

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 38

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

<p>DIRETOR Pedro Pires</p>	<p>Editorial <i>Pedro Pires</i> p. 5</p>
<p>COMISSÃO REDATORIAL Ana Prata Catarina Cordovil Ivo Peixoto José Alberto Garrido Neide Urbano Otilia Queirós Raquel Quelhas de Lima Suzana Henriques</p>	<p>ARTIGOS Quem recorre ao Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria de Lisboa? <i>Ana Prata, Cátia Almeida, Pedro Almeida Dias, Francisca P. Vieira, Mariana Farinha, Rita Ganhoto, Ivo Peixoto, Joana Mesquita Reis, Ana Moreira, Paula Vilariça, & Pedro Caldeira da Silva</i> p. 7</p>
<p>CONSELHO DE REDAÇÃO Augusto Carreira Beatriz Gil Pena Emílio Salgueiro Maria José Gonçalves Maria José Vidigal Maria Luís Borges de Castro Teresa Goldschmidt</p>	<p>O monstro que eu destruí A propósito de um caso clínico de Perturbação Pós-Stresse Traumático em criança de 29 meses <i>Inês Guerra Aguiar & Graça Fernandes</i> p. 27</p>
<p>EDITOR Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA)</p>	<p>A relação entre interno/especialista e a transmissão da psicoterapia durante o internato de (pedo)psiquiatria <i>Jordan Sibeoni Moscoso & Ana Moscoso Sibeoni</i> p. 37</p>
<p>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</p>	<p>Voando sobre o espectro do autismo Perturbações do espectro do Autismo Perturbações do desenvolvimento <i>Maria José Vidigal</i> p. 48</p>
<p>FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO Maria do Carmo Miranda</p>	<p>Novas realidades, novas reflexões: O lugar do virtual no funcionamento psíquico <i>Maria Teresa Pinheiro</i> p. 67</p>
	<p>Disforia de Género – Um olhar para um novo diagnóstico <i>Patrícia FradeI, Rui Xavier-Vieira, & Magda Mendo-Jorge</i> p. 79</p>
	<p>Normas de Publicação p. 99</p>

Tempos modernos...

*“Na História Natural dos sentimentos
tudo se transformou.
O amor tem outras falas,
a dor outras arestas,
a esperança outros disfarces,
a raiva outros esgares.”*

Poema do futuro, António Gedeão

O tempo atual em que vivemos traz-nos novos desafios porque a mudança social é grande. A ciência deve olhar para os novos fenómenos sociais para os tentar compreender. Mas desde logo se pode colocar a questão: serão novos os fenómenos ou *outras falas, outras arestas, outros disfarces e outros esgares*, como escreve o poeta, sobre questões antigas? O Homem mudou na sua condição mais essencial? Enfim, a psicopatologia está a mudar?

Este número da Revista não oferece respostas mas dá-nos pistas de reflexão de extrema importância para a compreensão dos tempos atuais:

- A Dr^a Maria José Vidigal faz-nos um excelente “estado da arte” sobre o espectro do autismo, com o seu saber fundado na sua experiência clínica, integrando as diversas correntes de pensamento sobre a etiopatogenia e o tratamento do autismo;
- Os colegas da Área de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia trazem-nos um retrato atual das urgências em pedopsiquiatria. Os seus resultados vão muito mais longe do que a simples casuística de um serviço de

urgência, pois dão-nos importantes indicadores sobre a realidade da psicopatologia atual na nossa clínica e também sobre a organização dos serviços de saúde mental;

- A revolução tecnológica da informática trouxe um outro espaço na vida psíquica individual e na sociedade, o espaço do virtual. A psicóloga Teresa Pinheiro escreve sobre o impacto da utilização destas tecnologias na vida psíquica das crianças e dos adolescentes;
- A compreensão da psicopatologia e da doença mental também está em mudança. A classificação diagnóstica DSM – V é a prova da acesa discussão sobre este tema. Numa colaboração entre a psiquiatria e a pedopsiquiatria é desenvolvido o tema do diagnóstico de disforia de género, num artigo de revisão bastante integrativo dos diferentes olhares para as questões da identidade sexual;
- Neste número há também lugar há reflexão sobre a formação em pedopsiquiatria. Os autores, Ana Moscoso Sibeoni e Jordan Sibeoni Moscoso, escrevem não só sobre a importância da relação interno/tutor mas também sobre a relevância da transmissão de conhecimentos sobre a psicoterapia e a experiência do interno em psicoterapia;
- Por último, a clínica, o “coração” da nossa prática profissional. As colegas da consulta da primeira infância do Centro Hospitalar do Porto, Inês Aguiar e Graça Fernandes, apresentam-nos uma intervenção terapêutica fundamentada na técnica da “terapia do jogo centrada na criança”. Este artigo foi prémio João dos Santos 2014.

Boas leituras.

Pedro Pires

QUEM RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDOPSIQUIATRIA DE LISBOA?

Ana Prata *
Cátia Almeida *
Pedro Almeida Dias *
Francisca P. Vieira *
Mariana Farinha *
Rita Ganhoto *
Ivo Peixoto *
Joana Mesquita Reis *
Ana Moreira *
Paula Vilarica *
Pedro Caldeira da Silva *

RESUMO

Introdução: A recorrência de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental em Portugal tem vindo a aumentar. Em contexto de serviço de urgência pedopsiquiátrica também se tem constatado um aumento na frequência e na severidade dos casos. Porém, estas questões não têm sido claramente avaliadas nos últimos anos.

Objetivos: O presente estudo pretende, neste contexto, identificar os padrões de acesso e caracterizar a população que recorreu ao serviço de urgência de pedopsiquiatria de Lisboa ao longo do ano de 2013.

Métodos: Revisão bibliográfica. Seleção de variáveis (caracterização demográfica, acompanhamento atual por serviços de saúde mental; motivo de admissão; visitas prévias ao serviço de urgência pedopsiquiátrica; tipo de intervenção). Os dados foram recolhidos a partir do sistema de software informático do serviço de urgência (HCIS®), com posterior cruzamento de dados com os da folha de registo de atividade do médico de urgência de pedopsiquiatria. A informação foi submetida a processamento estatístico (em SPSS®), com análise descritiva e correlação de variáveis.

* Área de Pedopsiquiatria, Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Resultados: Os nossos resultados mostram uma maior prevalência de adolescentes a recorrer ao serviço de urgência, predominantemente com idade superior a 15 anos, com alterações de comportamento, problemas de humor e episódios auto-lesivos. Verifica-se uma variabilidade mensal, com maior afluência em maio, outubro e novembro.

Conclusões: Este resultados revelam haver uma grande afluência de crianças e adolescentes à urgência pedopsiquiátrica de Lisboa, muito superior a dados pontuais de anos anteriores. Devido à sua prevalência, os adolescentes mais velhos com patologias graves são o foco da nossa preocupação. São necessários mais estudos que permitam compreender as suas causas, consequências e as necessidades de mudança em prol da melhoria dos cuidados de saúde mental infantil.

Palavras-chave: Urgência. Pedopsiquiatria. Comportamentos Auto-Lesivos. Doença Mental.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da OMS, a prevalência de doença mental entre indivíduos com idades inferiores a 18 anos varia entre os 12% e os 29%, consoante os países. Destes indivíduos, apenas 10% a 22% são corretamente identificados por um profissional de saúde (Mahajan et al., 2009).

Em Portugal existem poucos estudos sobre a prevalência de doença mental em crianças e jovens. Sabe-se, no entanto, que Portugal é o 3º país da Europa com maior prevalência de doença mental na idade adulta (Liu, Ali, Rosychuk, & Newton, 2014) e que existe uma continuidade desta ao longo da vida (Chun, Katz, & Duffy, 2013).

À semelhança do que se tem verificado a nível global (Goldstein, Silverman, Philips, & Lichenstein, 2005; Larkin et al., 2005; Sills & Bland, 2002), também em Portugal os pedidos de apoio junto dos serviços de saúde mental infantil e juvenil têm vindo a aumentar. Entre 2011 e 2013 observou-se, a nível nacional, um aumento de cerca de 23% do número de consultas de Pedopsiquiatria (Grupp-Phelan, Harman, & Kelleher, 2007). Contudo, desconhece-se se esta tendência se reflete também na utilização do serviço de urgência da especialidade. Este é, por vezes, a porta de entrada no serviço nacional de saúde e funciona como local de tratamento em situação de crise e referência para os serviços locais.

O Serviço de Urgência (SU) de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE) funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, contando já com cerca de

23 anos de atividade. Assiste crianças e jovens com idades inferiores a 18 anos. A sua área de referência inclui a região de Lisboa e Vale do Tejo, o Alentejo, o Algarve e a Região Autónoma dos Açores.

Estudos prévios mostraram que, de 1998 (Murray & Lopez, 1996) a 2001 (Nillni, Rohan, Rettew, & Achenbach, 2009), triplicou o número de casos observados no SU do HDE (de 110 para 337 casos/ano). A última casuística identificou um total de 305 casos registados nos anos de 2000, 2002, 2004, 2006 e 2008 (Cordovil & Crujo, 2002).

OBJETIVOS

Pretendemos caracterizar os padrões de acesso e a população que recorreu ao SU de Pedopsiquiatria do HDE no ano de 2013. Quais as características sociodemográficas dos jovens observados em SU? De que hospitais de referência são observados mais casos? Quais os principais motivos? Estas crianças e jovens estão sinalizados para os serviços de saúde mental locais? Qual o padrão de afluência e recorrência? Que intervenção é feita em contexto de urgência?

MÉTODOS

Realizámos uma revisão bibliográfica das casuísticas do SU de Pedopsiquiatria do HDE disponíveis.

Elaborámos uma base de dados com as seguintes variáveis: sexo, idade, área de residência, motivo de vinda, acompanhamento atual por serviços de saúde mental, vindas prévias ao SU e tipo de intervenção.

Recolhemos a informação relativa ao ano de 2013 a partir do sistema de software informático do serviço de urgência (HCIS®), do processo clínico (SAM®) e do registo em papel da atividade clínica do médico de urgência, arquivado na Área de Pedopsiquiatria.

No registo de cada indivíduo verificaram-se a data e hora da triagem e distinguiram-se o tipo de urgência (interna ou externa) e o tipo de resolução (presencial ou telefónica). Nos casos de resolução telefónica foi registada a hora da chamada recebida. Através da hora inferiu-se o turno (diurno, das 8h00 às 20h00, ou noturno das 20h00 às 8h00) e, no turno diurno, distinguiu-se o período da manhã (das 8h00 às 14h00) e da tarde (das 14h00 às 20h00).

A idade registrada corresponde à idade em anos completos à data da intervenção, tendo sido considerada a categoria “1 ano” para os menores de 12 meses. O hospital de referência foi inferido através da área de residência do indivíduo, conforme a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

Os motivos de vinda ao SU foram agrupados nas seguintes categorias sindromáticas:

- 1) Queixas somáticas
- 2) Problemas ambiente
- 3) Problemas de ansiedade
- 4) Problemas relacionados com substâncias
- 5) Problemas de humor (onde se inclui ideação suicida)
- 6) Comportamentos autoagressivos (onde se incluíram tentativas de suicídio e comportamentos auto-lesivos)
- 7) Problemas de comportamento
- 8) Problemas relacionados com terapêutica
- 9) Problemas alimentares
- 10) Sintomas psicóticos
- 11) Outros (agrupados pela baixa prevalência)
- 12) Desconhecido

Contabilizámos o número total de vindas prévias ao SU e de vindas nos últimos seis meses relativos à observação atual.

Classificámos o seguimento atual dos indivíduos nas seguintes categorias: “Pedopsiquiatria”, “Psicologia”, “Neurodesenvolvimento” e “Aguarda Primeira Consulta de Pedopsiquiatria”. Os indivíduos seguidos em consulta de Psiquiatria foram incluídos na primeira categoria.

A intervenção realizada foi caracterizada no que diz respeito à necessidade de administração de psicofármacos em SU, indicação para internamento, internamento efetivo, local de internamento (Internamento de Pedopsiquiatria do HDE, Internamento de Adolescentes do HDE, Serviço de Observação do SU do HDE, Outro Hospital), introdução de psicofarmacoterapia em ambulatório, reajuste da terapêutica em ambulatório e encaminhamento para consulta externa (Pedopsiquiatria, Psicologia, Medicina Geral e Familiar).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o software SPSS® v.20, de acordo com a normalidade das distribuições (CI=95%).

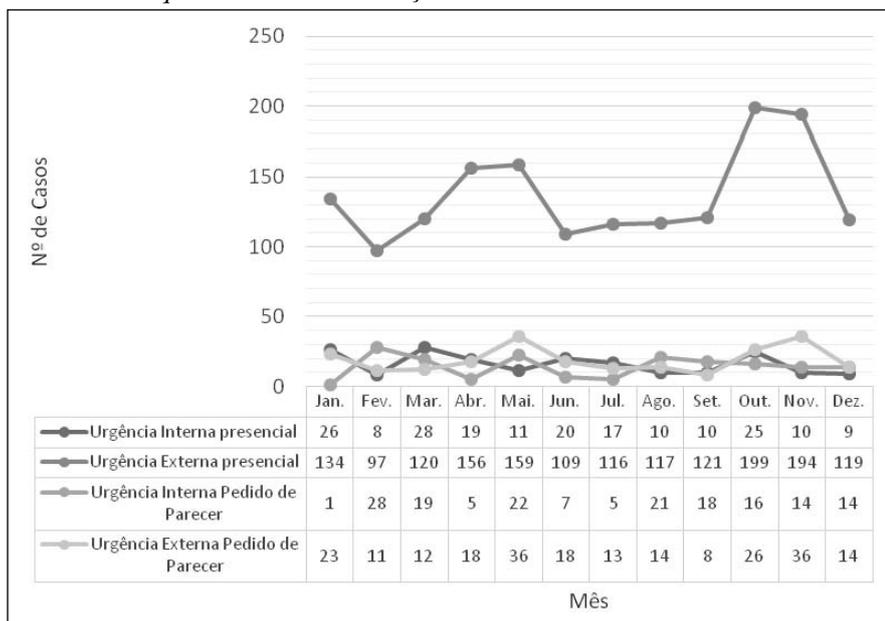
RESULTADOS

Em 2013 registaram-se 2233 intervenções efetuadas pela equipa de Pedopsiquiatria de urgência. Estas incluem os episódios de urgência externa e interna, de resolução presencial e pedidos telefónicos de parecer.

De acordo com os dados apresentados na Figura 1, observou-se uma variação sazonal da afluência ao SU, cujos principais picos ocorreram nos meses da primavera e do outono, nomeadamente maio, outubro e novembro.

FIGURA 1

Frequência das intervenções realizadas no SU em 2013



Sendo os dados relativos às intervenções em contexto de urgência externa com intervenção presencial mais fiáveis e completos, e respondendo mais objetivamente à questão colocada pelo nosso estudo, serão estes o foco da nossa análise. Do total de episódios, 1641 casos correspondem ao contexto de urgência externa (para doentes não internados) e presencial.

Seguidamente, apresentam-se os dados relativos a esta amostra ($n=1641$).

Afluência e recorrência

O período diário com maior afluência foi o turno diurno, das 8h00 às 20h00 (74,6% dos casos), especialmente a segunda metade do turno (44,9% da totalidade dos casos). Houve diferenças significativas entre a afluência nos dias úteis ($n=1312$, 80%) e nos fins-de-semana ($n=329$, 20%) (teste binomial, $p=0,000$).

Dos casos observados, 64,3% vieram pela primeira vez ao SU, sendo a maioria destes do sexo feminino ($n=605$). No grupo dos indivíduos com número de vindas prévias >2 , correspondendo a 11,3% do total da amostra, verificaram-se diferenças significativas entre sexos (*U Test*, $p=0,006$): os indivíduos do sexo masculino ($n=106$) apresentaram maior número de recorrências (com um máximo de 40 vindas prévias).

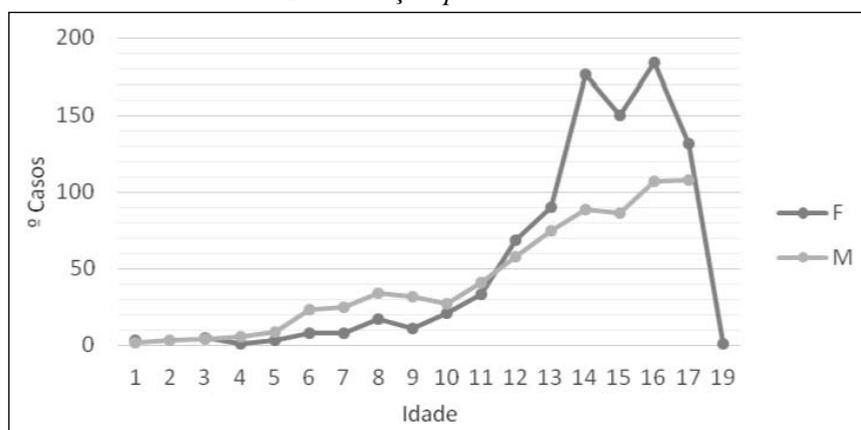
Ao avaliarmos apenas os seis meses precedentes ao episódio registado, 5,7% dos indivíduos recorreram pelo menos três vezes nesse período (com um máximo de 23 episódios). A faixa etária dos 12 aos 17 anos apresentou o maior número de episódios prévios e o principal motivo foram problemas de comportamento.

Sexo e idade

A maioria dos casos registados pertencem ao sexo feminino ($n=912$, 55,6%). A média etária foi de 13,6 anos ($SD=3,136$), variando entre 1 e 19 anos de idade. A distribuição pelas diferentes idades está representada na Figura 2.

FIGURA 2

Distribuição pelas idades



Como se pode observar, a maioria (73%) dos indivíduos eram adolescentes (>12 anos), tendo 14,7% idade superior a 15 anos ($n=241$). As crianças da primeira infância (abaixo dos 3 anos) correspondem a 1% dos casos e as da segunda infância (entre os 3 e os 12 anos) a 26%.

Hospital de referência

A população do Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E foi a que mais utilizou o SU ($n=503$) (Quadro I).

QUADRO I
Distribuição por hospital de referência

Hospital de referência	Nº casos	%
Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)	503	30,7
Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)	150	9,1
Hospital Beatriz Ângelo	137	8,3
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	106	6,5
Centro Hospitalar Oeste	102	6,2
HPP Cascais	101	6,2
Hospital Vila Franca de Xira	100	6,1
Hospital Garcia de Orta	95	5,8
Centro Hospitalar Médio Tejo	82	5,0
Centro Hospitalar de Setúbal	73	4,4
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo	65	4,0
Centro Hospitalar do Algarve	43	2,6
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca	21	1,3
Desconhecido	18	1,1
Hospital Litoral Alentejano	15	,9
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	12	,7
Hospital Espírito Santo	12	,7
Outro	6	,4

Verificou-se a existência de diferenças significativas entre os hospitais de referência no número de episódios prévios dos indivíduos (Kruskal Wallis test (15)=46,172, $p=0,000$). Assim, os hospitais com mais casos de recorrência ao SU são, por ordem decrescente: Hospital de Cascais, Centro Hospitalar de Setúbal, CHLC, CHLN e Hospital de Vila Franca de Xira ($n=1616$).

Motivo de vinda ao SU

Os principais motivos de vinda ao SU foram, por ordem decrescente: problemas de comportamento, comportamentos autoagressivos, problemas do humor e problemas de ansiedade (Quadro II). Observaram-se diferenças significativas de acordo com a idade no motivo de vinda ao SU ($\chi(170)=549,364, p=0,000$). Enquanto os indivíduos da 1ª infância vieram predominantemente por problemas do ambiente, foram problemas de comportamento e ansiedade os principais motivos de vinda dos indivíduos da 2ª infância. Na pré-adolescência, identificou-se uma maior prevalência de comportamentos autoagressivos, sendo este o terceiro motivo de vinda ao SU aos 12 anos, o segundo aos 13 anos e o primeiro aos 14 anos (única idade em que este é o principal motivo). Um quarto dos indivíduos observados tinha 14 anos e, destes, 23% apresentavam comportamentos autoagressivos. Na pré-adolescência, a percentagem de problemas do humor como motivo de vinda ao SU apresentou igualmente uma subida, atingindo o seu pico aos 16 anos.

