleva a escala que reflecte um desconforto com a vivência da sexualidade. Quanto à sintomatologia destacam-se os sentimentos de ansiedade.

Este perfil caracteriza os adolescentes passivos, dependentes e excessivamente comprometidos com as normas e regras sociais. O detrimento das suas próprias necessidades em prol dos desejos dos outros é frequente (Gráfico 8).

## GRÁFICO 8

### *Características da personalidade Neurótica*



*Nota.* Apresentação do valor médio dos resultados padronizados do MACI.

## DISCUSSÃO

A situação do grupo com fins terapêuticos pode ser considerada como um recurso terapêutico alternativo pelas pessoas que nele participam.

Nas dez sessões realizadas, com frequência semanal, verificámos uma boa adesão dos elementos do grupo com uma presença superior a 80%. Os comportamentos iniciais de inibição, reserva, ansiedade e mesmo oposição foram dando lugar a um sentimento de pertença e consciência grupal.

Logo na 2ª sessão e, após um exercício de dramatização relativo a características da comunicação, emergem as primeiras alianças e movimentos de identificação, sendo que no fim da sessão é proposto aos jovens que ofereçam três bolas de algodão a outros membros do grupo acompanhando-as de um elogio. Começa-se também a destacar a figura de líder do grupo. De acordo com Neri (1995) o líder tem a função de orientar o grupo na realização do seu trabalho, sabendo escolher de acordo com o momento de oportunidade, situações de acolhimento, de alegria e de dor.

Na 5ª sessão desenvolvemos a temática da integração do grupo de pares com recurso a quatro músicas seleccionadas pelo conteúdo da letra. Nesta sessão e para melhor audição da música os adolescentes são reunidos em torno de uma mesa com conseqüente aproximação física. Esta atmosfera intimista permite uma verbalização mais pessoal e confiante sendo possível, desta forma, alcançar um novo clima afetivo.

Na 6ª sessão, no sentido de trabalhar as questões relacionadas com a autoimagem, é proposto o desenho do contorno do corpo, em papel cenário, por outro membro do grupo. Esta atividade, pela posição horizontal que envolve, acarreta maior vulnerabilidade e remete para movimentos regressivos. Por outro lado, a temática e proximidade física que exige leva à evocação da sexualidade. Os adolescentes reagem de formas diversas conforme o funcionamento mental de cada um (ansiedade, oposição, instabilidade psicomotora e excitabilidade). “Para dar conta das forças emocionais que animam os grupos, considera-se que estas são o efeito de um movimento regressivo induzido pela situação de grupo e distinguem-se três categorias de resposta, entre as quais a hipótese de base *ataque-fuga*: a crença da existência de uma ameaça interna cuja solução consiste em fugir do grupo física ou psiquicamente atacando o terapeuta ou todo o elemento exterior vivido como ameaçador” (Bion, 1961).

A 9ª sessão subordinada ao tema da família é particularmente ansiogénica sendo que os adolescentes, de uma forma geral, se mostram claramente defensivos.

Na última sessão observam-se movimentos distintos: uns exibindo comportamentos de maior agitação e ansiedade desvalorizando o grupo, outros manifestando ou verbalizando tristeza pelo fim do acompanhamento.

No decurso da intervenção fomos observando a construção de um sentimento de partilha e coesão que possibilitou a cada um dos elementos encontrar o seu espaço afectivo. Para Neri (1995) o grupo representa uma experiência importante de pertença e de afirmação do seu direito à existência que se constitui como um aspecto fundamental, sobretudo em pacientes que não conseguiram obter adequadamente tal direito no âmbito familiar, durante a sua infância.

Outros aspectos positivos a salientar são a progressiva valorização de si próprio, de autonomia e das capacidades de socialização e de relação com o outro. Pines (1983) refere também a emergência da coerência individual e grupal, aos níveis consciente e inconsciente e o desenvolvimento da intersubjetividade.

Por fim, refletindo ainda sobre os efeitos terapêuticos para os pacientes em trabalho institucional, Racamier (1970) enumera: uma diminuição geral das manifestações sintomáticas mais alienadas, uma transformação progressiva das posições patológicas mais arcaicas, uma flexibilidade nas modalidades relacionais.