QUADRO II

Distribuição dos motivos de vinda ao SU

Motivo de vinda ao SU	Nº Casos	%
Queixas somáticas	60	3,7
Problemas do ambiente	27	1,6
Problemas de ansiedade	224	13,7
Problemas Relacionados com Substâncias	26	1,6
Problemas de humor	275	16,8
Comportamentos autoagressivos	284	17,3
Problemas de Comportamento	530	32,3
Problemas Relacionados com terapêutica	36	2,2
Problemas alimentares	41	2,5
Sintomas psicóticos	68	4,1
Outros	59	3,6
Desconhecido	11	,7

Foram encontradas diferenças entre sexos no motivo de vinda ao SU ($\chi 10=230,104, p=0,000$): o sexo masculino recorreu principalmente por problemas de comportamento e o sexo feminino por problemas de ansiedade, humor e comportamentos autoagressivos.

Foram também encontradas diferenças relativamente ao número de episódios prévios (Kruskal Wallis test (10)=59,551, $p=0,000$): os indivíduos com maior número de recorrências tinham maioritariamente problemas relacionados com terapêutica, problemas de comportamento e sintomas psicóticos.

Seguimento atual

A maioria dos casos observados em urgência tinham algum tipo de acompanhamento prévio: 40,6% eram acompanhados em consulta de Pedopsiquiatria/Psiquiatria, 11,9% em consulta de Psicologia e 2,7% em consulta de Neurodesenvolvimento. No grupo seguido em consulta de Pedopsiquiatria/Psiquiatria, 91,4% tinham terapêutica farmacológica instituída.

Salienta-se ainda o facto de 10,1% dos casos observados em SU estarem a aguardar a primeira consulta de Pedopsiquiatria ($n=166$). Cerca de metade destes indivíduos ($n=78$) tinham mais do que uma vinda prévia ao SU. Verificou-se que os hospitais de referência com maior percentagem de casos a aguardar primeira consulta eram o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (24,6%) e o Hospital Beatriz Ângelo (18,2%).

Verificaram-se diferenças significativas na afluência ao SU entre os jovens seguidos em Pedopsiquiatria comparativamente com os restantes grupos (ANOVA (4)=46,685, $p=0,000$ e ANOVA (4)=38,657, $p=0,000$). Os indivíduos em seguimento por Pedopsiquiatria são os principais utilizadores do SU.

Observaram-se diferenças nos motivos de vinda ao SU consoante o tipo de seguimento atual (χ (40)=166,318, $p=0,000$): os indivíduos com acompanhamento pedopsiquiátrico/psiquiátrico vieram predominantemente por problemas de comportamento (42%), problemas de humor (16,2%), comportamentos autoagressivos (14,6%) e problemas de ansiedade (8,9%).

Verificaram-se diferenças no seguimento atual entre sexos (χ (4)=882,032, $p=0,000$): 61,7% dos indivíduos do sexo feminino não tinham seguimento prévio; por outro lado, 60% dos indivíduos seguidos em Psicologia eram do sexo feminino.

No que diz respeito à psicofarmacoterapia, 50,4% dos indivíduos encontravam-se medicados em ambulatório com psicofármacos à data do episódio de urgência, não havendo diferenças de sexo nesta prevalência.

Intervenção

Em 17,0% dos casos houve administração de psicofármacos em SU. Os principais motivos de vinda com necessidade de terapêutica farmacológica de

urgência foram os problemas relacionados com a terapêutica, os sintomas psicóticos, os problemas relacionados com substâncias e os problemas de comportamento ($\chi (20) 45,868, p=0,001$).

Em 15,1% ($n=247$) dos casos havia indicação para internamento. Destes, foram internados 175 casos (70,8%). Dos casos com indicação para internamento, verificaram-se diferenças de idade (U Test, $p=0,000$), sendo a faixa etária entre os 14 e os 17 anos a mais prevalente (74,8%). Verificaram-se ainda diferenças entre o número de episódios prévios e a indicação para internamento (U Test, $p=0,000$): dos indivíduos com indicação, 21,9% tinham pelo menos 3 episódios prévios. Existiam também diferenças nos motivos de vinda ao SU ($\chi 10=97,649, p=0,000$): os principais motivos foram, por ordem decrescente: comportamentos autoagressivos (27,2%), problemas de humor (23,6%), problemas de comportamento (21,3%) e sintomas psicóticos (7,9%).

O internamento foi significativamente mais frequente no sexo feminino ($\chi 1=1,519, p=0,218$) e efetuou-se na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do HDE (54,9%), noutra hospital (26,3%), na Unidade de Adolescentes do HDE (16,6%) ou no Serviço de Observação do SU do HDE (2,3%).

Observou-se que os indivíduos do Centro Hospitalar do Algarve tiveram indicação de internamento cerca de 5 vezes mais do que os restantes. No Quadro III apresentam-se os resultados referentes aos hospitais onde estas diferenças se verificaram.

QUADRO III

*Comparação da indicação de internamento
de acordo com o hospital de referência (Odds-Ratio)*

OR>1	OR<1
Centro Hospitalar Médio Tejo (2,75)	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (0,23)
Hospital de Cascais (2,24)	Centro Hospitalar Lisboa Central (0,44)
Hospital Garcia de Orta (1,94)	Centro Hospitalar Lisboa Norte (0,39)
Centro Hospitalar do Algarve (4,88)	

Dos indivíduos que tiveram alta para ambulatório, foi introduzida psicofarmacoterapia em 64,5% dos casos ($n=746$). Esta introdução foi mais frequente nos problemas de ansiedade, comportamento e humor. Foram ainda realizados 477 reajustes farmacológicos (66,7% dos casos em que já havia farmacoterapia instituída). Houve encaminhamento para consulta externa de Pedopsiquiatria em 43,0% dos casos ($n=630$), onde se incluem 81,9% dos casos sem qualquer acompanhamento até à data ($n=407$). O encaminhamento para

consulta de Psicologia ocorreu em 2,8% dos casos e 1,1% foi encaminhado para consulta de Medicina Geral e Familiar.

Comportamentos autoagressivos

Os indivíduos cujo principal motivo de vinda ao SU foi comportamento autoagressivo ($n=284$), eram predominantemente do sexo feminino (Binomial (0,5) $p=0,000$, 225:59) e com idade compreendida entre os 5 e os 17 anos, com maior frequência entre os 14 e 16 anos.

Foi a primeira vinda ao SU para 78% destes, 42% não tinham nenhum tipo de seguimento e 57,7% não estavam medicados. Verificou-se que 23,6% tinham indicação para internamento, tendo sido internados 19% dos casos, maioritariamente no internamento de Pedopsiquiatria do HDE e noutro hospital.

DISCUSSÃO

Acesso

O acesso ao serviço de Urgência de Pedopsiquiatria do HDE-CHLC realizado diretamente do exterior ou através do SU Pediátrico de outro hospital – Urgência Externa – constituiu o principal grupo de doentes atendidos ($n=1641$), no decorrer do ano de 2013. Considerando também as 229 intervenções telefónicas para orientação clínica ou terapêutica, contactou-se com 1870 doentes externos (83,7%).

Do grupo de doentes internados – Urgência Interna – foram avaliados 193 presencialmente e 170 por via telefónica, representando no conjunto 16,3% do total de doentes que necessitou de atenção médica.

Os dados relativos às intervenções em Urgência Interna ou pedidos de parecer encontram-se apenas nos registos em papel da Área de Pedopsiquiatria. Estes registos incluem a data e hora do pedido, a origem do mesmo, o sexo e idade da criança ou adolescente e a resolução da mesma. Assim, verificámos que os dados disponíveis nestes casos eram significativamente inferiores aos dados obtidos através dos diversos *softwares* dos casos observados presencialmente em Urgência Externa. Por este motivo, foi este último grupo o foco da nossa investigação. Verifica-se assim a necessidade de melhorar o sistema de

registro das diversas atividades do médico de urgência, de modo a caracterizá-las de forma mais completa e eficaz e evitar uma subestimação.

Esta subestimação verificou-se no estudo atual, pois os dados relativos às intervenções presenciais em urgência Externa ($n=1641$), representam 87,7% dos doentes observados presencialmente e 73,4% do total de doentes que necessitou de atenção médica.

Apesar da subestimação, verificou-se que a frequência de acesso encontrada foi bastante superior ao descrito em estudos epidemiológicos anteriores portugueses. Este dado está em linha com o aumento do número de doentes pediátricos que recorrem ao SU por motivos relacionados com a saúde mental identificado noutros países (Kistner, 2009), sobretudo nos Estados Unidos.

Esta tendência de aumento tem sido descrita a vários níveis. A OMS aponta que os problemas neuropsiquiátricos serão uma das principais cinco causas de morbilidade, mortalidade ou incapacidade para as crianças, no ano de 2020 (Coles, Slavec, Bernstein, & Baroni, 2012). Por outro lado, o crescimento de problemas sociais/psicosociais na população em geral e a sua associação com a incidência de problemas psiquiátricos é conhecida.

No panorama nacional, é de referir que em 2010 ocorreu um aumento da idade máxima atendida em serviços pediátricos dos 15 anos e 364 dias para os 17 anos e 364 dias, produzida pelo Despacho N.º 9871/2010 de 11 de Junho. Este despacho contribuiu para a deslocação dos jovens entre os 16 e os 18 anos dos SU de adultos para os SU pediátricos. Como se verificou, esta faixa etária representou uma percentagem importante dos jovens observados em SU e poderá justificar em parte o aumento do número total de casos.

Por outro lado, a maior divulgação e consciencialização entre os profissionais de saúde e os pais para os problemas de saúde mental, também têm sido apontadas como causas prováveis do aumento da recorrência ao SU de Pedopsiquiatria.

Para além disso, acreditamos que, quer a relativa escassez de serviços de tratamento ambulatorio (i.e. Unidades de Dia), quer a insuficiente resposta em termos de consulta encontrada nas diferentes áreas de residência abrangidas, poderão levar ao aumento de utentes observados em SU.

Recorrência

Estas reflexões são corroboradas pela análise da recorrência ao SU. Existe um número significativo de utilizadores crónicos do SU, com número de episódios prévios >2 (11,3%). A ausência de resposta atempada de outras estruturas, nomeadamente a consulta externa ou o internamento pedopsiquiátrico,

poderão explicar estes dados. Para além disso, estes são predominantemente adolescentes do sexo masculino. Os comportamentos disruptivos, frequentes motivos de encaminhamento ao SU e mais comuns da sintomatologia externalizante, poderão contribuir para este facto. São necessários mais estudos para melhor caracterizar o grupo de utilizadores crónicos do SU, no sentido de compreender não só as dificuldades pessoais da criança e da família, mas também de identificar as falhas na resposta especializada.

Origem dos pedidos

Sendo o SU de Pedopsiquiatria do CHLC o único disponível para as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, pressupõe-se que o número de doentes referenciados do SU dos restantes hospitais seja determinado pela dimensão da população de cada área de influência. Por outro lado, calcula-se que fatores como a distância geográfica e as respostas existentes a nível local influenciem o número de casos referenciados por cada hospital. Os dados encontrados parecem ir de encontro a estas possibilidades.

Os nossos resultados sugerem uma carência de respostas eficazes em Pedopsiquiatria fora da região de Lisboa. Os hospitais de áreas periféricas à cidade de Lisboa apresentaram taxas significativas de recorrência ao SU (HPP Cascais, Centro Hospitalar de Setúbal e Hospital de Vila Franca de Xira) e de indicação para internamento (Centro Hospitalar Médio Tejo e Centro Hospitalar de Cascais). Para além disso, apresentaram ainda as maiores taxas de indivíduos a aguardar a primeira consulta (Centro Hospitalar Barreiro/Montijo e Hospital Beatriz Ângelo). Isto indica um tempo de espera significativo e preocupante entre o reconhecimento da necessidade de avaliação pedopsiquiátrica e o início do seguimento.

Paralelamente, a região do Algarve, atualmente com apenas um Pedopsiquiatra em toda a região, apresentou uma taxa muito elevada de indicação para internamento. Para além da carência óbvia de médicos especialistas nesta área, coloca-se a possibilidade de uma maior gravidade dos casos desta região. Porém, a distância envolvida no encaminhamento para o SU do HDE poderá ter limitado o envio de situações menos graves, o que influencia os dados analisados. É necessária uma leitura atenta destes dados, que requerem estudos adicionais no sentido de caracterizar e comparar a gravidade dos casos do Algarve com outras regiões do país.

Sazonalidade

A maior frequência do acesso ao SU nos meses de maio, outubro e novembro poderá estar relacionada com a sazonalidade das alterações do humor

e agravamento da patologia afetiva verificada nas mudanças de estação, descrita nalguns estudos (Gillberg et al., 2005). São expressas sobretudo por adolescentes do sexo feminino com queixas de humor, de ansiedade ou comportamentos autoagressivos.

Tendo em conta prevalência de adolescentes na nossa amostra (73%), serão estes os principais intervenientes na variação de sazonalidade encontrada. Deste grupo, 60,5% eram do sexo feminino.

Por outro lado, a sazonalidade identificada poderá relacionar-se com o calendário escolar. Verificou-se que o aumento do número de casos corresponde ao final do terceiro período, associado a uma época ansiogénica pelas avaliações que decorrem e perspectivas de reprovação/transição de ano. Para além disso, o período correspondente ao início do ano letivo, época em que ocorrem várias mudanças no dia-a-dia do jovem e da família, apresentou igualmente uma maior prevalência de casos observados em SU. Acreditamos que, não só a exacerbação da sintomatologia devido aos fatores de risco destas épocas, mas também o facto da frequência da escola tornar mais visível a sintomatologia psiquiátrica dos jovens, justifiquem a influência do calendário escolar. A referenciação ou sinalização de problemas de comportamento pela escola foram, por diversas vezes, a origem do encaminhamento das crianças e adolescentes ao SU.

Verificou-se que a maior afluência ao SU ocorreu nos turnos diurnos dos dias úteis, mais predominantemente no período da tarde. Apesar de serem necessários mais estudos para esclarecer as causas para esta variabilidade, acreditamos que, mais uma vez, a referenciação e sinalização da escola, que decorre nos dias úteis, poderá contribuir para a maior afluência nos períodos identificados. Foram motivos comuns de vinda ao SU comportamentos disruptivos em ambiente escolar.

Caracterização da amostra

A maioria dos indivíduos observados no SU do HDE ($n=1641$) era do sexo feminino (55,6%). Observando a Figura 2, que apresenta a distribuição das idades, verifica-se que até aos 11 anos e meio é o sexo masculino o mais prevalente, tendência invertida a partir dessa idade. Esta distribuição vai de encontro aos dados epidemiológicos encontrados na literatura (Coles, Slavec, Bernstein, & Baroni, 2012), que indicam uma predominância de doentes do sexo masculino durante a segunda infância referenciados à consulta de pedopsiquiatria, chegando a atingir uma relação de 3/1. Nesta faixa etária, os principais motivos de vinda ao SU foram os problemas de comportamento e de

ansiedade, que correspondem aos motivos dos principais pedidos de consulta da especialidade (Coles, Slavec, Bernstein, & Baroni, 2012). Por outro lado, vários estudos apontam para a possibilidade da existência de um viés de deteção e referenciação nesta faixa etária. É referido que a sensibilidade e perceção das perturbações externalizantes pelos educadores e pais, leva a um aumento de sinalização destas situações (Gillberg et al., 2005), que também se reflete na maior afluência ao SU.

Na adolescência, e em consonância com a literatura, verificou-se a inversão da distribuição por sexo, com predominância do sexo feminino (Ghaemi, 2007). Nesta faixa etária os principais motivos de vinda ao SU foram problemas de humor ou de ansiedade e comportamentos autoagressivos.

O motivo de vinda ao SU, caracterizado no nosso estudo por 11 categorias de sintomas, não tem necessariamente correspondência com o diagnóstico etiológico ou nosológico que originou o sintoma, mas permitiu-nos de uma forma mais direta identificar as queixas que levaram os doentes ao SU. Deste modo, por exemplo, um comportamento autoagressivo poderia ser classificado como Problema do Comportamento ou como Problema do humor, após a recolha de alguns elementos, durante a avaliação clínica. O mesmo acontece com os problemas de comportamento nos adolescentes e o consumo de substâncias que muitas vezes se sobrepõem.

São facilmente compreensíveis as diferenças encontradas nos motivos de vinda ao SU de acordo com a idade. As crianças da 1ª infância, 1% da nossa amostra, vieram predominantemente por problemas do ambiente, concretamente suspeita de maus tratos ou problemas na relação mãe-bebé, sinalizados pelos pediatras e neonatologistas. O facto de existir uma Unidade de Primeira Infância na região de Lisboa que dá resposta quase imediata aos pedidos de consulta, associado à existência de outras especialidades que respondem aos problemas surgidos nesta idade (pediatria geral, pediatria do desenvolvimento, psicologia, neonatologia, medicina geral e familiar), pode contribuir para a explicação da baixa frequência de casos observados em SU. No nosso estudo, a 1ª infância é menos prevalente e existem mais casos de adolescentes observados, de acordo com a complexidade dos problemas encontrados.

É interessante observar a transição dos problemas da 2ª infância, problemas de comportamento e de ansiedade, para os da pré-adolescência, onde os comportamentos autoagressivos ganharam relevo. Aos 14 anos foram mesmo o principal motivo. Em associação com este problema, verificou-se uma crescente prevalência de problemas do humor (isolamento, humor depressivo, ideação suicida), que atingiu o seu pico aos 16 anos (Whitlock & Selekman, 2014).

Os comportamentos autoagressivos verificaram-se sobretudo em doentes do sexo feminino, sem qualquer tipo de acompanhamento em 42% dos casos. Este facto poderá refletir a dificuldade em identificar estes problemas, quase sempre escondidos e dissimulados e que se tornam visíveis no decorrer da história natural da patologia que lhe deu origem.

O facto dos problemas de comportamento constituírem, enquanto categoria, um dos principais motivos de recorrência ao SU, principalmente na 2ª Infância, poderá indicar alguma dificuldade na sua resolução através do recurso aos psicofármacos. O regresso ao SU por problemas relacionados com a terapêutica também é um indicador de que nem sempre a terapêutica farmacológica consegue a desejada estabilização dos quadros clínicos. A recorrência dos doentes com sintomas psicóticos poderá traduzir a maior gravidade destes quadros, muitas vezes associados a dificuldades psicossociais ou outros diagnósticos, como perturbações globais do desenvolvimento ou consumo de substâncias.

Seguimento prévio

Em 40,6% dos doentes já tinha havido algum tipo de acompanhamento psiquiátrico, que inclui a consulta de pedopsiquiatria e a de psiquiatria de adultos. A sua distinção enquanto grupo não foi realizada, mas apenas a identificação de outros tipos de acompanhamento como psicologia ou neuropediatria. De salientar que dos doentes que recorrem ao SU, apenas 2,7% eram seguidos em psicologia o que poderá significar uma manifesta insuficiência de respostas desta especialidade de uma forma global. A grande maioria dos doentes com acompanhamento (pedo)psiquiátrico (91,4%) estava medicada, confirmando neste grupo de doentes a necessidade de uma avaliação médica de urgência, sendo muitas vezes realizados ajustes terapêuticos dos psicofármacos. Esta percentagem desceu para 50,4%, ao considerarmos os doentes acompanhados por outros técnicos de saúde. Este será porventura um motivo importante para serem os jovens em acompanhamento psiquiátrico os que mais recorreram ao SU. Por outro lado, poderá estar também relacionado com a sensibilização feita pelos médicos assistentes para a existência deste serviço de urgência e para a necessidade de monitorizar alguns sintomas. No entanto, o facto dos casos com acompanhamento médico também corresponderem aos casos de maior gravidade poderá funcionar como um viés de seleção para serem estes os doentes a recorrer mais ao SU.

Em 44,8% dos indivíduos observados em SU não havia qualquer tipo de acompanhamento prévio, mas 10,1% dos casos aguardavam a primeira consulta

de Pedopsiquiatria ($n=166$) e metade destes apresentava mais do que uma vinda prévia ao SU. Estes dados merecem a nossa reflexão. A escassez de resposta eficaz em ambulatório desvirtua a função do SU, reservado às situações de crise aguda, levando a um aumento do tempo de espera para atendimento dos casos prioritários, que não é desejável. Por outro lado, o ambiente de urgência e o tempo de que se dispõe neste contexto, não são os adequados às intervenções de que carecem os jovens e suas famílias fora das situações de crise.

Intervenção

A grande maioria dos doentes (83%) não necessitou de terapêutica farmacológica no decorrer da vinda ao SU, o que poderá ser um indicador da prudência com que esta é instituída, apenas depois de se terem esgotado as opções não farmacológicas. Os psicofármacos foram utilizados em 17,0% dos casos. Numa percentagem aproximada de casos, 15,1%, verificou-se existir indicação para internamento, apesar de apenas 10,6% dos indivíduos ter sido efetivamente internado. A percentagem de casos com indicação para internamento pode estar subestimada atendendo ao facto dessa indicação ser afetada pelas respostas existentes, que limitaram a intervenção a propor aos doentes. A necessidade de procurar, com bastante frequência, disponibilidade de internamento noutras unidades de saúde (pediatria dos hospitais de referência ou internamento de psiquiatria de adultos) prejudicou não apenas o doente, mas também o trabalho dos profissionais de saúde, que procuraram encontrar soluções eficazes ainda que demoradas e não ideais (como ter adolescentes em serviço de adultos).

De notar que foi o grupo dos adolescentes que teve a grande fatia das indicações de internamento verificadas, traduzindo a maior gravidade dos quadros clínicos encontrados nesta faixa etária. Os principais motivos de vinda ao SU neste grupo de doentes foram os problemas autoagressivos (27,2%), os problemas do humor (23,6%), os problemas de comportamento (21,3%) e os sintomas psicóticos (7,9%). Não se pode ignorar o facto de que estes problemas estavam associados a uma utilização crónica do SU em 21,9% dos indivíduos. Predominantemente do sexo masculino, foram internados indivíduos com excessivas vindas prévias ao SU (de 3 a 40 vindas). Nestes casos, além da gravidade do quadro clínico, o internamento surgiu como tentativa de terminar o ciclo de utilização abusiva e por vezes iatrogénica do SU.

Em relação aos internamentos realizados, ocorreram noutro hospital em 26,3% dos casos com indicação. Salienta-se mais uma vez a necessidade de

melhoria de respostas a nível local, atendendo às especificidades que uma unidade de internamento de doentes pedopsiquiátricos exige.

CONCLUSÃO

Houve um aumento muito significativo do número de crianças e jovens que recorreram ao SU de Pedopsiquiatria do HDE em 2013, comparativamente com anos prévios. A insuficiência de respostas adequadas em ambulatório para as necessidades pedopsiquiátricas, particularmente evidentes fora da cidade de Lisboa, poderão justificar este aumento. Parece-nos essencial investigar as formas mais adequadas para a melhoria da intervenção em ambulatório das áreas carenciadas, no sentido de contribuir para uma inversão desta tendência.

A distribuição por idades, sexo e motivo de vinda foram semelhantes ao descrito na literatura para o acompanhamento em ambulatório. Verificou-se ainda que a sazonalidade observada, para além de corresponder à descrita pela literatura, aparentou estar relacionada com o calendário escolar.

De facto, a escola parece ter um papel importante, não só no impacto na sintomatologia e psicopatologia das crianças e adolescentes, mas também na sinalização e referenciação dos casos ao SU. Parece-nos importante a intervenção junto da comunidade escolar no sentido de promover a sua competência não só na identificação de sintomas psicopatológicos, mas também na gestão de situações de crise com estes jovens.

Com o nosso estudo, ficou patente a necessidade de aumentar a capacidade de respostas terapêuticas locais não farmacológicas, nomeadamente acompanhamento em consultas de psicologia ou áreas de dia, bem como a capacidade de internamento em unidades de saúde mental apropriadas à faixa etária dos indivíduos. Por outro lado, a vinda recorrente ao SU de indivíduos que aguardavam primeira consulta de Pedopsiquiatria e a indicação para internamento encontrada na maioria dos indivíduos observados de hospitais de referência mais distantes, tem de nos levar a refletir seriamente na distribuição e gestão dos recursos humanos para a saúde mental infantil e juvenil em Portugal.

Por fim, gostaríamos de sugerir a otimização do processo de registo dos casos atendidos em SU, quer relativos à Urgência Externa, quer relativos à Urgência Interna, idealmente em suporte informático, de modo a permitir mais facilmente a obtenção e cruzamento da informação. Acreditamos que sem

monitorização das necessidades dos utentes e da resposta clínica que se oferece não é possível a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

BIBLIOGRAFIA

- Chun, T.H., Katz, E.R., & Duffy, S.J. (2013). Pediatric mental health emergencies and special health care needs. *Pediatr Clin North Am*, 60(5), 1185-1201.
- Coles, E.K., Slavec, J., Bernstein, M., & Baroni, E. (2012). Exploring the gender gap in referrals for children with ADHD and other disruptive behavior disorders. *J Atten Disord*, 16, 101-108.
- Cordovil, C., & Crujo, M. (2002). Doenças e alterações mentais. In M. Coelho et al. (Eds.), *150 anos da pediatria portuguesa e meio século de urgências pediátricas. – Casuística do Hospital Dona Estefânia* (pp. 162-165).
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Rede de referência de psiquiatria da infância e da adolescência*.
- Ghaemi, S.N. (2007). *Feeling and time: The phenomenology of mood disorders, depressive realism, and existential psychotherapy*. *Schizophr Bull*, 33(1), 122-130.
- Gillberg, C., et al. (2005). *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (p. 11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldstein, AB, Silverman, MA, Philips, S, & Lichenstein, R. (2005). Mental health visits in a pediatric emergency department and their relationship to the school calendar. *Pediatr Emerg Care*, 21(10), 653-657.
- Grupp-Phelan, J., Harman, J.S., Kelleher, K.J. (2007). Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep*, 122(1), 55-61.
- Kistner, J.A. (2009). Sex differences in child and adolescent psychopathology: An introduction to the special section. *J Clin Child Adolesc Psychol* 34(4), 453-459.
- Larkin, G.L., Claassen, C.A., Emond, J.A., et al. (2005). Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv*, 56(6), 671-677.
- Liu, S., Ali, S., Rosychuk, R.J., & Newton, A.S. (2014). Characteristics of children and youth who visit the emergency department for a behavioural disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23(2), 111-117.
- Mahajan, P., Alpern, E.P., Grupp-Phelan, J., et al. (2009). Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care*, 25(11), 715-720.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Distributed by Harvard University Press.

- Nillni, Y.I., Rohan, J.K., Rettew, D., & Achenbach, T.M. (2009). *Seasonal trends in depressive problems among United States children and adolescents: A representative population survey*. *Psychiatry Res*, 170(2-3), 224-228.
- Sills, M.R., & Bland, S.D. (2002). Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments, 1993-1999. *Pediatrics*, 110(4), e40.
- Whitlock, J.L., & Selekman, M. (2014). Non-suicidal self-injury (NSSI) across the lifespan. In M. Nock (Ed.), *Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford Library of Psychology: Oxford University Press.

ABSTRACT

Introduction: Children and adolescents have been increasingly accessing mental health services in Portugal. In the Emergency Service (ES), not only this increase of frequency has been registered but also the severity of the cases is felt. However, this has not been clearly evaluated in the last years.

Objectives: Our goal is to characterize the population attending the paediatric emergency department who required mental health assistance in 2013 and its pattern of access.

Methods: Literature review. Variables selection (demographic characterization, current mental health assistance, motif, previous access to CAP ES, intervention). Data collection from the ES software system (HCIS®), which was then crosschecked with the CAP ES registration paper forms. The data was statistically processed (SPSS®), with descriptive analysis of the data and variable correlation.

Results: Our results show a higher prevalence of adolescents attending the emergency department, predominantly aged over 15 years old, females, with behavioural and mood symptoms and self-aggression episodes. Monthly variability was observed, with bigger affluence in May, October and November.

Conclusions: Our results lead us to conclude that there is an increased number of youngsters attending ES for mental health care. Due to its prevalence, older adolescents with severe pathologies are the focus of our concern. Further study is needed in order to understand its causes, consequences and need for change towards the improvement of child and adolescent mental health.

Key-words: Emergencies. Child and adolescent psychiatry. Self-harm. Mental illness.

O MONSTRO QUE EU DESTRUÍ

A propósito de um caso clínico de Perturbação Pós-Stresse traumático em criança de 29 meses

Inês Guerra Aguiar *
Graça Fernandes **

RESUMO

Perante a exposição a um acontecimento traumático, em que o indivíduo vê a sua integridade física violentada ou até mesmo a sua vida ameaçada, corpo e mente podem ser afetados. O caso clínico é referente a uma menina de 29 meses de idade que sofreu um trauma violento associado a queda, da qual resultaram lesões orofaciais com necessidade de intervenção cirúrgica. Limitada pelas lesões e lembrada diariamente do sucedido perante as sequelas do acidente, a criança desenvolveu um quadro de regressão comportamental, com perda de competências previamente adquiridas, episódios de revivência do trauma e instabilidade emocional marcada.

Com este trabalho pretendemos apresentar o processo terapêutico desenvolvido através de sessões de terapia de jogo, focado nas alterações comportamentais da criança, nas suas verbalizações e na temática de jogo que foi sendo desenvolvida. Partilhamos ainda a sua relação particular com um dos bonecos, o “monstro”, que inicialmente rejeitou por completo por considerar “feio” e que no final, numa altura em já conseguia enfrentar a sua imagem refletida no espelho, decidiu aceitar pedindo ajuda para transformá-lo, tranquilizando-o (se) ao longo do processo. Nesta etapa de transformação a menina foi capaz de projetar no “monstro” parte das suas vivências traumáticas.

Este caso demonstra como o vivenciar de um acontecimento traumático pode afetar o desenvolvimento físico e psicológico da criança, e como esta intervenção terapêutica pode ser eficaz na reversão de todo o quadro.

Palavras-chave: Perturbação pós-stresse traumático. Terapia de jogo. Criança.

* Interna de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar do Porto E.P.E.

** Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar do Porto E.P.E.

INTRODUÇÃO

Perturbação pós-stresse traumático (PPST)

Muito embora existam publicações de casos clínicos de PPST em crianças de idade precoce datados de há 25 anos atrás, esta perturbação tem vindo a ser estudada de forma sistematizada nesta população apenas nos últimos 15 anos, podendo ser considerado um conceito relativamente recente (Graf, Irblich, & Landolt, 2008; Scheeringa, 2009). Este diagnóstico foi introduzido nas classificações DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) em 1980 (Marcelli, 2005), embora a mais específica para esta faixa etária tenha sido publicada apenas em 1994 pela organização *Zero to Three*, no manual DC: 0-3 (*Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood*) (Graf et al., 2008).

A PPST sobrevém nas semanas seguintes a um evento experienciado pela criança como ameaçador da integridade física ou mesmo da vida, sua ou de alguém que lhe é próximo. Como no adulto, associa três ordens de manifestação principais: síndrome de repetição, manifestações de evitamento e sintomas de hiperatividade neurovegetativa (Marcelli, 2005; Zero to Three, 2005). No entanto, no caso das crianças pequenas, este quadro só necessita estar presente durante mais de um mês.

Terapia de jogo

Segundo Winnicott, o conceito de *playing* implica que “através do jogo, a criança reúne objetos ou fenómenos que pertencem à realidade externa e utiliza-os, colocando-os ao serviço da realidade interna ou pessoal” (Boekholt, 2000).

Erikson descreveu o jogo como “uma função do ego, uma tentativa de sincronizar os processos corporais e sociais no *self*” e considerou a *saciedade do jogo* como algo que “permite a resolução de conflitos através do jogo espontâneo, sendo autocurativo” (Benham & Slotnick, 2006).

A terapia de jogo proporciona um meio de comunicação, sem as limitações dos constrangimentos da linguagem (Benham & Slotnick, 2006). Por vezes o jogo é incrivelmente simbólico e outras vezes parece ser ao acaso e sem objetivo. A suspensão do investimento e o desinteresse por qualquer atividade lúdica face a um material atraente como o do jogo tem valor como indicador de uma falha, temporária ou mais duradoura, no funcionamento psíquico (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2010).

TERAPIA DE JOGO CENTRADA NA CRIANÇA (TJCC)

A TJCC baseia-se nos trabalhos de Guerney, psicóloga clínica e impulsio-nadora da Terapia Filial, e trata-se de uma abordagem não diretiva que pretende ajudar crianças com dificuldades emocionais e comportamentais através do jogo (VanFleet et al., 2010). Esta técnica tem como princípio a criança *liderar o caminho* ao longo do processo terapêutico, acreditando que esta possui capacidades inatas para resolver os seus problemas. Foi nos fundamentos desta técnica que nos baseamos na intervenção com esta criança e que descrevemos com maior pormenor.

Papel do terapeuta

Na TJCC, o terapeuta deve criar uma relação empática com a criança, promovendo um *holding environment* que, segundo Winnicott, remonta ao papel materno em que a criança experiencia sentimentos de aceitação e de tolerância ao ter as suas necessidades atendidas (Benham & Slotnick, 2006). O ambiente terapêutico deve ser estruturado e seguro, permitindo à criança dirigir o jogo enquanto o terapeuta proporciona a *guidance* necessária. Segundo Harter, o terapeuta deve assumir o papel de “participante-observador” (Benham & Slotnick, 2006), adotando um papel ativo que permita à criança explorar livremente mas de forma estruturada. Os limites devem ser estabelecidos apenas quando necessário, servindo de ancoragem da terapia à realidade, relembrando à criança da sua responsabilidade na relação (VanFleet et al., 2010).

Aspetos a avaliar

Em relação à criança, devem ser avaliados o grau e a forma de participação e adaptação à terapia, a relação que estabelece com o terapeuta, a motricidade e coordenação motora, a capacidade exploratória dos objetos, o interesse demonstrado pelos mesmos, o tipo e temática do jogo desenvolvido e a expressão verbal (Boekholt, 2000).

TJCC na PPST

A TJCC está indicada em situações de PPST uma vez que o jogo permite à criança materializar as suas experiências subjetivas, contextualizando o evento

traumático e possibilitando-a de encontrar mecanismos de reparação ou de correção do seu trauma.

O jogo é utilizado pelas crianças para atingirem uma sensação de domínio sobre situações que lhes provocam medo e desamparo, ajuda na resolução de interpretações errôneas e de emoções associadas e permite-lhes clarificar as percepções do evento traumático.

O objetivo terapêutico é tornar o jogo mais flexível, permitindo à criança atingir a *saciedade do jogo* relativamente ao trauma, ultrapassá-lo e focar noutros assuntos (Benham & Slotnick, 2006).

VINHETA CLÍNICA

O caso clínico é referente a M, uma menina de 29 meses de idade e filha única, que residia com os pais.

A iniciativa da procura de consulta de Pedopsiquiatria partiu da parte dos pais dado a menina apresentar alterações do comportamento com início após acidente na creche, três meses antes. Os pais narraram que a filha tinha sofrido uma queda sobre uma sanita da creche onde embateu frontalmente com a face, resultando em lesões graves com arrancamento dentário e múltiplos ferimentos orofaciais que necessitaram de intervenção cirúrgica, internamento e pós-operatório doloroso. Consequentemente a menina deixou de falar, tornou a usar fraldas e apresentava franca dificuldade em separar-se da mãe.

Embora à data da consulta já se tivessem verificado ligeiras melhorias, a M. recusava a alimentação, não falava com estranhos e tinha muitos medos. Esta situação preocupava muito os pais.

O desenvolvimento psicomotor e psicoafetivo da menina tinham sido adequados à idade até à data do trauma. Desde então, limitada pelas lesões e relembrada diariamente do sucedido perante as sequelas do acidente, a criança desenvolveu um quadro de regressão comportamental, com perda de competências previamente adquiridas (perda de controlo esfinteriano e regressão na exploração do meio e na fala) e acentuada dependência da figura materna (na alimentação, no sono, no banho) com ansiedade de separação, medo de estar sozinha e medo de características fóbicas de evitamento da casa de banho, isolamento social e mutismo extrafamiliar, desinteresse pelos brinquedos e apatia, alterações do sono (despertares e pesadelos), episódios de revivência do trauma (durante o sono e perante aproximação física da creche) e instabilidade emocional marcada. Devido às limitações físicas, a M. só

conseguia ingerir alimentos de consistência mole, apresentava dificuldades na fala, e manipulava regularmente as feridas, ciente do seu impacto estético. A mãe lamentava-se: “*Ela era tão vaidosa... agora não consegue olhar-se ao espelho...*”(sic).

Observação

Quando a observei pela primeira vez, a menina apresentava-se com um fâcies sério e hipervigil. A sua postura era rígida e os movimentos robotizados. A inibição psicomotora era notória através da lentificação, dos bloqueios nos movimentos intencionais e do aumento do tempo de latência de resposta. Manteve-se em mutismo ao longo da consulta, pouco colaborante, não revelando interesse pelos brinquedos ou pela interação com o outro.

Terapia de Jogo Centrada na Criança (TJCC)

O plano de intervenção incluiu sessões de terapia não diretiva individualizada de jogo, indicada em situações de PPST.

Alguns autores descrevem quatro fases de jogo que consideram estar presentes em grande parte das intervenções terapêuticas lúdicas, independentemente da orientação psicoterapêutica, embora considerem que possam ter sequências diferentes – Fase de Aquecimento, Fase de Agressividade, Fase de Regressão e Fase de Mestria/ Domínio (VanFleet et al., 2010).

O processo psicoterapêutico apresentado desenvolveu-se em 16 sessões individuais, com duração entre 30 a 45 minutos, inicialmente em periodicidade quinzenal e posteriormente mensal, tendo tido a duração total de 10 meses. As sessões foram sempre realizadas no mesmo *setting* e com o mesmo técnico. No entanto, a mãe durante esta intervenção teve acompanhamento com outra médica.

Descrevemos de seguida a evolução comportamental da M. ao longo do processo terapêutico, na sequência que nos parece mais consensual.

Fase de Aquecimento (sessões 1-4)

Nesta fase inicial, os objetivos principais foram: estabelecer relação terapêutica com a criança e ajudá-la a aceitar a separação da figura materna e a adaptar-se ao *setting* (ao espaço terapêutico e ao técnico) (VanFleet et al., 2010).

A M. inicialmente mostrou uma postura tensa, mas ao longo da sessão tornou-se mais confortável no espaço terapêutico. O jogo era repetitivo e

centrado nas questões alimentares, mas foi-se diversificando e nas últimas sessões separou os brinquedos em “*bonecos bonitos e bonecos feios*” (sic). Rejeitou o boneco que apelidava de “*monstro*” e que viria a revelar-se importante no seu processo terapêutico, iniciando todas as sessões pedindo para que eu o escondesse, visivelmente desconfortável e desconfiada com a sua presença.

Foi-se tornando mais comunicativa, com verbalizações relacionadas com o jogo e, ao longo das sessões, foi sorrindo timidamente, cobrindo a boca, sempre muito ciente do impacto estético das sequelas. Nesta fase a menina mostrava-se frágil, procurando cuidado e apoio constantes, através de pedidos de ajuda e de contacto físico, revelando dificuldade em aceitar o final da sessão.

Em casa, fez uma verbalização relacionada com o acidente – a mãe deu-lhe uma bolacha para comer, que ela rejeitou dizendo: “*não consigo mamã, não tenho dentes*” (sic).

Fase de Agressividade (sessões 5-8)

Nesta fase, verificou-se alteração do seu comportamento e postura em consulta, revelando-se uma etapa de externalização.

A M. estava mais descontraída e confortável com o espaço, mostrando-se mais confiante, interventiva e com vontade de controlar o jogo, permitindo ao técnico adotar uma atitude menos diretiva. Revelou demonstrações de agressividade, com arremesso de brinquedos e emissão de ruídos intensos, que fazia de forma prazerosa.

As manifestações de agressividade também se transpuseram para a relação terapêutica, tendo-se mostrado zangada comigo atirando-me bolas, na sequência de a mãe me ter abordado na sua presença, para se lamentar dos seus comportamentos em casa. Verificou-se desinibição psicomotora em que a criança mostrou-se excitada, muito faladora, emitindo gritos e gargalhadas, permitindo-se rir de forma despreocupada, sem cobrir a boca.

Foi na sexta sessão que fez a sua primeira verbalização relacionada com o trauma, em contexto terapêutico: ao deparar-se com uma árvore de brincar, que sugeri parecer-se com uma árvore de Natal, referiu ter caído sobre a sanita, partido os dentes, estado no hospital e “*fiz ferida*” (sic), apontando para os dentes. Verbalizei empaticamente “*deve ter doído muito*” mas rapidamente mudou de assunto adotando postura defensiva.