No plano coletivo, observam-se: uma diminuição dos comportamentos auto e hetero agressivos com maior expressão verbal dos mesmos; diminuição das

fugas e rupturas de tratamento, maior adesão; aumento do grau de iniciativa e atividade; maior tolerância à frustração; maior tolerância à expressão dos afetos e às necessidades da realidade; reforço considerável das motivações terapêuticas; evolução para um sentimento de maior responsabilidade individual e individualidade mais segura e menos intransigente.

Consideramos que, apesar destes aspetos, a realização de apenas 10 sessões (por incompatibilidade com as responsabilidades escolares dos adolescentes) e o fato de não se ter efetuado, em simultâneo, grupos de pais (por impossibilidade laboral de muitos deles e pela escassez de recursos humanos na Unidade) trouxe algumas limitações ao nosso trabalho, sendo que vir a encontrar soluções para estas dificuldades será, sem dúvida, uma mais-valia.

## BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D. (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes*. Paris: Dunod Editions.
- Bion, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chouvier, B. (2012). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris: Dunod Éditions.
- Cosgrove, E.V., Rhee, S.H., Gelhorn, L.H., Boeldt, D., Corley, R.C., Ehringer, A.M., Young, E.S., & Hewitt, K.J. (2011). Structure and Etiology of Co-occurring Internalizing and Externalizing Disorders Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 109-123.
- Hopwood, C.J., & Grilo, C.M. (2010). Internalizing and Externalizing Personality Dimensions and Clinical Problems in Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 398-408.
- Lecourt, E. (2008). *Introduction à l'analyse de groupe*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès.
- Morganett, S.R. (1995). *Técnicas de intervención psicológica para adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca S.A. Ediciones.
- Millon, T., Millon, C., & Davis, R.D. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Neri, C. (1995). *Grupo. Manual de Psicanálise de Grupo*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Pines, M. (1983). *The Evolution of Group Analysis*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Racamier, P.C. (1970). *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris: Payot.
- Ramos, V., Canta, G., Castro, F., & Leal, I. (in press). Discrete Subgroups of Adolescents Diagnosed with Borderline Personality Disorder: A Latent Class Analysis of Personality Features. *Journal of Personality Disorders*.

## ABSTRACT

The individual psychotherapeutic treatment of adolescent mental disorders frequently faces several constraints, namely severe problems of dropout, lack of motivation and disinvestment from the intervention. On the other hand, the psychopharmacological intervention is inefficient as a way of modifying attitudes and behaviors. Thus, group psychotherapeutic intervention generates a group unity that favors the process of change, with increased self-involvement and treatment adherence in adolescents with behavioral and relational distress.

Therefore, it was proposed an intervention composed by ten sessions, once a week, with 30 adolescents allocated to three groups, with ages between 13 and 17 years old, of both genders.

The participants were assessed before the treatment using a clinical interview to determine clinical and demographic characteristics, and also with standardized psychological tests to evaluate cognitive and personality features.

The aim of this study was to briefly describe the theoretical framework of the group psychotherapeutic intervention and then proceed with a clinical portrait and the observed progress of the sample treated at the unit and assessed in this study.

*Key-words:* Adolescence. Treatment. Group Intervention.



A **Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria** é o órgão da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA). A revista publica artigos originais, de investigação ou de revisão na área da Pedopsiquiatria, assim como casos clínicos, resumos críticos de livros ou artigos com relevância para um melhor conhecimento nesta área. A revista privilegia e estimula a diversidade e multidisciplinaridade dos assuntos abordados.

O(s) autor(es) deve(m) submeter um original e uma cópia do texto, e sempre que possível em suporte informático.

À Comissão Redactorial cabe a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor correcções ou modificações nos artigos submetidos. Para este efeito é apoiado pelo Conselho de Redacção.

Os motivos de recusa e os pareceres da Comissão Redactorial e do Conselho de Redacção serão sempre comunicados aos autores.