Paralelamente, em casa, estava mais opositiva e desafiadora, e a mãe acreditava que se aproveitava do tema do acidente para obter ganhos secundários. Nesta altura, adquiriu total controlo dos esfíncteres, enfrentando a sanita e abandonando as fraldas de vez.

Fase de Regressão (sessões 9-13)

Esta é uma fase de acalmia durante a qual os comportamentos agressivos se esbatem, sendo ocasionalmente substituídos por estilos de jogo que podem ser mais regressivos ou remeter ao cuidado (providenciado e/ou pedido pela criança). Os temas de ameaça e de perigo que habitualmente emergem têm um final geralmente reparador em que a criança e o técnico, juntos, ultrapassam os problemas (VanFleet et al., 2010).

Para a M. esta foi uma etapa essencialmente de transformação em que passou a investir mais na sua imagem, mostrando-se mais vaidosa e iniciando as sessões desfilando a roupa e acessórios que trazia. No jogo liderou mais e testou os limites, mostrando-se mais autónoma na exploração do espaço. Manteve a temática alimentar inicial e, numa altura em que as refeições em casa eram de grande tensão, reproduziu situações que lhe eram familiares, ralhando aos bonecos por não comerem e por estarem a vomitar.

Desenvolveu repetidamente temas de acidente em que um boneco se magoava e era salvo por outro que o levava para o hospital, mas sempre com resolução final favorável. No jogo atribuía-me o papel de médica e a si o de assistente.

Nesta fase a menina partilhou vivências do quotidiano e, a partir da décima sessão, apresentou um novo movimento em direção à resolução do trauma, pedindo-me para ir consigo à casa de banho. Repetiu este pedido nas sessões seguintes. Quando na casa de banho, recusou sempre as tampas de encaixe, e aceitou tranquilamente que a segurasse durante a micção, que era imediata. Referiu espontaneamente que já se tinha magoado na sanita da outra escola, apontando para o maxilar e espaço sem dentes e dizendo que fez dói-dói, que doeu muito e que houve muito sangue (sic). Devolvi-lhe que imaginava que tivesse doído muito mas que foi ao hospital, que já estava bem e que já não tinha dores. A M. sorriu, acenou com a cabeça e apontou para os dentes da mandíbula anunciando que os seus dentes já estavam a crescer (sic).

Em casa, a mãe relatou que a filha mantinha comportamentos opositivos mas que estava francamente mais autónoma. A mãe estava muito centrada nas questões alimentares, nomeadamente na recusa da M. em alimentar-se em algumas ocasiões.

Fase de Mestria/Domínio (sessões 14-16)

Esta é a fase do processo terapêutico de maior competência, em que são desenvolvidas estratégias de resolução de problemas e de controlo dos medos e ansiedades. É também nesta etapa que se prepara o final do processo terapêutico.

Nas últimas sessões, a M. mostrou-se mais bem disposta, sorridente e faladora. Revelou-se mais autónoma nas tarefas e orgulhosa das suas

aquisições, explorando os brinquedos e o espaço enquanto procurava envolver o técnico.

Manteve o pedido de ida à casa de banho com a minha companhia, à exceção da última sessão. Uma das vezes perguntou-me se queria usar a sanita. Metaforicamente comentei com a menina que parecia que me via como uma fada que a podia ajudar a ultrapassar os medos. Ela sorriu.

No jogo, repetiu o cenário de acidente com resolução final após ida ao hospital mas introduziu um novo personagem que antes temia e rejeitava por considerar feio: “o *monstro*”. Nesta fase, em que ela própria já conseguia enfrentar a sua imagem refletida no espelho, decidi acarinhá-lo, pedindo-me ajuda para transformá-lo (cortar-lhe as unhas, fazer-lhe a barba, tratar-lhe os dentes e mudar de roupa), tornando-o menos assustador. No jogo, ela submeteu o “*monstro*” à mesma cirurgia a que crê ter sido submetida, tranquilizando-o ao longo do processo e pedindo-me para o fazer também: “*diz-lhe muito, muito que não o vamos magoar e que ele vai ficar bem...*” (sic). Nesta etapa de transformação a menina foi capaz de projetar no monstro parte das suas vivências traumáticas. Aceitou o final das sessões, pedindo um abraço conjunto entre nós as duas e o “*monstro*”, terminando assim o processo terapêutico.

Em casa, a mãe verbalizou que a filha já se alimentava melhor e de forma autónoma e que já ia à casa de banho sem receios. “*Está mais feminina... já se olha ao espelho outra vez!*” (sic).

COMENTÁRIO FINAL

O vivenciar de um acontecimento traumático pode afetar o desenvolvimento físico e psicológico da criança. Através do jogo e da capacidade de brincar e de sonhar, inatas à criança, é possível reparar a condição de pós-stresse traumático, permitindo-lhe readquirir o funcionamento e competências prévias.

BIBLIOGRAFIA

- Benham, A., & Slotnick, C. (2006). Play therapy. Integrating clinical and developmental perspectives. In J. Luby (Ed.), *Handbook of preschool mental health. Development, disorders, and treatment* (pp. 331-371). New York: The Guilford Press.
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Graf, A., Irblich, D., & Landolt, M. (2008). Posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 57(April), 247–263.
- Marcelli, D. (2005). Stress e Traumatismo. Factores de risco e perturbações reaccionais ou da adaptação. In *Infância e psicopatologia* (pp. 471-483). Lisboa: Climepsi Editores.
- Scheeringa, M. (2009). Posttraumatic stress disorder. In J. Charles & H. Zeanah (Eds.), *Handbook of infant mental health* (3rd ed., pp. 345-361). London: The Guilford Press.
- VanFleet, R., Sywulak, A., & Sniscak, C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York: The Guilford Press.
- Zero to Three. (2005). *The diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0-3R)*. Washington, DC: Zero to Three Press.

ABSTRACT

When exposed to a traumatic event in which the individual's physical integrity is violated, or even his life threatened, mind and body can be affected. This case report concerns a girl of 29 months of age who suffered a violent trauma associated with a fall, resulting in orofacial injuries requiring surgical intervention. Limited by the injuries and daily remembered of the event by its consequences, the child demonstrated behavioural regression with loss of previously acquired skills, episodes of reliving the trauma and marked emotional instability.

In this work we intend to present the therapeutic process developed through play therapy sessions, focused on the child's behavioural changes, verbalizations and themes of play that emerged.

We also share the child's special relationship with one of the dolls, the "monster", which she initially rejected completely considering it "ugly" and in the end, at a time when she was able to face her reflection in the mirror, she decided to accept asking for help transforming it, providing it (and herself) reassurance throughout the process. At this stage of therapy, the child was able to reproduce part of her traumatic experience with the monster.

With this case we demonstrate how the experience of a traumatic event can affect the physical and psychological development of children and how this therapeutic intervention can be effective reversing the condition.

Key-words: Posttraumatic stress disorder. Play therapy. Child.

A RELAÇÃO ENTRE INTERNO/ESPECIALISTA E A TRANSMISSÃO DA PSICOTERAPIA DURANTE O INTERNATO DE (PEDO)PSIQUIATRIA

Jordan Sibeoni Moscoso *

Ana Moscoso Sibeoni **

RESUMO

A formação em psicoterapia não se pode resumir à formação em diferentes técnicas ou métodos; para além da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, é da responsabilidade do especialista com quem o interno se encontra durante a sua viagem, a transmissão do “saber fazer” e identidade. Neste artigo, propõe-se abordar a relação entre internos e especialistas, que serve como base para transmissão da intersubjectividade necessária à prática psicoterapêutica. Se a psicoterapia tem como base o encontro e interacções únicas que existem entre o terapeuta e o seu paciente, poderemos dizer o mesmo da transmissão entre o clínico/especialista e o seu/sua interno/a. À dupla (ou casal) clínico/paciente responde a dupla (ou casal) especialista/interno, e uma dupla (ou casal) pode existir sem contexto e sem amor?

Palavras-chave: Internos de psiquiatria e pedopsiquiatria. Psicoterapia. Formação. Inter-subjectividade. Transmissão.

FORMAÇÕES OU RELAÇÕES

A psicoterapia é uma arte mas as psicoterapias são técnicas. O médico especialista que o médico interno irá encontrar no seu caminho de formação irá

* M.D., Psychiatre, Maison de Solenn – Maison des adolescents, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France.

**Pedopsiquiatra, Área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Dona Estefânia.

transmitir esta dimensão teórico-prática. No seu contacto, o médico interno discernirá um hiato entre teoria e prática. E se a relação gerada entre o especialista e o interno o permitir, este poderá apreender a complexidade desta arte, pois descobrirá escondido nesse hiato a parte própria do terapeuta, a dimensão relacional, afectiva, íntima e intuitiva da prática psicoterapêutica. Com efeito, ser psicoterapeuta é, acima de tudo, uma história de solidão e de singularidade. Não exactamente da singularidade do terapeuta mas da singularidade da interacção – do encontro (assimétrico) entre duas pessoas ou dois grupos, o que é sem dúvida aquilo que a torna bela e única.

Impõe-se portanto a pergunta: esta beleza intersubjectiva, feita de intimidade, de afecto e de intuição, é ela da ordem do transmissível? As aprendizagens actuais postas em prática em alguns países desejam guiar o interno para uma determinada competência: melhorar e desenvolver a escuta, a empatia e a colaboração com o seu paciente (Parrate & Stip, 2012). Bem explicado na teoria, como se faz isto na prática? Será que podemos falar dessa intersubjectividade como se fala de um objecto, como se a mesma existisse fora de nós? Ela não é transmissível enquanto saber lógico, demonstrável e racional; a intersubjectividade não faz parte do registo discursivo e quando se tenta criar um discurso técnico e objectivo à sua volta o então transformado “objecto” intersubjectivo fica dissolvido de si próprio.

Existe no entanto uma necessidade de transmitir esta beleza intersubjectiva, este contrapoder ao saber racional e lógico que pode facilmente obstaculizar a criatividade psíquica de um jovem terapeuta. Impõe-se pois transmitir aquilo que, *a priori*, é intransmissível. A única forma de apreender a intersubjectividade da relação terapêutica é vivendo-a. E é nesse contexto que se desempenha o papel mais importante da relação entre interno e especialista. A transmissão desse saber intersubjectivo necessita inscrever-se numa relação privilegiada, ela própria por definição intersubjectiva, entre um especialista e um interno, que necessita de uma disponibilidade psíquica e material. Assim, esta relação pode transformar e conter o outro que se forma numa determinada psicoterapia.

OS MÉDICOS INTERNOS

Antes de evocar a dupla especialista/interno, as suas relações e questões de transmissão, é necessário sem dúvida dizer uma palavra quanto às duas partes presentes, duas partes separadas, de uma época diferente, com uma cultura

médica e psiquiátrica diferente, duas partes que não partilham o mesmo implícito, as mesmas convicções, os mesmos objectivos nem a mesma razão.

E desde já, quem são estes internos futuros psicoterapeutas? Nada é mais diferente de um interno de psiquiatria, do que outro interno de psiquiatria e, sem cair na caricatura e completar uma lista, uma espécie de bestiário de internos, explicando as características de uns e as especificidades de outros, parece importante mencionar os casos extremos:

O não interessado

O interno *não interessado* é raro e não merece que se perca muito tempo com ele. Remete-nos no entanto para a importância do interno em ser activo na sua aprendizagem. O saber recebe-se tanto quanto se arrebatá. É pois necessário ir à procura dos conhecimentos onde eles se encontram, provocar os encontros, desenvolver um espírito crítico... enfim, co-construir a formação e a relação com os especialistas. É igualmente importante distinguir o interno que se enganou no caminho ao escolher a psiquiatria, do futuro psiquiatra que não vê nenhum interesse na psicoterapia.

O neo-positivista

O interno *neo-positivista* é o produto da sua época, ele acredita no racionalismo e na marcha científica (mas ignora o facto de tratar-se também de um crença), ele deseja a re-medicalização da psiquiatria e fala habilmente a *Evidence Based Medicine*. Muito frequentemente, ele faz parte daqueles que não se interessa pela psicoterapia; e quando isso não acontece, ele procura métodos psicoterapêuticos no mesmo regime neo-positivista, discute o seu carácter científico e tem necessidade de níveis de evidência e avaliação.

O já-psicanalista

O interno *já psicanalista* encontra-se muito cedo aprisionado pelo dogma. Ele é frequentemente mais reivindicativo que os seus seniores e tem pouco distanciamento da psicanálise, que ele considera conhecimento objectivo. Ele pode parecer pouco aberto às outras abordagens e filtrar todo o saber através do método analítico. Assim, ele vê-se como psicoterapeuta/psicanalista nesse mesmo regime e pode esquecer-se de aproveitar os anos de internato e encontros para aprender a se descentrar e distanciar-se e para alargar o campo de possibilidades da sua prática futura.

O frágil

O interno frágil coloca questões bem mais abrangentes que as da psicoterapia. É mesmo a sua capacidade de ser psiquiatra que é necessário interrogar. Ele convida-nos assim a questionar quais as qualidades necessárias para se ser psiquiatra. Mais do que escrever claramente, nem todos são feitos para ser psiquiatras e, de entre os psiquiatras, nem todos são feitos para ser psicoterapeutas. Mais ainda, cada psicoterapeuta deve encontrar a psicoterapia que lhe convém, de acordo com a sua própria história e a sua pessoa, as suas crenças, fraquezas, talentos e de acordo com a sua representação do mundo e do humano.

O adolescente

O interno adolescente não é um caso extremo, pelo contrário! Poderíamos precisamente propor uma analogia do desenvolvimento: o internato está para a formação assim como a adolescência está para o homem. É durante este período que se desempenha a aprendizagem identitária e a construção do *self* de psiquiatra e de terapeuta. E por isso, o interno adolescente tem necessidade de encontrar figuras identificatórias, de se afiliar a um grupo onde possa ser ele mesmo e romper com a escolaridade. Alguns internos são mais adolescentes que outros e os encontros que irão fazer durante o seu internato serão por isso mais determinantes para o seu futuro profissional.

OS ESPECIALISTAS

E quem são os especialistas, emissores de conhecimento? Nada é mais diferente de um psiquiatra do que outro psiquiatra e, novamente, não temos por objectivo a caricatura, mas sim os casos extremos para delinear os seus contornos:

O não interessado

O especialista *não interessado* – na transmissão de conhecimentos – é raro e não merece que se perca muito tempo com ele. Permite somente que se insista em duas questões; sobre o desejo de transmitir e o seu *setting*. É fundamental que os especialistas sintam dentro deles essa vontade, esse desejo de

transmissão aos internos; eles possuem uma herança da qual os internos são os seus herdeiros. Mas é necessário um *setting* para essa transmissão de conhecimentos, um *setting* e tempo, consagrar tempo para partilhar e dialogar com o seu interno. E esse *setting* precisa ser pensado, isto é, é preciso pensar o lugar do interno na instituição bem como o seu acesso à prática psicoterapêutica. E para isso, mais uma vez, é necessário tempo, é necessário que as psicoterapias dos internos tenham alguma longevidade, para que se possam assim verificar os efeitos do tempo.

O doutorado-doutorando

O psicoterapeuta doutorado doutorando é um monoteísta prosélita; desde longa data que a convicção necessária à prática psicoterapeuta deu lugar a uma prisão doutrinal e monomania. Ele vê a transmissão da sua doutrina como um missionário que leva a verdade aos cordeiros tresmalhados. Ele não hesita em fustigar as outras abordagens e engloba o interno em conflitos seculares que não lhe concernem de forma alguma. Num registo menos extremo, os especialistas doutorados convidam a que pergunte se um psicoterapeuta pode transmitir outra coisa que ele próprio. Poderá ele autorizar-se a outra coisa senão ele próprio?

O tautológico

O especialista tautológico sem querer, produz frequentemente efeitos semelhantes. Frequentemente secreto e elíptico, ele expõe todos os modelos mas nunca o seu próprio; ele não transmite nada para além do livresco não encarnado, que o interno esquecerá muito depressa. Uma vez mais, a formação em psicoterapia não se pode reduzir a uma acção pedagógica e necessita a implicação do psicoterapeuta-emissor na relação, uma interacção com o seu interno, uma dupla (casal) interno-especialista.

A DUPLA (CASAL) INTERNO ESPECIALISTA

Em muitos serviços, a dupla é prescrita e nomeia-se binómio; em outros, ela não é prescrita sendo deixada à liberdade dos seus membros e ao azar dos seus encontros. Por vezes, cria-se uma relação privilegiada – *porque era o outro, porque era eu* – por vezes, a dupla é frágil e carece de alquimia... Seja como for

o seu destino é frequentemente efêmero e as duplas fazem-se e desfazem-se à medida das estações e estágios de internato. Antes de abordar mais especificamente a questão da transmissão do saber psicoterapêutico é necessário delinear também os contornos dessa relação, o seu funcionamento, os seus perigos e sobretudo, a sua ética.

Uma relação assimétrica

A primeira vista, trata-se de uma relação assimétrica, não existe igualdade nesta dupla. Representa mesmo o arquétipo de ensino entre o mestre e seu aprendiz. “*Seria bom – diz Sócrates no Banquete de Platão – se de tal natureza fosse a sabedoria que do mais cheio escorresse ao mais vazio, quando um ao outro nos tocássemos, como a água dos copos que pelo fio de lã escorre do mais cheio ao mais vazio*” (Platon & Brisson, 2001 p. 7).

Esta dinâmica mestre – aprendiz, transposta à nossa dupla, pressuporia dois postulados: de uma parte, que a transmissão seria unidireccional e que o aprendiz/interno não teria nada a transmitir e ocuparia um pólo passivo no processo. Por outra parte, o mestre/psicoterapeuta estaria na posição de professor, sendo detentor dum saber total a transmitir, possuidor de um conhecimento que seria um poder, um saber-poder ou um poder-saber de alguma forma, e nesse caso, aos pobres internos, não lhes caberia outra sorte que submeter-se a esse conhecimento e ver a sua prática psicoterapêutica moldada à boa vontade do seu Pigmalião. O único obstáculo a essa subjugação seria somente o limite temporal da duração do estágio e a passagem de um Pigmalião a outro.

No entanto, para além da relação mestre-aprendiz, o especialista encontra-se na dupla em posição de ser idealizado, a servir de figura identificatória ao interno-adolescente. Até aqui tudo bem, trata-se de uma construção identitária verdadeiramente clássica... Mas todas as relações, por definição, contêm uma capacidade alienante e o perigo maior de uma relação é a negação dos seus sujeitos. O interno-adolescente não deve transformar-se numa pálida sombra do especialista com o qual se identifica mas, pelo contrário, subjectivar-se graças a esta relação. Dito de outra forma, a dupla interno-especialista deverá permitir ao interno despertar-se a si próprio, encontrar o seu caminho e a sua voz de psicoterapeuta; ao passo que a identificação massiva e a subjugação na relação condenariam o interno a errar num *seguidorismo* uniforme onde “a sombra da figura tutelar pesa sobre a criatividade psíquica” (Kaës & Desvignes, 2011, p. 35). Por isso mesmo, não se deve tratar de uma relação mestre-aprendiz mas talvez de uma relação amante-amado, no sentido de um amor literalmente

platónico, onde o amante ensina o amado a se preocupar consigo próprio, a se conhecer e a amar-se a si próprio.

A caminho de uma intersubjectividade

A relação interno-especialista deve assentar na singularidade da sua interação num dispositivo, certamente assimétrico, mas que se constrói a dois. Existe intersubjectividade na medida em que cada um deve ser co-autor do discurso do outro. A analogia textual ajuda-nos a pensar esta relação singular entre emissor/clínico e receptor/interno; a questão do lugar e influência do leitor sobre o texto que lê. Aquilo que nos ensinam autores como Eco (1985), Iser (1980) ou Genette (1982) é que um texto que não é lido, não existe, que todo o texto se encontra incompleto sempre que não encontrar leitor para o completar. O leitor co-cria o texto que lê e esta co-criação depende dos outros textos que ele já leu e também da abertura do texto em questão. É por isso que o escritor deve pensar e representar-se o seu leitor. O mesmo se aplica ao especialista que deve pensar e representar-se o interno a quem é responsável por transmitir o seu conhecimento. Da mesma forma, o saber psicoterapêutico do especialista deve ser como um texto aberto, deixando ao interno a possibilidade de fazer a sua própria leitura. E é necessário para isso que o interno possa sair desse texto e da relação, que ele possa interpretar o que lhe dá a ler o clínico à luz da sua própria experiência, dos seus conhecimentos mas também do seu sentir e da sua intuição. Para que possa existir uma transmissão nesses moldes, o especialista deve realizar um trabalho de renúncia e integrar, como escreve Trémone (2012) “que não se transmite sempre aquilo que se acredita estar a transmitir (...), pois o interno elabora a sua própria filosofia doméstica: ele constrói a sua casa teórico-prática com os materiais disponíveis, numa forma que lhe será mais ou menos pessoal”. O interno, justamente, não se encontra em falta e deve ele também pensar e representar o especialista/emissor que forma a outra parte da dupla; em suma, cada um deverá estar atento à subjectividade do outro. Assim se implicam dois elementos essenciais que devem articular-se em permanência: empatia e reconhecimento de alteridade. Encontram-se aqui os fundamentos necessários a toda a psicoterapia mas também a base de um relacionamento amoroso tal como já o mencionámos: “Amar o outro, é oferecer-lhe a possibilidade de ser diferente daquilo que se espera”, escreveu Michaela Marzano (2012, p. 197). Amar transmitir a um interno é oferecer-lhe a possibilidade de ser o psiquiatra-psicoterapeuta que ele deve ser e não aquele que esperamos que seja.

TRANSMISSÃO E PSICOTERAPIA

O que transmitir então sobre psicoterapia através desta relação intersubjectiva?

A forma é indissociável do seu âmago e não poderemos responder à questão “do que transmitir” sem responder a “como transmitir”. Quando se trata da psicoterapia na dupla, o interno pode ocupar todos os lugares, do mais passivo ao mais activo.

Pode sem dúvida, observar a psicoterapia; desde logo se o terapeuta, o paciente e a sua terapia o permitirem. Se a porta fechada das terapias psicanalíticas se prestam pouco à observação, o vidro espelhado das terapias familiares sistémicas prestam-se mais a isso. De qualquer forma, sempre que o interno logra aceder ao segredo dos deuses de uma psicoterapia, ele porta-se como o antropólogo que, pela simples razão de estar presente, modifica o ambiente que observa. Duas soluções para este problema, filmar as sessões e obter material de observação para partilhar com os internos (ainda assim, é necessário que terapeuta e paciente não se sintam parasitados ou perseguidos pela lente da câmara); e sobretudo, fazer a récita da sua terapia tal como um antropólogo a faz com toda a parte reflexiva... o especialista deve aqui aceitar partilhar um pouco da sua intimidade pessoal, de se desvestir da sua alma de terapeuta, de desvelar o diálogo interno e processos do pensamento. Isto irá permitir-lhe objectivar-se e ser crítico face às suas reacções e aos modelos subjacentes, o interno transforma-se num espelho que lhe devolve o saber nunca adquirido e sempre posto em causa. Ao desvestir assim a sua alma, o terapeuta transmite a exigência epistemológica de todo o trabalho psicoterapêutico.

O interno poderá depois ser co-terapeuta e submergir-se no processo terapêutico de um grupo ou de uma consulta. Sai-se aqui da relação dual especialista-interno para evocar a relação grupal fundamental ao desenvolvimento do interno como futuro terapeuta. Ele vai poder alimentar-se e impregnar-se das experiências e histórias do grupo, mas também deverá aí encontrar o seu lugar.

Finalmente, o interno deve experimentar a posição de psicoterapeuta, ele deve deparar-se com as suas dúvidas e certezas; confrontar-se com os seus impasses e actos desajeitados, os seus erros e fraquezas, a sua impotência e despotismo. Uma vez mais, a analogia amorosa é tentadora pois não basta com observar, pensar, sonhar o amor ou a psicoterapia... é preciso vivê-la para saber do que se trata.

E o interno-psicoterapeuta deve beneficiar de uma supervisão individual pensada como uma relação assimétrica mas que se co-constrói e se baseia na empatia e no reconhecimento da alteridade. Os internos-adolescentes devem

igualmente reunir e formar grupos de intervenção para elaborar o próprio destino da sua terapia, das suas cognições e dos seus afectos. Eles devem aprender a se autonomizar, trabalho necessário à sua subjectivação como terapeutas.

TRANSMISSÃO, DESEJO E POESIA

Para concluir, faltam agora duas dimensões essenciais a transmitir no âmbito da relação interno-especialista: o desejo e a poesia da terapia.

Efectivamente, ao desejo de transmitir responde uma transmissão do desejo: num espírito de companheirismo, ao partilhar a paixão pela terapia e por tratar, o clínico pode despertar as pulsões epistemofílicas e psicoterapêuticas do seu interno. Em suma, trata-se de uma maiêutica, de fazer nascer as vocações, de dar ao interno a ocasião de encontrar aquilo que já lá estava, já criado.

Alain Ehrenberg (2001) escreve nos dias de hoje que, “a questão de ser um todo, ou mais precisamente tornar-se um todo não se coloca mais de forma romântica, mas sim instrumental”. Tornar-se terapeuta não é uma questão racional-lógico-técnica, ou seja, uma questão prosaica... É também uma questão enormemente poética. Evidentemente, os internos deverão receber uma formação rigorosa em psicoterapias, adquirir conhecimentos técnicos e competências técnicas. Mas incumbe-se aos especialistas com os quais irão relacionar-se, mostrar-lhes que devem dialogar e coexistir neles rigor e liberdade, frustração e criatividade, lógica e intuição, razão e mito, prosa e poesia.

Ser psicoterapeuta é também colocar a razão em perigo para assim se aproximar de um estado poético que, nas palavras de Morin (1997, p. 45) dá “o sentimento de vencer os nossos próprios limites, de ser capaz de comunicar com aquilo que nos ultrapassa”. Isso não se aprende mas vive-se, sente-se, respira-se. Transmite-se sem se transmitir, partilha-se na relação privilegiada entre um especialista e o seu interno que vão viver juntos a experiência psicoterapêutica e partilhá-la.

CONCLUSÃO

Queremos concluir com a ideia que a vertente de formação em psicoterapias em dupla deve ser ética, epistemológica e poética. Esta relação deve trazer perspectiva, liberdade, abertura, criatividade, beleza e responsabilidade...

necessárias à construção identitária do interno como psicoterapeuta. E para isso, é necessário que interno e especialista pensem em conjunto, é necessário que ressoem juntos.

BIBLIOGRAFIA

- Eco, U. (1985). *Lector in fabula: La cooperazione interpretativa nei testi narrativi*. Milano: Bompiani.
- Ehrenberg, A. (2001). De la névrose à la dépression. *Figures de la Psychanalyse*, 4(1), 25.
- Genette, G. (1982). *Palimpsestes: La littérature au second degré*. Paris: Seuil.
- Iser, W. (1980). *The act of reading: A theory of aesthetic response*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kaës, R., & Desvignes, C. (2011). *Le travail psychique de la formation: Entre aliénation et transformation*. Paris: Dunod.
- Marzano, M.M. (2012). *Légère comme un papillon*. Paris: B. Grasset.
- Morin, E. (1997). *Amour, poésie, sagesse*. Paris: Seuil.
- Parratte, J., & Stip, L. (2012). L'apprentissage par compétences: Renouveau pédagogique à l'université de Montréal. *L'Information Psychiatrique*, 88, 543-548.
- Platon, & Brisson, L. (2001). *Le banquet*. Paris: Flammarion.
- Tremine, T. (2012). On ne transmet pas toujours ce que l'on croit. *L'Information Psychiatrique*, 88, 499-500.

ABSTRACT

Training in psychotherapy can't be reduced to training into psychotherapy technics or methods; and beyond theoretical and practical knowledge, it is physician responsibility to transmit the therapist skills and identity. This article aims to consider the relationship between trainees and physician as the very basis for the transmission of intersubjectivity in psychotherapy practice. All psychotherapy is based on an encounter and unique interaction between the therapist and her/his patient. We can say exactly the same for transmission between a physician and her/his trainee. They are couples and can a couple live without a frame and without love?

Key-words: Psychiatric trainees. Psychotherapy. Training. Intersubjectivity. Transmission.

RÉSUMÉ

La formation à la psychothérapie ne peut pas se réduire à la formation aux psychothérapies et au-delà des enseignements d'un savoir théorique et pratique, il incombe aux cliniciens que l'interne va croiser sur son chemin de lui transmettre le savoir-faire et le savoir-être du thérapeute. Cet article propose de considérer la relation entre interne et clinicien comme la base de la transmission de l'intersubjectivité nécessaire à la pratique psychothérapeutique. Toute psychothérapie aussi codifiée soit-elle ne peut faire l'économie de la rencontre, de l'interaction singulière qui unit le thérapeute à son patient. Il en va de même pour la transmission entre un clinicien et son interne. Au couple thérapeute-patient répond le couple interne-clinicien et un couple peut-il fonctionner sans cadre et sans amour?

Mots clés: Internes en psychiatrie. Psychothérapie. Formation. Intersubjectivité. Transmission.

VOANDO SOBRE O ESPECTRO DO AUTISMO

Perturbações do espectro do Autismo

Perturbações do desenvolvimento

Maria José Vidigal *

RESUMO

Como é de todos conhecido, as discussões no que concerne ao autismo, são muito numerosas, podemos dizer que incendeiam os especialistas, a imprensa e as querelas não acabam!

Em certos países, o termo psicose não é utilizado na criança, quer na Classificação Internacional, quer na Classificação Americana. Apenas a Classificação Francesa das perturbações da Criança e do Adolescente conserva os termos Psicose e Autismo.

As correntes críticas situam a psicose do lado da patologia de origem relacional, entrando no registo da “doença mental” e o autismo do lado do handicap constitucional e escapando por isso ao registo da “doença mental”.

É preciso que os conflitos terminem e que as investigações actuais se debruce sobre a massa considerável de observações clínicas durante meio século (Hochmann, 2009).

Não podemos esquecer que foram os psicanalistas que introduziram a primeira concepção “Humanista” do autismo, nos anos seguinte à Guerra de 1939/1945, num tempo em que a Liberdade, o voo do pensamento e das ideias, ia buscar a sua força às angústias e ao sofrimento que os Homens acabavam de viver colectivamente.

O Conhecimento não pertence a um indivíduo, nem a uma Comunidade. O Conhecimento progride por trocas, discussões, investigações.

Os psicanalistas levaram tempo a compreender que a sua ciência não podia pretender encontrar as causas das doenças mentais.

A psicanálise visa discriminar o sentido e não as causas dos sintomas que são da responsabilidade das Ciências Biológicas (genética, bioquímica,

* Médica, Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Psicanalista Didacta da International Psychoanalytic Association.

neurofisiologia ou cognitivas). Estas ciências vão à procura dos factores etiológicos, a psicanálise vai à procura do sentido. Daí o facto de não haver incompatibilidades entre as investigações biológicas e a psicanálise.

Longe de ser uma etiqueta rígida, temos que olhar o autismo, como um processo em movimento, mais ou menos em função dos momentos.

O Autismo e todas as perturbações dentro do espectro autista, também chamadas Psicoses Precoces, por alguns autores, são perturbações graves da Infância, de início precoce, e que deixam por vezes sequelas irreparáveis.

A etiopatogenia é de uma extrema complexidade, multifactorial, provocando discussões e debates por vezes inconciliáveis.

Palavras-chave: Autismo. Psicose.

Em relação à etiopatogenia, são numerosas as discussões sobre a localização da lesão central e a natureza deste defeito.

Há casos de Autismo em que o peso do orgânico é evidente e há outros casos em que os exames neurológicos são negativos, mesmo quando se aplicam exames mais especializados.

A uma causalidade psíquica linear sucede o seu inverso – uma causalidade física unidimensional.

- 1) Há autores que preferem uma explicação cognitiva; o que quer dizer, que os Autistas nascem sem terem a capacidade de construir uma Teoria da Psique, adequada (Frith, 1989).
- 2) Hobson (1993) e Trevarthen, Aitken, Papoudi, Robarts (1998) consideram o Autismo como uma perturbação da intersubjectividade, a inaptidão em perceber as pessoas.

Estas conclusões resultam dos estudos da psicoterapia e do estudo do desenvolvimento precoce (com apoio da teoria psicanalítica).

Hobson e outros concluíram que a noção de pessoa é ainda mais fundamental que a noção do corpo ou a noção da psique.

Estas conclusões foram confirmadas pelos investigadores do desenvolvimento (Stern, 1985) e pela observação naturalista do bebé.

Anne Alvarez (1992) e propôs:

- que o déficite autístico é a incapacidade inata de mostrar curiosidade e desejo afectivo com as pessoas na base da reciprocidade.

Esta não será a causa primária da perturbação afectiva e as autoras consideram que é o entrecruzamento de causas múltiplas, tais como: (a) factores do meio; (b) genéticos; (c) pré-naturais; (d) e pós-naturais: que devem ser objecto de investigações aprofundadas.

- 1) Incapacidade primária (défices e perturbações que lhes estão associadas);
- 2) perturbações secundárias;
- 3) desvio terciário;
- 4) último factor que acompanha os três precedentes: a personalidade e as motivações da criança enquanto indivíduo per se.

Estes 4 factores exigem a atenção durante o tratamento e a avaliação, por:

– causa da existência de subgrupos de autistas (Wing, 1987)

- 1) Criança em “retrait” (retirada), passiva e indiferente, nunca se interessou verdadeiramente pelas pessoas e pelo seu meio. Pede técnicas mais activas, necessidade de ajuda do terapeuta para se tornar uma pessoa. Pode estabelecer-se um contacto muito próximo.
- 2) Criança isolada na sua concha, totalmente encerrada, terá necessidade do psicoterapeuta para que ele revele a sua “personalidade escondida”. Cuidadosamente, ao contrário do primeiro, é preciso guardar distância em relação a esta criança.

Deve ter-se em atenção que as crianças não ficam bloqueadas numa categoria precisa de diagnóstico e uma mesma criança poderá seguir um caminho diferente no decorrer do tratamento.

Todavia convém notar as diferenças entre estes estados psíquicos variáveis e os próprios pacientes parecem apreciar a sensibilidade dos terapeutas em relação a estas mudanças.

O autismo será uma espécie de via final comum, uma maneira especificamente humana de responder a um concurso infeliz de circunstâncias em que em que interagem factores relevantes do corpo e outros relevantes do espírito, num conglomerado complexo em que corpo e espírito não podem ser distinguidos.

Hochmann (1997) refere o uso de terapias de mediação corporal no autismo que, segundo este autor, os terapeutas as utilizam desesperados em casos particularmente difíceis – “É preciso passar pelo corpo”.

Pode ser verdade, diz Hochmann, mas pelo menos na nossa cultura, o uso das terapias de mediação corporal vêm muitas vezes mascarar o nosso fracasso em compreender e, mais ainda, a nossa intolerância ao fracasso?

A relação com a família dos nossos pacientes não psicóticos ou autistas é importante e nada se pode fazer sem eles – a regra de não ver os pais não se aplica nestes casos.

Mesmo quando há separação dos pais, estes não podem ser esquecidos – tem de haver preocupação em manter os elos.

Geneviève Haag (1988) interessou-se pela constituição da imagem do corpo nos autistas e sobre as inscrições corporais de todas as primeiras identificações – propõe o conceito de identificação intracorporal para descrever essas identificações arcaicas (Houzel, 2004).

A imagem corporal constitui uma das partes da convergência e da conexão mais profundas entre os diferentes aspectos da personalidade nomeadamente instintos, emoções, identificações e as capacidades para aprender.

As identificações intracorporais são a tradução – não só no que se refere às imagens do corpo, mas também no que se refere à motricidade – de todas as primeiras relações com os objectos libidinais.

G. Haag demonstrou:

- a relação entre a mãe e o bebé inscrevia-se numa “identificação intracorporal” mediana sagital, que liga as duas metades do corpo da criança: (1) em geral, a metade direita representa a parte bebé do self; (2) a parte esquerda a sua parte mamã; (3) a soldadura (união) comporta em si mesmo os aspectos paternos.

Haag interessou-se também pela constituição de um envelope psíquico próprio a partir de um envelope simbiótico comum à mãe e ao bebé.

Inclusivamente e com o intuito de ligar o problema do afecto aos da imagem motora e da representação, chega a citar Green quando defende que a natureza profunda do afecto é o de ser um acontecimento psíquico vinculado a um movimento, à espera de uma forma, de um sentido, de uma organização.

Para Haag, a “preocupação parental primária, como contentora e organizadora das vivências corporais; das angústias corporais primitivas de liquefacção, de queda, de não-constituição da pele, portanto dos seus limites e da procura de limites, tão patentes nas crianças autistas e psicóticas.

Uma das características do pensamento autístico (e que transparece também nos escritos) é o recurso ao que se pode chamar o pensamento concreto.

Quer dizer: é uma forma de pensamento que permite ao autista apreender o mundo, sem passar pelo circuito dos afectos, que em grande parte é incompreensível para eles.

Este modo particular de pensamento, haverá talvez um meio de o formalizar, utilizando as categorias lacanianas:

- do real do imaginário;
- e do simbólico.

Assim, o problema não é tanto ceder ao símbolo (a prova é a dos calculadores de génio e o das crianças “cronólogas”) mas é na incapacidade de fazer funcionar eficazmente o imaginário.

Para Lacan, o uso do símbolo não basta para “ceder ao simbólico”. Aceder a uma certa ordem na qual o símbolo se liga ao significante, permite que ele possa ser trocado contra ou por um outro no exercício da linguagem.

Dizer das crianças autistas que elas podem fazer uso do símbolo, não significa que façam uso da categoria do símbolo e ainda menos que consigam articular-se com outras categorias.

O imaginário aparece, com efeito, suspenso, colapsado ou reduzido a uma espécie de envelope arquetípico de uma realidade externa desvitalizada (paixão pela maquete e pelos mundos das miniaturas que nós encontramos na obra gravada de Escher).

Em todo o caso, o imaginário nas crianças aparece sempre em falta de estar preso ou ligado às outras categorias (o real e o simbólico).

Por exemplo: Temple Grandin (1986) ao ensinar sobre o comportamento animal diz: “Ao ver um animal por as orelhas pata traz, suponhamos, não imaginem que... mas compreendam que isto é um sinal; sinal de...” ao dar um passo mais, a fórmula seria: “Não vão imaginar que este animal sofre, sente, experimenta, tal como você, mas compreenda que isto é apenas um sinal”.

Completando este raciocínio pode compreender-se que a defesa contra tudo o que é suportado passa pela recusa da identificação como modo de conhecimento.

A identificação está na base do funcionamento psíquico habitual, e nas crianças autistas, estando esta via impedida, encontrarão no pensamento concreto uma solução para formalizar o seu pensamento fora do circuito das identificações.

A capacidade precoce do bebé à identificação (pensada por Freud, 1905) desenvolve-se na relação com o ser humano próximo. Desde o “Esboço de uma Psicologia Científica”, Freud insiste na conjunção na mesma pessoa de várias personagens investidas de maneiras contraditórias: há o primeiro objecto de satisfação; o 1º objecto hostil, mas também a mesma força securizante.

Freud volta muitas vezes na sua teorização ao traumatismo fundador que representa para o psiquismo o estado prolongado e absoluto de aflição (perigo externo) do bebé humano. A sua dependência vital a um meio que preenche tanto as necessidades de protecção externa como as tensões internas. É no contacto com este objecto com múltiplos aspectos que a criança aprende a reconhecer os seus diferentes estados afectivos. Isto opera-se num jogo em espelho com o ser humano próximo (a descoberta recente dos neurónios em espelho parece dar uma base neurofisiológica a esta capacidade fundamental do psíquico).

“Outras percepções do objecto, por exemplo, quando ele grita, despertarão a recordação dos seus próprios gritos e das suas próprias experiências de dor” (Freud – “Projecto para uma Psicologia Científica”, 1887-1902).

Assim, é neste vai-e-vem de percepções entre a criança e o seu objecto, alguma coisa do outro e de si próprio está compreendido e a informação sensorial pode ser concentrado no próprio corpo da criança. Vê-se a complexidade de um tal circuito que já supõe traços mnésicos revisitados numa segunda experiência, traços esses que poderão ter um sentido para a criança e, por outro lado, constituir uma comunidade de pensamento alimentada pela identificação da criança ao seu objecto, nascimento portanto das premissas de um imaginário.

Laplanche e Pontalis (1967) escreveram que a identificação é muito mais do que um mecanismo entre outros, porquanto é a operação pela qual o sujeito humano se constitui.