**Apresentação do texto:** Os textos deverão ser dactilografados em folhas A<sub>4</sub> devidamente numeradas. Para permitir uma leitura digital, a impressão deve ser de boa qualidade. Nos textos preparados em computador o envio da respectiva disquete é aconselhável.

**Título e identificação:** O título do artigo, conciso e informativo, deverá constar na primeira página, bem como o nome dos autores, os seus graus académicos ou profissionais, e os organismos, departamentos ou serviços hospitalares ou outros em que exercem a sua actividade. Deverá ser identificado (nome, morada, telefone, fax, e-mail) o autor responsável pela correspondência.

**Resumo:** Deve ser apresentado um resumo do artigo em Português e Inglês. Nos artigos originais e de investigação, este deverá descrever abreviadamente os objectivos, material e métodos, resultados e conclusões do trabalho apresentado, bem como a possível relevância dos resultados para a evolução do conhecimento

na área. Nos casos clínicos deverão ser descritos de forma sucinta os seguintes itens: o estado actual do problema, a(s) observação(ões) clínica(s), a discussão e a(s) conclusão(ões).

Este deverá ser sempre seguido de uma lista de 3 a 10 palavras-chave.

**Estruturação dos artigos:** O texto deve ser apresentado de forma organizada. Nos artigos respeitantes a trabalhos de investigação, uma estruturação iniciada por uma Introdução, seguida pela descrição dos Objectivos do Trabalho, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões é a sugerida.

**Abreviaturas:** As abreviaturas devem ser objecto de especificação no texto.

**Bibliografia:** As referências devem ser numeradas segundo a ordem do seu aparecimento no texto e devem ser referidas entre parêntesis. Artigos que se encontrem aceites e a aguardar publicação poderão ser incluídos nas referências, com a indicação da revista ou jornal seguida de “em publicação”. Só devem constar da lista de referências as citadas ao longo do texto.

As referências bibliográficas devem ser construídas da seguinte forma:

- a) **Artigo de revista:** Apelido e iniciais dos nomes de todos os autores. Ano de publicação. Título do artigo. Nome do jornal ou revista (se possível, utilizar as abreviaturas do *Index Medicus (New series)-National Library of Medicine*), número do volume, primeira e última páginas do artigo. Ex.: Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). Theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry*, 35, 231-57.
- b) **Livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es). Ano de publicação. Título do livro. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Mazet, Ph., & Houzel, D. (1996). *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris: Maloine.
- c) **Capítulo de livro:** Nome(s) e inicial(ais) do(s) autor(es) do capítulo. Ano da publicação. Título do capítulo. In Nome(s) e inicial(ais) do(s) editor(es) médico(s), eds. Título do livro. Número da edição, número da primeira e última páginas. Cidade e nome da casa editora. Ex.: Volkmar, F. (1993). Autism and pervasive developmental disorders. In Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (1<sup>st</sup> ed., pp. 236-49). New York: The Guilford Press.

**Quadros:** Devem ser fornecidos em páginas separadas e numerados com algarismos romanos. Um título deverá constar no topo.

**Figuras** (desenhos, fotografias, gráficos): As ilustrações devem ser de boa qualidade. No verso deverá ser colada uma etiqueta indicando o número da

figura, bem como a sua orientação. As figuras devem limitar-se ao número estritamente necessário. Os gráficos devem ser enviados impressos em lazer, fotografados ou em disquete, neste caso com a indicação do programa utilizado. Quando a deficiente qualidade dos gráficos o justifique, a editora poderá proceder à sua reexecução, desde que os dados necessários sejam fornecidos pelos autores. As figuras devem ser numeradas em árabe, citadas no texto e possuir uma legenda.

**Revisão de provas:** No caso do artigo ser aceite após modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo de 15 dias.

As provas tipográficas serão enviadas aos autores contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da revista.

O 1º autor receberá 5 exemplares da revista.

**Correspondência:** Enviada por correio normal ou electrónico ao cuidado do Director para:

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria  
Ao c/ Drª Maria Luís Borges de Castro  
Parque da Saúde de Lisboa  
Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria  
Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa  
E-mail: [appia@sapo.pt](mailto:appia@sapo.pt)