Os mecanismos bem conhecidos de incorporação e de introjecção são, nesta perspectiva, protótipos da identificação mas nos quais o processo o processo mental é vivido como uma operação corporal.

Utha Frith não diz outra coisa quando postula que as crianças autistas não se formam por uma teoria do pensamento ou então pelo funcionamento mental dos outros. Não somente eles não se formam assim, mas pode pensar-se que se trata de um mecanismo defensivo, quer dizer, de uma recusa activa a todo o movimento identificativo. A razão talvez seja porque um tal movimento irá supor o ter em conta as suas próprias emoções e afectos.

Também Jacques Hochmann (1997) nota este “esmagamento” das emoções. É preciso não perder de vista o carácter activo e defensivo deste recurso à desvitalização/mecanização do “vivant” (do que está vivo), pelo qual os movimentos de identificação se encontram subvertidos.

É preciso distinguir o funcionamento mental dos autistas do das outras crianças, nomeadamente das crianças psicóticas.

Ora bem, diferenciar o pensamento autístico do pensamento psicótico é importante na prática porque altera radicalmente o sentido a dar um sintoma.

EXEMPLO: David tem 4 anos, inteligente e linguagem precoce.

Tem um quadro polimorfo: sintomas autísticos (estereotípias, imutabilidade e angústia perante a mudança) e sintomas psicóticos (angústias persecutórias, com algumas tentativas de elaboração delirante).

David manifestava grande prazer em ir ao Supermercado com a mãe, sobretudo para abrir e fechar a porta envidraçada e seguir depois o risco amarelo do chão. Um dia, quando chega, a vidraça da porta está parcialmente quebrada, com um corte num dos bordos. David entrou em pânico e não quer voltar à loja.

Qual o significado deste sintoma?

- No caso de uma criança psicótica: este medo compreende-se como a materialização de um fantasma agressivo projectado sobre os objectos do meio, considerados como vivos e com o risco da vingança: fantasma persecutório ligado à onnipotência de um pensamento animista próprio dos processos primários.
- No caso da criança autista: neste caso, o vidro partido é terrífico, justamente porque é ele próprio que está partido. Assim se tornou uma entidade portadora de uma quebra, de um corte num contínuo. Se passarmos ao nível da metáfora, é como se tivesse havido na realidade o corte de uma zona do próprio corpo da criança, zona erógena caída do corpo inteiro, alguma coisa que vem actualizar para a criança um medo em relação ao que ele percebe da fragilidade do seu envelope.

Ao passo que na criança psicótica encontrar-se-á um fantasma, o da perseguição por um objecto, no autista encontra-se um “antes de” de toda a fantasmática marcada por uma ligação ao corpo imediato.

Como se a metáfora, apanágio da linguagem, estivesse aqui enraizada no corpo, incarnada antes de ser aproveitada pela linguagem (Laurent Danon-Boileau, 2006). Desta maneira, o vidro quebrado confronta a criança com uma “experiência de fractura do seu envelope corporal”.

A linguagem permite outras distinções entre psicose e autismo:

- Quando a criança quer chamar a polícia para que parem os autocarros e os comboios, pensa-se com razão que ele chama então uma instância destinada a proteger o cidadão de perseguidores, como poderia fazê-lo um psicótico.

Uma criança psicótica projectaria, por exemplo, sobre o autocarro um poder maléfico, em relação ao qual ele esperava uma protecção da polícia.

O autista faz de outra maneira. Quando ele chama a polícia não é tanto para ser protegido de um ataque de um poder hostil, como na psicose, mas antes de tudo porque a polícia tem por natureza “de parar”. Na lógica de um pensamento autístico, o que se trata é muito antes de tudo imobilizar o autocarro e o comboio, cujo movimento, por ele próprio, é terrífico, visto que ele escapa ao controle da criança.

É o significante que funciona aqui (ou então dizer: parem os ladrões!) e do que se trata é a imobilidade.

Vê-se então operar uma distorção da função da linguagem que não é mais linguagem de troca e de comunicação mas a “linguagem-acção”, o agir da palavra, considerado funcionar magicamente e fazer pressão sobre o seu destinatário para o levar a fazer um gesto. A criança utiliza aqui a linguagem mas os autistas utilizam a mão instrumentalizada do outro, da qual se apropriam para obterem o que eles querem.

SINTOMAS: Aparecem antes dos 3 anos, muitas vezes no 1º ano de vida:

- 1) Retirada da comunicação, principalmente da comunicação pelo olhar;
- 2) procura da imutabilidade (“sameness” de Kanner) através das estereotipias e dos rituais;
- 3) perturbações específicas da linguagem: não aparecimento ou regressão da linguagem; perturbações específicas se a linguagem se desenvolve parcialmente (ecolália – voz elevada);

- 4) grande desarmonia do desenvolvimento intelectual, por vezes com desenvolvimento anormal “em sector”, mas muitas vezes um déficite bastante global;
- 5) ausência ou grande pobreza de actividades simbólicas e especialmente ausência de jogo teatralizado com material posto classicamente à disposição das crianças (figurinhas humanas e animais; bonecos; louças; casinha; carro; material para desenhar, cortar amarrar).

ARRANJOS TÉCNICOS necessários para a intervenção (Haag, 1988):

Está-se com crianças sem linguagem, que não brincam, expondo aos olhos dos terapeutas actividades estereotipadas variadas, por vezes são reforçadas, quando há tentativas de aproximação.

A experiência mostra que as crianças não são continuamente nem completamente em estado autístico: isto seria uma espécie estado de mal de petrificação pulsional e emocional incompatível com a sobrevivência.

Uma parte mais ou menos grande da personalidade desenvolveu-se misteriosamente, observa, compreende a linguagem particularmente quando se fala do que se pode adivinhar da sua experiência corporal e espacial, e vê-se por vezes crianças que nunca saíram da sua actividade estereotipada, põem-se subitamente a manipular as figurinhas num certo jogo simbólico, já de um nível mais complexo incluindo elementos do conflito edípiano.

É importante instalar o “quadro” (gabinete) com caixa de brinquedos, mesmo que não toquem nela durante muito tempo e será apenas para permitir acompanhar as interpretações com pequenas teatralizações, o que faz parte da técnica geral com crianças.

Acrescentar objectos mais primitivos ao nível das primeiras manipulações: caixas de encaixar, círculos, bolas, porque os jogos construtivos e de trocas das etapas primitivas, tem um valor simbólico muito mais importante do que se pensava.

A estabilidade do “quadro” espacial e temporal é essencial se se quer verdadeiramente trabalhar eficazmente com os níveis arcaicos.

Não esquecer que os níveis arquitecturais e o mobiliário são elementos simbólicos preciosos do “eu corporal”, e que vale mais trabalhar já com este deslocamento do que com o próprio corpo do terapeuta, onde isto se torna impossível a partir de uma certa idade e pelos fantasmas mais arcaicos.

É fundamental desenvolver as capacidades de observação e de dar importância aos detalhes da deambulação das crianças roçando certos aspectos – paredes, janelas, portas, etc., ou por vezes somente percorrendo com um olhar.

Nas primeiras fases do tratamento, tem que se ser mais tolerante e permissivo em relação a certas aproximações corporais, sobretudo nas colagens do corpo ou do hemi-corpo, menos para favorecer uma regressão suposta terapêutica, que o tempo de compreender o que a criança brinca, mesmo num fantasma primitivo, sendo compreendido em geral a constituição do eu corporal que deve ser então interpretado, posto em palavras.

Exemplo: B. regressou de férias e encontrou mudado o tapete da sala de tratamento, sem que o terapeuta o tivesse prevenido.

Ele caiu hirto no chão, depois levantou-se sem uma palavra e começou a sua sessão, sem aparentemente reagir à interpretação da psicoterapeuta sobre a sua percepção da mudança da sala e com o receio que pudesse surgir uma catástrofe.

Ele disse à psicomotricista que todos os móveis tinham mudado na casa dela: vê-se como as mudanças inesperadas provocam um deslocamento perceptivo.

Tem que se ser igualmente mais activo indo por vezes procurar fisicamente a criança numa retirada estereotipada ou numa posição perigosa, ou tentando propor diversas áreas de jogo de trocas (um ponto transicional), contendo uma automutilação, ou livrando-se de um contacto corporal utilizando a terapeuta como objecto de autossensualidade.

Com o autismo, os autores estão cada vez mais persuadidos, que não é preciso ter medo, mesmo em situação analítica, de ter e reter, certamente antes de tudo psiquicamente, mas por vezes, fisicamente. É o que expõe muito bem Tustin (1972) na obra “O Estados Autísticos”.

Material que convém ter:

- um arco;
- particularmente úteis para servir de suporte representativo das emergências das ideias de continente: cesta e local para se esconder (pode ser um cortinado, atrás do qual se pode esconder);
- pequeno divã;
- almofadas;
- água.

Ao empregar as palavras “difusão ou contaminação adesivas” é para distinguir o nível mais primitivo da circulação emocional.

Do lado da organização primitiva do jogo pulsional e emocional, a organização espacial destas crianças, não é feita para permitir a projecção.

Trata-se sem dúvida de fenómenos de exorporação segundo a terminologia de Green (1990), do fenómeno de “debordement” para a unidade, segundo Tustin, fenómeno que se desenvolve em identidade de superfície (bidimensionalidade).

Exemplo: Resposta tónica face a uma criança que persiste com estereotípias: o terapeuta pode sentir-se invadido por uma imensa fadiga, com vertigens, riscos de queda. A interpretação desta vivência, a sua dramatização, reconhecida como comunicação primitiva é então elaborada e leva a um novo desenvolvimento.

As primeiras abordagens podem ser deste tipo:

- criança cola-se à vidraça da janela: colar-se em atenção conjunta – mostrar o seu medo de seguir as coisas que se movem, como se isto provocasse uma liquefacção – antena da TV; verbalizar as idas e vindas dos pombos sobre a antena;
- olhar as idas e vindas dos carros;
- começa a simbolizar a ritmicidade das trocas dos terapeutas e o papel maternal do terapeuta.

No entanto, há unanimidade de opinião de que se deve intervir precocemente: trabalho de grupo em casa; apoio familiar; actividades da vida diária; ligação com a escola, com as estruturas comunitárias. Fomentar a comunicação e a socialização até ao limite do possível.

Entende-se ser necessário fazer uma abordagem compreensível no plano psicopatológico e na perspectiva psicodinâmica. É preciso também compreender, intervir, apoiar o lugar que a criança ocupa na rede familiar, tendo em atenção as reorganizações progressivas do desenvolvimento e perceber os efeitos que a perturbação provoca no sistema intrafamiliar.

A concretização deste modelo de intervenção resultou de um trabalho de longos anos, em que se entrecruzaram diferentes caminhos e olhares, diferentes pontos de vista e conceptualizações e diferentes saberes e gerações.

Foi assim o resultado de um trabalho colectivo, começando por “partir pedra” como é usual nestes empreendimentos.

Muitas interrogações foram surgindo decorrentes de um projecto que se pode considerar ambicioso.

A intervenção junto destas crianças e respectivas famílias que apresentam estados psicopatológicos graves, exigem recursos imediatos e intensivos ajustados às necessidades encontradas.

Ligações necessárias com centros de génética e com centros de estudos metabólicos.

E depois: como estabelecer a relação com a família, com os pares, com a sociedade? A continuidade dos cuidados e a integração eficaz nas escolas?

Pretende-se acompanhar o movimento da inclusão, pelo que pretendemos constituir uma resposta complementar às suas necessidades.

Finalmente, defende-se o trabalho em equipa, que nesta situação clínica é mais importante do que em qualquer outra. A articulação dialéctica entre os diferentes técnicos permite enfrentar sentimentos de impotência e de desânimo resultantes das repetições mecânicas da criança e das lentas evoluções e acompanhamentos ao longo da vida.

I – PÓLO DOS CUIDADOS

a) Para a actividade clínica em pedopsiquiatria:

- 1) é necessário uma equipa multidisciplinar de orientação psicodinâmica e do desenvolvimento, com pedopsiquiatra e psicólogo, facilitando o estudo da interacção ou das filmagens, para dar início à consulta com os pais e ao exame psicológico da criança.

b) exame psicológico:

- Brunet-Lézine e o PEP para os mais pequenos e os estados deficitários.
- WISC ou derivados para os mais velhos.
- Vibeland – avaliação da sociabilidade, autonomia e adaptação.
- CAT, Pata Negra e Rorchach para crianças com linguagem mesmo pouca.

(Estas provas são aplicadas pela CIPPA, mas poder-se-ão utilizar outras provas seleccionadas pelos psicólogos da equipa).

c) Outros exames: genético, endocrinologia e pediatria do desenvolvimento.

2) DIAGNÓSTICO / CLASSIFICAÇÃO

- CIM10
- CARS
- GRELHA do autismo de G. Haag para os estados autistas mais graves, sem linguagem.

3) PROTOCOLO TERAPÊUTICO

a) Terapias individuais:

“Maternage”

Mediação corporal:

Pack

Psicomotricidade

Massagens

Música

Dança

Terapia da fala

Psicoterapia

b) Grupos – várias modalidades

c) Intervenções psicopedagógicas

d) Actividades na comunidade: passeios, desportivas, etc.

e) Intervenção na família: em grupo ou individual, se pretender

f) Contactos com escolas / instituições / serviços

II – PÓLO DE FORMAÇÃO

III – PÓLO PREVENTIVO

Consulta hospitalar Peri-natal e de Gravidez em Risco que possam colaborar no plano da prevenção.

NOTAS

Um serviço para estas crianças deve proporcionar um conjunto de consultas a pais que estejam a sentir algum tipo de preocupação em relação ao desenvolvimento dos seus filhos. O serviço procuraria explorar com a família as preocupações apresentadas e aferir se os serviços podem ser apropriados ao caso. Encorajar os pais e os vários profissionais que contactam com a infância a referenciar famílias cujas crianças apresentam atrasos no desenvolvimento, particularmente nas áreas da comunicação, do brincar, na linguagem e na socialização ou que apresentam um desinteresse pelo mundo que a rodeia.

Após a avaliação inicial, caso se considere necessário uma intervenção, é disponibilizado um período de avaliação detalhado (ou observação prolongada), durante o qual se procederia a uma avaliação individual da criança – psicológica, somática e neurológica (se necessário genética e metabólica) – e à recepção da família de acordo com as necessidades: apoio continuado, grupos familiares. Neste período procura-se ajudar os pais a compreender e ajudá-los a vencer todos os obstáculos que vão encontrando e que são muitos, a forma como a sua criança experiencia o mundo e as relações e a encontrar novas perspectivas e soluções face às dificuldades e desafios vividos pela família. Com base na observação, abordar com os pais formas de se relacionarem entre eles e com outros filhos, de modo a contribuírem para mudança e desenvolvimento e será elaborado com estes, um protocolo de intervenção ajustado às necessidades da família e da criança.

Na continuidade da observação, poderão ser recomendadas intervenções terapêuticas.

Plano Individual de Intervenção
Inserção numa estrutura de socialização
Terapia da comunicação e da linguagem

As intervenções podem incluir:

– Psicoterapia individual

Algumas crianças poderão ter indicação para psicoterapia individual. Esta é um processo de retoma do desenvolvimento. As sessões desenrolam-se a um ritmo regular que pode variar de duas a cinco sessões semanais.

– Grupo terapêutico

De acordo com a observação, algumas crianças poderão participar em grupos ou oficinas terapêuticas. Estas desenvolvem-se regularmente, podendo o seu ritmo variar de uma a cinco sessões semanais.

– Maternalização

Excepcionalmente poderá justificar uma terapia reconstrutiva e que compreende uma técnica que recria a relação mãe-bebé primária com a verbalização das experiências em linguagem materna.

– Técnicas de mediação corporal

Devido à complexidade da perturbação do autismo, serão recomendáveis, sobretudo nas crianças sem linguagem ou quando esta não serve para comunicar, técnicas de mediação corporal, tais como:

- massagens: permitirá um acesso à designação do corpo inteiro, reforçando a consciência do “Eu-meu-corpo” estruturante, em virtude de serem nomeadas as diferentes partes e o todo. Inicialmente aplicada em bebés, foi depois difundida como técnica terapêutica e alargada a outras idades.
- “pack”: é uma técnica que permite fazer emergir noções e emoções muito profundas, representando o veículo da comunicação primitiva feita de elementos sensuais (excitação sobretudo da pele) e sensoriais.
- mediação com água: piscina ou banheira. O Atelier de Água é um espaço terapêutico a usar sempre que necessário, dado constituírem espaços terapêuticos organizadores.
- música e dança
- psicomotricidade
- outras
- Apoio Psicopedagógico
- Actividades na comunidade
- Apoio psicológico aos pais

Os pais cujas crianças participam em tratamentos devem beneficiar de apoio psicológico que pode ser individual ou em grupo de pais.

– Apoio psicológico aos irmãos

Os irmãos de crianças que sofrem de perturbações do espectro do autismo podem encontrar-se fragilizados. Pode-se integrar os irmãos, ou outras crianças

que vivam com a família, num grupo terapêutico. Ocasionalmente poderão também iniciar uma psicoterapia individual.

- Outros tratamentos que venham a demonstrar ser relevantes.
- Programas/actividades de prevenção
- Consultadoria a instituições e a profissionais da saúde e da educação.

É necessário disponibilização para instituições ou grupo de profissionais interessados na temática do espectro do autismo, um serviço de consultadoria. O consultor desenvolverá, para cada caso, o contexto ajustado às necessidades apresentadas. Estas poderão ir da supervisão e apoio à organização de programas de prevenção ou de intervenção nesta problemática, à implementação regular de reuniões de reflexão sobre a experiência de trabalho com estas crianças e de estudos de caso, a sessões formativas temáticas.

- 1) Pólo preventivo: Acções directa e indirecta. A prevenção passa sobretudo por um diagnóstico precoce com a finalidade de iniciar o tratamento o mais cedo possível. Necessidade de seleccionar um serviço onde seja possível encontrar parceiros para aplicar um modelo de intervenção junto de mães grávidas (aconselhamento das estruturas / autoridades políticas).
- 2) Formação permanente: É fundamental desenvolver actividades de formação continuada com o objectivo de enriquecer progressiva e continuamente o conhecimento dos profissionais de saúde mental.

Considera-se a prática clínica e a formação permanente como elementos intimamente interligados para ajudar a melhorar a efectividade dos tratamentos disponíveis.

Devem organizar-se e promover séries de seminários teóricos, oficinas clínicas, grupos de estudo, conferências e outras actividades formativas regulares.

As actividades formativas estariam abertas a todos os membros, podendo, em alguns casos, ser abertas a membros externos.

Considera-se indispensável fomentar actividades de investigação.

- 3) Relações públicas e sensibilização à problemática do autismo e psicose precoce: Deve ter-se como objectivo aumentar o conhecimento do público sobre a perturbação do espectro do autismo. Para esse fim, dispôr de porta-vozes que poderão responder rapidamente a solicitações dos *media* sobre a perturbação do espectro do autismo. No mesmo

sentido, seria necessário publicar, em suporte electrónico ou outro, brochuras, folhetos e artigos informativos, dirigidos ao público em geral, assim como relatórios e trabalhos científicos para a sensibilização das autoridades governamentais.

- 4) Pólo de relações públicas: Relações com os médias, artigos de opinião, revistas.
- 5) Ligações com serviços nacionais e internacionais ligadas ao autismo (G. Haag, Hochmann, Tavistock, “Casa Verde” da Dolto, “Solstício” de Leboyer...)

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, A. (1992/1994). *Companhia viva: Psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Danon-Boileau, L. (2006). *La cure de parole. Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris, n° 82.*
- Freud, S. (1905/1953). *La psychothérapie. De la technique psychoanalytique* (pp. 9-23). Paris: Presses Universitaires de France.
- Frith, U. (1989/1996). *L'Énigme de l'Autisme*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Grandin, T. (1986). *Ma vie d'autiste*. Paris: Editions Odile Jacob (Trad. franç., 2001).
- Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris: Édit. Gallimard.
- Hochmann, J. (2009). *Histoire de l'autisme*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques fonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de la vie. *Neuropsychiatrie de l'Enfant, 36(1)*, 1-8.
- Hobson, R.P. (1993). *Autism and development of mind*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Hochmann, J. (1997). *Pour soigner l'enfant autiste*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Houzel, D. (2002). *L'aube de la vie psychique*. ESF Editeur.
- Houzel, D. (2004). Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile. In Lebovici, Diatkine, & Soulé (Eds.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2nd ed., pp. 1225-1254). Paris: Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France
- Stern, D.N. (1985/1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson* (trad. franç.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., & Robarts, J. (1998). *Children with autism: Diagnosis and interventions to meet their needs* (2nd ed.). London: Jessica Kingsley.

Tustin, F. (1972). *Autismo e psicose infantil* (1ª ed. Hogarth Press, 1972). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Wing, W. (1987). *Checklist de diagnóstico das perturbações autistas*. Comunicação pessoal.

ABSTRACT

As is known to all, discussions with regard to autism, are very numerous, we can say that burn specialists, the press and quarrels do not end!

In some countries, the term psychosis is not used in children or in the International Classification either in US Classification. Only the French Classification of disorders of Child and Adolescent saves the terms psychosis and autism.

The critical currents located psychosis in relational pathology, entering in the registration of "mental illness" and autism in the constitutional handicap, escaping so the registration of "mental illness."

It is necessary that the conflicts ended and that the current investigation look into the considerable body of clinical observations done for half a century (Hochman, 2009).

We can not forget that were the psychoanalysts who introduced the first design "humanist" of autism, in the years following the War of 1939/1945, at a time when the freedom, the flight of thought and ideas, would get his strength to anguish and suffering that men had just live collectively.

Knowledge does not belong to an individual or to a community. Knowledge progresses by exchanges, discussions, investigations.

Psychoanalysts took time to realize that their science could not claim to find the causes of mental illness.

Psychoanalysis aims to discriminate the meaning and not the causes of the symptoms that are the responsibility of Biological Sciences (genetics, biochemistry, neurophysiology or cognitive). These sciences go in search of etiologic factors, psychoanalysis goes in search of meaning. Hence the fact that there is no incompatibility between biological investigations and psychoanalysis.

Far from being a rigid label, we have to look to autism like a moving process, more or less depending on the moments.

Autism and all disorders within the autism spectrum, also called Early Psychosis, by some authors, are serious disorders of childhood, of early onset, and leaving sometimes irreparable consequences.

The pathogenesis is extremely complex, multifactorial, provoking discussion and debate sometimes irreconcilable.

Key-words: Autism. Psychosis.

NOVAS REALIDADES, NOVAS REFLEXÕES: O LUGAR DO VIRTUAL NO FUNCIONAMENTO PSÍQUICO

Maria Teresa Pinheiro *

RESUMO

A revolução tecnológica é responsável por um conjunto de mudanças no plano societal e no plano psíquico. No trabalho com crianças e jovens, o clínico é confrontado com um discurso associado à temática do virtual e com o aparecimento de sintomatologia associada às novas práticas. O objectivo do presente trabalho é a perscrutação do impacto das novas ferramentas no funcionamento psíquico. Propõe-se uma exploração sintética das práticas, das principais considerações psicodinâmicas sobre a temática do virtual, bem como uma análise do risco psicopatológico e das propostas de prevenção do uso problemático das tecnologias na infância e adolescência.

Palavras-chave: Virtual. Novas tecnologias. Infância. Adolescência. Psicodinâmica.

“... Mas, no jogo, se eu estiver no modo sobrevivência ninguém entra, protejo-me à séria. E depois, no modo sobrevivência, pedimos ajuda aos do modo criativo, que têm tudo. Pedimos a quem tem recursos para nos dar os instrumentos necessários...”

(André, 10 anos, em consulta)

INTRODUÇÃO

A utilização das novas tecnologias é uma das mais cativantes e discutidas questões no âmbito das recentes transformações sociais. O quotidiano é hoje

* Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica – Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Psicoterapeuta em formação pela Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica.

povoado por um conjunto de objectos tecnológicos com propriedades e implicações específicas: a interactividade, a acção em tempo real, bem como a possibilidade de contacto com múltiplos interlocutores, esbatendo as fronteiras geográficas e sociológicas (Allard, 2014).

Às novas tecnologias associam-se conceitos que remetem para as possibilidades que destas emergem, como “virtual”, “realidade virtual” e “ciberespaço”, aludindo à simulação criada através dos meios digitais, à simulação de um ambiente próximo da realidade e ao espaço de comunicação permitido pelas redes de computação (Dicionário Houaiss, 2001), respectivamente.

O mundo virtual apresenta-se hoje como um sistema de informação complexo, simulacro da realidade, onde se operam mudanças significativas nos padrões de transmissão da informação e de comunicação (Fonagy, 2014; Guignard 2014). Assim, as novas tecnologias são outrossim as novas realidades ou, numa reformulação, os novos instrumentos técnicos constituem-se enquanto novos objectos culturais (Bonaminio, 2014) com impacto na vida social e mental. Como afirma Guignard “(...) a revolução digital teve um importante impacto no desenvolvimento do funcionamento mental” (2014, p. 62).

Os contributos psicanalíticos sobre o impacto do virtual emergem a partir da referida articulação entre o domínio societal, em rápida evolução, e o mundo interno. Além das práticas observáveis importa, como refere Tisseron (2012a), compreender as *mitologias* criadas a partir da utilização das novas tecnologias ou ainda, nas palavras de Bonaminio (2014), compreender as decorrentes mudanças nas formas de pensar e de representar o externo e o interno. I.e., no presente, a utilização de ferramentas digitais é um dos fenómenos com os quais o clínico se confronta no trabalho com crianças e jovens, quer através do surgimento de sintomatologia associada às práticas digitais quer através do progressivo aparecimento de um discurso próprio da cultura digital, com terminologias e narrativas próprias que, por vezes, como alerta Tisseron (2012a), dificultam a distinção entre “uma declamação de uma lenda e uma produção mórbida pessoal” (p. 4).

PRÁTICAS VIRTUAIS: PADRÕES DE UTILIZAÇÃO E RISCOS

A imersão no mundo virtual é, primeiramente, uma apropriação através de um conjunto de utilizações específicas. Por outro lado, o levantamento de dados concretos, não poderá negligenciar os aspectos nocivos no encontro com as

novas tecnologias. Neste sentido, importa questionar: Quais os dados pragmáticos conhecidos? E que riscos decorrem das práticas virtuais?

Os padrões de utilização das novas tecnologias por crianças e jovens europeus, entre os 9 e os 16 anos, são objecto de estudo, desde 2006, no âmbito de um programa multinacional denominado *EU Kids Online*.

No contexto português, o acesso à internet ainda é menos frequente do que a média europeia, no entanto refira-se que 53% das crianças e jovens relatam um acesso diário ou quase diário à internet, maioritariamente a partir de casa (93%) e, sublinha-se, a partir do quarto (67%). As crianças e os adolescentes portugueses relatam como utilizações mais frequentes do ecrã: a realização tarefas escolares (89%), os jogos (83%), a visualização de vídeos (70%) e a troca mensagens (através de e-mail – 66% ou de serviços de mensagens instantâneas – 69%). Salientando-se que a partir dos 13 anos o uso com vista ao contacto com outras pessoas é mais prevalente (Haddon, Livingstone, & EU Kids Online network, 2012).

No que respeita alguns dos aspectos nocivos das utilizações, os principais riscos apontados por crianças e jovens portugueses relacionam-se com o encontro de conteúdos de cariz sexual – através do contacto com imagens (13%) ou recepção de mensagens (15%) –, bem como com o encontro presencial com pessoas com as quais comunicaram num primeiro momento via *internet* (16%), e cyberbullying (2%). Contudo, numa leitura mais detalhada, um dos maiores riscos encontrados pelos jovens portugueses parece associar-se ao hiato geracional relativamente às novas tecnologias: os pais portugueses acedem pouco frequentemente à *internet* e apenas 43% acompanham os filhos nas suas práticas (Haddon et al., 2012). O que implica um uso solitário frequente, adverso a uma elaboração das práticas (cf. Tisseron, 2013) e dos conteúdos nocivos existentes (por ex., sites pró-anorexia, sobre auto-mutilação ou suicídio), caracterizados por Fonagy (2014) como facilmente apreensíveis, internalizáveis e apropriáveis pelos cibernautas.

RELAÇÃO COM O VIRTUAL: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Um dos aspectos mais preponderantes da literatura dedicada à temática do virtual é a emergência de um pensamento sobre as potencialidades intra e intersubjectivas a montante da função sintoma das utilizações (Missonier & Robineau, 2007). Os principais contributos parecem centrar-se nas

transformações do espaço psíquico associadas às utilizações da nova tecnologia e à cultura digital no sentido lato.

Importa, no entanto, referir que o virtual é uma temática emergente mas marginal na literatura psicanalítica (cf. Lemma, 2014). O que implica não apenas a existência de um reduzido número de contributos mas igualmente uma dispersão terminológica e conceptual, que dificulta a destrição entre as características próprias da relação com o virtual e o impacto destas no funcionamento psíquico infantil e juvenil. Neste sentido, no presente trabalho afigura-se como mais pertinente uma subdivisão de acordo com os aspectos mais salientes na literatura relativa à temática do virtual. Para tal, recorre-se à proposta de Tisseron (2012b) sobre os atributos da relação virtual, ensaiando a partir da mesma uma tentativa de articulação de diferentes contributos. De forma pragmática, os três atributos indissociáveis na relação virtual são: (1) imersão; (2) interactividade; (3) encontro com o outro.

Imersão

O espaço virtual é, antes de mais, um lugar habitado por estímulos sensoriais novos e estranhos (Tisseron, 2012a). Mais do que os conteúdos, é o desafio colocado aos processos sensoriais que, para Tisseron (2012a), está na origem da mobilização de estados emocionais intensos na interacção com as novas tecnologias. Numa perspectiva complementar, Allard (2007) aponta o cariz atractivo das novas imagens, pela sua plasticidade e diversidade, pelo seu cariz interactivo e imediato, bem como salienta o prazer que a criança e o adolescente encontram na utilização das tecnologias, em suma, a sua função excitante. Mas esgotar-se-á a relação virtual no encontro com a excitação?

A resposta à pergunta passa primeiramente pela teorização de Tisseron (2012a) que aponta como polos essenciais da experiência virtual, por um lado, a procura da excitação e, por outro lado, o seu controlo. Numa reformulação, além da procura de sensações parece estar em causa o controlo das mesmas ou, em rigor, um equilíbrio constante entre ambos. A exploração do mundo virtual (p. ex., a continuação de um jogo) assenta precisamente neste pressuposto: um mundo pleno de novos e diversos estímulos com impacto sensorial manifesto que urge controlo, manipulação e dotação de sentido (Tisseron, 2012a). É aliás este pressuposto que conduz ao afastamento da noção de dependência na literatura psicanalítica sobre o virtual, porquanto parece ser a experiência de controlo que é mormente procurada e promovida. Os riscos psicopatológicos surgem em redor da impossibilidade de tomada de distância face à experiência, ou num sentido lato, face ao objecto, e não ao cariz excitante das imagens.

Numa leitura simbólica dir-se-ia na senda de Tisseron (2012b) que as utilizações prolongadas (ou excessivas) da tecnologia testemunham a falha da operação simbólica de fusão-separação. Na infância e na adolescência, a imersão no espaço virtual pode tornar-se sinónimo de existência num mundo diverso ou alternativo. Nas palavras de Allard (2014), a vivacidade da imersão sensorial oferecida (p. ex., pelo jogos) poderá permitir na criança “(...) a ilusão que se movimenta num mundo além do real, um mundo que apropria, tornando o universo lúdico, sem consciência da tecnologia implicada” (p. 84). Ou seja, é a imersão que parece sustentar a ilusão de realidade e, conseqüentemente, colocar desafios à relação entre a realidade externa e interna, num esbatimento das diferenças entre as excitações (oriundas do exterior) e os vívidos afectivos e sensorio-motores mobilizados na interacção (cf. Allard, 2007; Guignard, 2014; Lemma, 2014).

Interactividade

A interacção com o mundo virtual assenta, como explanado anteriormente, numa implicação dos processos sensoriais, num diálogo tónico e postural com as ferramentas (Tisseron, 2012b). Contudo, paradoxalmente, o encontro com os elementos do espaço virtual é sobretudo o encontro com uma realidade imaterial, onde o corpo é ignorado (Tisseron, 2012a) ou negado (Lemma, 2014): é um encontro com um mundo de representações.

Ao ultrapassar as limitações da realidade corporal, o mundo virtual confronta o jovem utilizador com a experiência de entrada num mundo de referências díspares àquelas da realidade. Tisseron (2012b) aproximando o virtual do sonho recorda como a morte é negada na interacção – o que, acrescente-se, se observa por exemplo nas várias vidas da personagem de um jogo. Importa no entanto salientar que a interactividade parece ter por objectivo primeiro a exploração e descoberta dos novos referenciais, que não raras vezes desafiam e transcendem a lógica da realidade (Tisseron, 2012b). Como complementa Lemma (2014), a exaltação sentida na experiência virtual associa-se ao sentimento de transcendência face às limitações do mundo material. Assim, contrapondo as limitações corporais o virtual parece oferecer um mundo de possibilidades ilimitadas (Lemma, 2014), tornando-se lugar onde diferentes cenários podem ser imaginados e agidos mormente aquando de um investimento precário no mundo real.

Refira-se, por exemplo, como a experiência virtual pode estar ao serviço da actualização das fantasias onnipotentes ou como promove o sentimento de controlo através da possibilidade de manipulação da realidade à distância de um

clique (Guignard, 2014; Lemma, 2014). Na concepção de Moreno (2010, cit. por Fischbein, 2010) o virtual oferece uma simulação do objecto da necessidade e, entre outros, possibilita o “silenciamento da frustração”. Poderá ainda pensar-se como o virtual se torna lugar de procura de regulação e gratificação narcísicas (Guignard, 2014; Tisseron, 2012a) – veja-se concretamente a dinâmica de partilha e de *gostos* das redes sociais onde parece estar também em causa a tentativa de atracção do interesse do outro (mais do que o amor do outro); ou ainda as vitórias sucessivamente procuradas nos jogos.

Encontro com o outro

No mundo virtual a presença de múltiplos interlocutores é uma das realidades permitidas pelas propriedades das ferramentas tecnológicas. Assim, o mundo das imagens é igualmente um mundo de presenças humanas e, como aborda Allard (2014), a tecnologia permite não somente a manutenção dos vínculos sociais mas igualmente a descoberta de novas formas de ligação e comunicação, i.e. novas formas de estar com o outro. Mas de que outro se trata?

Segundo Tisseron (2013) a presença do outro real, além da imagem, encerra uma das problemáticas da relação virtual, na medida em que a mesma pode ser aceite mas também negada. Neste sentido, a relação com o outro pode aproximar-se da relação real – participando no processo de socialização e integração no grupo na adolescência – ou da relação com o objecto imaginário, ao ignorar a realidade do interlocutor. Como refere Lemma (2014), no virtual o outro pode constituir-se enquanto criação do *self*. E se a ausência física do interlocutor parece subjazer esta possibilidade de negação, dever-se-á por outro lado questionar o impacto da sua presença virtual na definição do encontro proporcionado. Veja-se assim como o outro ausente fisicamente é também o outro virtual e imediatamente presente, numa alusão ao conceito de pseudo-presenças de Zizek (2004). O outro, possivelmente distante geográfica e sociologicamente, é neste sentido próximo e sobretudo é o outro cuja presença se substitui à necessidade de um trabalho psíquico sobre a distância, a ausência e a separação (Lemma, 2014), e até à necessidade de contacto com um outro real.

É também neste novo encontro que parece acontecer uma das mais importantes mudanças suscitadas pelo virtual: a regulação da intimidade, em rigor, a externalização da intimidade (Moreno, cit. por Fischbein, 2010). A passagem do domínio privado ao público manifesta-se mormente nas

utilizações das redes sociais. Como propõe Tisseron (2013), nestes espaços parece manifestar-se um *desejo de extimidade*, ou seja, o desejo de tornar públicos elementos da vida íntima, física e psíquica, com o objectivo primeiro da sua valorização através das palavras dos interlocutores escolhidos. Ou seja, a externalização da intimidade é mormente a externalização de elementos escolhidos da intimidade, ao serviço da regulação da auto-estima e da criação de vínculos. O que implica, na perspectiva de Gabbard (2010, cit. por Fischbein, 2010), um paradoxo fundamental: são estes lugares públicos que permitem o melhor dos esconderijos, a possibilidade de se tornar outro ou, acrescentando-se, a possibilidade de escolher ou alterar as características que a criança e o adolescente apresenta.

Em jeito de conclusão, refira-se como os contributos parecem salientar o papel das novas tecnologias na promoção de funções psíquicas específicas e parecem apontar a experiência virtual ora como lugar de experimentação e de transição, ora como realidade alternativa com importantes riscos ao nível psicopatológico.

PSICOPATOLOGIA E PREVENÇÃO

No plano psicopatológico a discussão em redor das novas práticas tecnológicas encontra importantes óbices conceptuais e metodológicos. Por exemplo, a noção de uso excessivo, nocivo ou problemático queda sem enquadramento diagnóstico na medida em que, por exemplo, “(...) a comunidade científica nunca especificou a partir de número de horas diárias a relação aos ecrãs se torna patológica” (Tisseron, 2013, p. 11). O uso problemático das tecnologias surge na literatura mormente como sintoma a que se associam diferentes factores psicológicos tais como: a auto-estima precária, a inibição e ansiedade social, e a depressão (cf. Lemma, 2014). O que parece ir ao encontro da maioria dos contributos psicanalíticos que aproximam a noção de uso problemático das tecnologias a uma manifestação de problemáticas pré-existentes, e de forma circular, afastam a noção de causa apontando a exacerbação de problemáticas proporcionada pelas características da relação virtual.

O pensamento sobre uso problemático das tecnologias é também marcado pelas propostas de prevenção, nomeadamente aquelas de Tisseron (2013). O autor propõe um conjunto de práticas e conselhos específicos para a infância e a adolescência, sob a denominação “regra 3-6-9-12”. De forma geral, as

propostas do autor remetem para: (1) a aprendizagem da auto-regulação, onde está mormente em causa a interiorização das noções temporais. Para tal, o adulto deverá estabelecer e comunicar à criança regras claras sobre o tempo de utilização de ecrã (*vs.* momento de utilização) e realizar contratos com o pré-adolescente/adolescente; (2) a realização de actividades alternativas (aos ecrãs), que respondam às necessidades do processo de desenvolvimento; (3) o acompanhamento, o que com as crianças mais novas passa pela utilização conjunta mas que, transversalmente, deverá realizar-se no plano do discurso, pedindo à criança que fale sobre as suas experiências diante do ecrã, à semelhança do que é realizado para as restantes actividades do quotidiano.

Embora não se considere pertinente uma apresentação exaustiva das propostas específicas de Tisseron (2013) para cada faixa etária, afigura-se útil a apresentação de alguns referenciais, sendo estes: o evitamento da interacção com ecrãs antes dos três anos; e como, até aos nove anos, os aparelhos tecnológicos devem encontrar-se exclusivamente nos espaços comuns (*vs.* quarto).

ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

De forma a ilustrar o confronto do clínico com o fenómeno do virtual na clínica infantil e juvenil, nomeadamente através dos cenários virtuais apresentados pelo discurso do paciente, recorda-se sucintamente o processo psicoterapêutico (de curta-duração) do André.

O trabalho clínico com o André, um rapaz com 10 anos na altura da primeira consulta, enceta após um pedido da mãe, inquieta com a desatenção sinalizada pela escola e com o que considerava um fraco desempenho no contexto escolar.

O pedido de ajuda centra-se de forma explícita nas dificuldades sentidas pelo André nas aprendizagens, pese embora na entrevista dedicada à recolha de anamnese se torne evidente a existência de outros sinais clínicos como: uma tendência ao retraimento na interacção com pares e adultos, uma tendência ao isolamento e os medos (do escuro e de ficar sozinho). Porém, é apenas nas sessões de observação realizadas com o André que se conhece um outro sinal clínico: o uso problemático das novas tecnologias, especificamente dos jogos. O contexto familiar parece ignorar este sintoma que se manifesta através das tentativas de evitamento de actividades que coincidam com os horários estabelecidos (e reduzidos) para o contacto com o ecrã mas mormente através

de um pensamento incessante sobre o jogo nomeadamente sobre as acções que poderá realizar, como as poderá realizar, bem como sobre o imaginário do jogo, sobre as personagens que o povoam, etc. Ou seja, o afastamento dos cenários virtuais parecia revelar-se tarefa impossível para o André e testemunhar o investimento privilegiado na realidade virtual.

Nas primeiras sessões, o André mostra-se alheado, silencioso e “adormecido”, com um olhar que percorre ora o tecto da sala ora a janela e mostra o seu desinteresse quer pela palavra quer pela relação, como diz na primeira sessão “(...) *Desligo-me. Mas quando estou num sítio onde há coisas para fazer, faço, distraio-me. Quando não há faço isto*”. A espaços, o discurso emerge, quase verborreico e invariavelmente sobre os cenários virtuais. Assim, o André começa por preencher as sessões com o imaginário do virtual e do seu jogo de eleição – *minecraft*, descrevendo em pormenor os cenários do jogo: as personagens que o povoam (“*monstros, zombies...*”), as construções que realiza ou pensa realizar (“*... agora tenho a piscina por cima da casa, vou mudar o campo de basket para um de ténis...*”), os recursos que pretende encontrar (“*... Mas, no jogo, se eu estiver no modo sobrevivência ninguém entra, protejo-me à séria. E depois, no modo sobrevivência, pedimos ajuda aos do modo criativo, que têm tudo. Pedimos a quem tem recursos para nos dar os instrumentos necessários...*”). Mais do que os conteúdos do discurso, sobressai a exaltação ou a excitação do André, ou seja, as dificuldades em afastar-se da imersão e do estados emocionais mobilizados na experiência virtual, nas suas palavras: “*... Eu sei que não... Não há monstros... Os perigos da realidade são os tsunamis, terremotos, furacões... Eu sei perfeitamente distinguir a fantasia da realidade mas, fogo!, quando aquele personagem aparece [no jogo] mete medo a qualquer um*”.

No decorrer do processo terapêutico, as descrições detalhadas e plenas de excitação dos cenários do jogo são abandonadas, porquanto também a experiência de imersão é desinvestida. Porém, o investimento no espaço virtual mantém-se e o discurso do André permanece centrado nesta realidade alternativa embora se altere de forma significativa. O André narra nas sessões: os planos que faz com os colegas para jogarem em conjunto mas outrossim a sua “desilusão quando não aparecem”; as propostas que os amigos lhe apresentam para experimentar novos jogos “fixes ou aborrecidos”; a partilha nas redes sociais de imagens e vídeos do quotidiano, nomeadamente relacionadas com a arte marcial que pratica, para “ter likes dos amigos” (“*meti o vídeo do combate mas só a minha tia é que fez like... não sei se os meus amigos viram, não devem ter visto*”). Ou seja, ainda que de forma insípida o André parece começar a perceber que para além dos *recursos* que tanto procura nos jogos existem recursos (afectivos) que podem ser oferecidos na relação

com outro. No entanto, o movimento operado no discurso revela sobretudo como a presença do outro real é aceite na relação virtual: já não são “os do modo criativo” que o André procura mas sim os seus colegas. Acresce que, *a posteriori*, este movimento testemunha o início da passagem do investimento do virtual enquanto realidade alternativa ao investimento enquanto lugar de transição e experimentação. Progressivamente, os encontros que o André promove no virtual transformam-se em encontros reais, a atitude expectante diante do ecrã dá lugar à expectativa de “poder ir a uma festa ou a um torneio”, manifestações de um investimento crescente na realidade externa. Em paralelo, a realidade interna – outrora evitada – é investida e o diálogo psicoterapêutico em redor da separação, que tanto o inquieta, enceta por fim quando, de forma simbólica, o André refere que, pela primeira vez, não andou com a bicicleta à volta da sua casa mas sim na rua: “só que fui só até ao início da rua porque a rua é grande e não sei onde a rua acaba e se conseguia voltar para casa”.

BIBLIOGRAFIA

- Allard, C. (2007). L'enfant avec les images. *Le Carnet PSY*, 7(120), 25-28.
- Allard, C. (2014). Communiquer avec les mondes numériques, une nouvelle forme d'altérité pour les enfants et les adolescentes. In D. Texier (Ed.), *L'enfant connecté* (pp. 77-94). Toulouse: Éditions Érès.
- Bonaminio, V. (2014). “A perfect world” and its imperfections: Psychoanalytical clinical notes on adolescence and virtual reality. In A. Lemma & L. Caparrotta (Eds.), *Psychoanalysis in the technoculture era* (pp. 97-113). London: Routledge.
- Fischbein, S. (2010). Panel Report – Psychoanalysis and virtual reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 91, 985-988.
- Fonagy, P. (2014). Foreword. In A. Lemma & L. Caparrotta (Eds.), *Psychoanalysis in the Technoculture Era* (pp. 15-19). London: Routledge.
- Guignard, F. (2014). *Psychic development in a virtual world*. In A. Lemma & L. Caparrotta (Eds.), *Psychoanalysis in the technoculture era* (pp. 62-74). Cornwall: Routledge.
- Haddon, L., Livingstone, S., & the EU Kids Online network (2012). EU Kids Online: National perspectives. *EU Kids Online, The London School of Economics and Political Science, London, UK*. Acedido em <http://eprints.lse.ac.uk/46878/>
- Houaiss, A. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Lemma, A. (2014). An order of pure decision: Growing up in a virtual world and the adolescent's experience of the body. In A. Lemma & L. Caparrotta (Eds.), *Psychoanalysis in the technoculture era* (pp. 75-97). London: Routledge.

- Missonnier, S., & Robineau, C. (2007). Pour une psychopathologie psychanalytique du virtuel quotidien. *Le Carnet PSY*, 7(120), 20-23.
- Tisseron, S. (2012a). Les quatre resorts d'une passion. In S. Tisseron (Ed.), *L'enfant au risqué du virtuel* (pp. 7-38). Paris: Dunod.
- Tisseron, S. (2012b). Le virtuel, une relation. In S. Tisseron (Ed.), *L'enfant au risqué du virtuel* (pp. 87-116). Paris: Dunod.
- Tisseron, S. (2013). *3-6-9-12 Apprivoiser les écrans et grandir*. Toulouse: Éditions Érès.
- Zizek, S. (2004). What can psychoanalysis tell us about cyberspace? *The Psychoanalytical Review*, 91, 801-830.

ABSTRACT

The technological revolution has brought about a number of societal and psychic changes. The patient discourse now encompasses the virtual sphere and on the other hand the new practices adopted by young patients entail new symptoms. The present study aims at analyzing the impact of the new instruments on the psychic sphere. The proposed analysis encompasses the practices, main psychodynamic assertions, psychopathological risk and its prevention.

Key-words: Virtual. New technologies. Infancy. Adolescence. Psychodynamics.

DISFORIA DE GÉNERO – UM OLHAR PARA UM NOVO DIAGNÓSTICO

Patrícia Frade *
Rui Xavier-Vieira **
Magda Mendo-Jorge ***

RESUMO

Objectivos: 1. Rever a entidade disforia de género, no que concerne ao diagnóstico, prevalência, comorbilidades e tratamento. 2. Alertar os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes para a existência desta entidade com o objectivo de a identificarem, diagnosticarem e orientarem precocemente estes doentes.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa em motores de busca em inglês e português na Pubmed, B-on, Elsevier, com as palavras chave “gender dysforia”; “gender identity disorder”; “transsexual”; “early diagnosis”; “hormone therapy”; “transsexual parenthood”, com data de publicação entre os anos de 1998 e 2014.

Resultados e Conclusões: O diagnóstico de disforia de género do DSM 5 permite chegar mais facilmente ao sofrimento da criança, adolescente ou adulto. É por isso muito importante que este diagnóstico seja feito o mais precocemente possível, para se agir em conformidade. Sabe-se que a disforia de género nas crianças, não culmina sempre em transexualismo, é por isso fundamental fazer uma avaliação cuidada e reduzir o stress existente quer nas crianças, quer nas suas famílias. É importante orientá-los, logo que possível, para uma equipa multidisciplinar experiente na área, com o objectivo de iniciar os tratamentos no período crítico (nomeadamente a supressão hormonal). A Terapia de Substituição Hormonal (TSH) e as cirurgias de reatribuição sexual são tratamentos disponíveis, sempre que sejam indicados. A avaliação do contexto psicossocial e as intervenções psicoterapêuticas são abordagens fundamentais nestes doentes.

Palavras-chave: Disforia de género. Perturbação da identidade de género. Transexual. Diagnóstico precoce. Terapia hormonal. Pais transexuais.

* Médica Interna de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria.

** Professor Auxiliar de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa, Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria e Coordenador da Consulta de Sexologia Clínica do Hospital de Santa Maria.

*** Assistente Hospitalar Graduada de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.

INTRODUÇÃO

A definição de Perturbações sexuais varia mediante o que se reporta a uma normalidade estatística, funcional ou ideal, estando desta forma dependente das épocas, das culturas ou da ideologia do grupo social que as define (Xavier-Vieira, 2003).

O transexualismo tem sido documentado ao longo dos tempos mas os critérios clínicos de diagnóstico foram objectivados e sistematizados pela primeira vez na ICD10 (*International Statistical Classification of Diseases – 10th Edition*) e no DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3rd Edition*) (Pechorro & Xavier-Vieira, 2004). O termo disforia de género surge no DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition*) em substituição do termo perturbação da identidade de género, utilizado no DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition, text revision*) (American Psychiatric Association, 2013). No entanto, este conceito é já há muito tempo utilizado por Xavier-Vieira (2002, 2003; Pechorro & Xavier-Vieira, 2004).

Sabe-se que muitos centros tratam adultos com disforia de género mas poucas unidades pediátricas fazem tratamento de adolescentes com esta patologia (Faccio, Bordin, & Cipolletta, 2013). Segundo a literatura as instituições que trabalham com crianças e adolescentes devem estar preparadas para fazer o diagnóstico precoce; minimizar as dificuldades escolares, relacionais e sociais; e facilitar o acesso aos cuidados de saúde (Lobato et al., 2007).

Existem diferenças na fenomenologia, curso, desenvolvimento e abordagens terapêuticas da disforia de género nas crianças, adolescentes e adultos. Nas crianças e adolescentes o processo de desenvolvimento (físico, psicológico e sexual) é muito rápido e variável o que exige muita atenção por parte dos profissionais de saúde que contactam com eles (Coleman et al., 2012).

Assim, através desta revisão pretende-se alertar os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes para a existência desta entidade, no sentido de fazerem um diagnóstico e orientação precoces, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.

OBJECTIVOS

- 1) Rever a entidade disforia de género, no que concerne ao diagnóstico, prevalência, comorbilidades e tratamento.

- 2) Alertar os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes para a existência desta entidade com o objectivo de a identificarem, diagnosticarem e orientarem precocemente estes doentes.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa em motores de busca na Pubmed, B-on, Elsevier, com as palavras chave “gender dysforia”; “gender identity disorder”; “transsexual”; “early diagnosis”; “hormone therapy”; “transsexual parenthood”, com data de publicação entre os anos de 1998 e 2014.

RESULTADOS

Disforia de género – Distinção de conceitos

Muitas vezes existe alguma dificuldade na compreensão e distinção de conceitos, nomeadamente, género e sexo. Pode-se definir *sexo* como uma categoria biológica ou anatómica, enquanto o *género* se associa ao papel socio-cultural, às expectativas de comportamentos socialmente definidos (Chiland, 2013; Newman, 2012; Pechorro, Freud, Stoller, & Coimbra de Matos, 2005).

A *disforia de género* é um conceito geral descritivo que se refere ao descontentamento cognitivo/afectivo que a pessoa sente relativamente ao género com que nasceu (American Psychiatric Association, 2013).

A *identidade de género ou transexualismo* poder-se-á definir como o sentimento individual de ser homem ou mulher (Chiland, 2013; Newman, 2012). Resulta da conjugação de factores biológicos, psicológicos e sociais.

O sexo da criança tem profundas implicações no seu desenvolvimento pois sabe-se que a diferenciação cerebral masculina e feminina é diferente, embora não seja clara a influência que tem no comportamento e funcionamento psicológico em cada sexo. Os pais têm crenças e expectativas em relação ao sexo das crianças que influencia as interacções com as mesmas; a sociedade tem definições de masculinidade e feminilidade às quais atribui comportamentos, expectativas e papéis. Assim poder-se-á dizer que o papel de género corresponde às funções assumidas na sociedade, características de um homem ou de uma mulher, independentemente do sexo (Chiland, 2013; Newman, 2012).

Para Coimbra de Matos a *identidade sexual* é o eixo principal da identidade pessoal (Pechorro, Freud, Stoller, & Coimbra de Matos, 2005).

O conceito de *identidade sexual* está relacionado com o objecto sexual, ou seja, refere-se à orientação sexual (Chiland, 2013).

Disforia de género e perturbações do desenvolvimento sexual

Nas diferentes etapas da diferenciação sexual podem ocorrer várias perturbações. Estas podem resultar na alteração das estruturas sexuais internas e/ou externas. Assim, pode-se verificar a existência de *genitália ambígua*, na maioria das vezes por masculinização dos genitais externos femininos por exposição excessiva a androgénios como acontece por exemplo na *hiperplasia congénita das suprarrenais*. Existe outra condição designada por *síndrome de insensibilidade aos androgénios*, em que crianças com cromossomas sexuais XY, secretam androgénios mas os receptores não apresentam sensibilidade para os mesmos o que resulta em genitais externos femininos (Newman, 2012).

A maioria das pessoas que tem algum tipo de perturbação do desenvolvimento sexual não apresenta disforia de género. Isto deve-se ao facto de conhecerem a sua condição médica e vivenciarem a incerteza do seu género em vez de desenvolverem a convicção firme de que são de determinado género. Geralmente, aqueles que apresentam a referida disforia são alvo de atenção médica numa idade precoce (American Psychiatric Association, 2013). O maior interesse teórico destas condições é o facto da identidade de género destes indivíduos corresponder ao género do sexo que lhes foi atribuído e segundo o qual foram educados (Money e Ehrhardt, 1972; Xavier-Vieira, 2003).

Inicialmente a questão fundamental que se colocava nestas perturbações era a escolha do sexo para a criança. Nos trabalhos iniciais, Money defendia a importância da educação e da *conviction* dos pais em insistirem no sexo escolhido para os filhos (Chiland, 2013). Segundo alguns autores, a identidade de género parecia desenvolver-se de acordo com o sexo persistentemente atribuído pelos pais (Xavier-Vieira, 2003). Em 1968 Money e Ehrhardt estudaram crianças com perturbações do desenvolvimento sexual e concluíram que o factor determinante para ser do sexo feminino ou masculino foi o sexo com que cresceram. Bancroft (1989) concluiu que existia uma etapa crítica, no desenvolvimento psicológico de ser homem ou ser mulher que se torna fixa; localizando esta etapa entre os 2 e os 4 anos, coincidindo com o desenvolvimento cognitivo em que o conceito de género começa a ter significado (Xavier-Vieira, 2003). Segundo alguns autores (Money & Tucker, 1975), a mudança de género após a referida etapa seria, na maioria das vezes,

infrutífera. Recentemente esta perspectiva tem-se alterado através do aparecimento do conceito *brain set* e dos factores biológicos inerentes à identidade de género (Newman, 2012). Assim temos, por um lado, múltiplos factores biológicos que determinam a identidade de género, por outro, forças psicológicas que também têm um papel a desempenhar (Chiland, 2013).

Desarmonia no desenvolvimento pubertário e adolescência

O ritmo do desenvolvimento pubertário é muito variável, os desenvolvimentos psíquico e psicoafectivo podem não ocorrer ao mesmo tempo. Estas desarmonias são frequentes e sem carácter patológico, pode surgir uma personalidade infantil num corpo quase adulto ou uma personalidade madura num corpo ainda infantil (Chiland, 2013).

Existe uma grande variabilidade interindividual de transformações na puberdade e adolescência que dependem do contexto étnico, familiar, socioeconómico e ambiental. É interessante reparar na evolução secular da puberdade com a aceleração do crescimento, aumento da estatura e diminuição da idade do seu início. Nas sociedades ocidentais esta puberdade mais precoce contrasta com o prolongamento do período de adolescência. Estas particularidades são fruto da sociedade e cultura em que as pessoas estão inseridas (Chiland, 2013).

Segundo a abordagem psicanalítica, existem mecanismos de defesa característicos do período da adolescência e que tornam os conflitos psíquicos menos ameaçadores, através da neutralização e dessexualização dos mesmos. No plano afectivo são a sublimação, o ascetismo e a intelectualização (bem descritos por A. Freud) e no plano cognitivo o acesso ao pensamento formal (Chiland, 2013).

Diagnóstico de disforia de género

O termo disforia de género surge no DSM-5 em substituição do termo perturbação da identidade de género, utilizado no DSM IV-TR. Na ICD-10 existe o conceito de transexualismo.

A disforia de género pode definir-se como o desconforto causado pela incongruência existente entre o género com que se nasce e aquele que é vivenciado. Este termo é mais descritivo e foca-se na disforia como problema clínico e não na identidade (American Psychiatric Association, 2013). O género vivenciado pode corresponder a identidades de género alternativas. Assim, o desejo não se limita a ser do outro género mas de ser de um género alternativo, como um *continuum*.

No DSM-5 existem critérios de diagnóstico para a disforia de gênero nas crianças, adolescentes e adultos, no entanto, esta deve servir apenas como base ao diagnóstico pois este deverá ser feito por um psiquiatra experiente na área.

Nas crianças, a disforia de gênero pode manifestar-se desde os 2 anos de idade. Pode observar-se pela sua preferência por brinquedos, roupas e jogos associados a outro gênero e pela escolha de pares de outro gênero. Existem crianças que demonstram grande disforia e desconforto em relação aos seus caracteres sexuais primários e noutras, estas alterações são vividas com menor intensidade e a disforia está apenas parcialmente presente (Coleman et al., 2012). Estas experiências podem ser confusas e *stressantes* para as crianças pois sentem que são diferentes dos seus pares. Algumas partilham este sentimento abertamente com a família, outras ocultam-no. Assim, verifica-se um impacto não só no desenvolvimento da criança mas também no funcionamento familiar (Newman, 2012).

Prevalência

Pensa-se que a prevalência está subestimada, pois são contabilizadas apenas as pessoas que se dirigem aos serviços especializados na área. Assim, segundo o DSM 5 a prevalência da disforia de gênero nos adultos do sexo feminino varia entre 0,002%-0,003% e do sexo masculino entre 0,005%-0,014%. Numa revisão de 10 estudos (envolvendo na maioria países europeus) feita por Cuyper et al. (2007) a prevalência nos adultos do sexo feminino variava entre 0,0005%-0,003% e do sexo masculino entre 0,002-0,008% (Coleman et al., 2012). Silveira Nunes (1987) e Xavier-Vieira (2002), numa população clínica mais restrita, relatam uma proporção entre homens e mulheres menos marcada (Xavier-Vieira, 2003). Não se conhece a explicação para a maior prevalência de disforia de gênero no sexo masculino mas parece dever-se à maior dificuldade que os homens têm em identificar-se a pessoas de outro sexo diferente do da mãe, com a qual se identificam inicialmente e por razões biológicas pois até à décima segunda semana, o feto é bipotencial, com características anatómicas do sexo feminino (Xavier-Vieira, 2003).

A proporção de indivíduos do sexo masculino e feminino nas crianças varia entre 2:1 e 4,5:1, esta diferença esbate-se nos adolescentes sendo a proporção de 1:1 e nos adultos varia entre 1:1 e 6,1:1. Na realidade, as cirurgias realizadas para a reatribuição do sexo feminino são mais bem sucedidas do que para o sexo masculino, por razões de natureza anatómica. Existem, no entanto, dois países (Japão e Polónia) em que a prevalência dos adultos do sexo feminino é superior à do masculino (F:M 2,2:1; 3,4:1, respectivamente) (American

Psychiatric Association, 2013). Nos dados obtidos numa amostra da Consulta de Sexologia do Hospital de Santa Maria verificou-se também uma maior prevalência do sexo feminino em relação ao masculino, numa proporção de 1,5:1 (Frade et al., 2012). Uma explicação para este facto pode ser a maior tolerância cultural e social para as variantes comportamentais no sexo feminino do que no masculino (Newman, 2012).

Estudos longitudinais (Zucker, 1995) sugerem que nem todas as crianças com disforia de género serão no futuro transsexuais (Newman, 2012). De facto existe uma diferença muito curiosa em relação à persistência da disforia de género nas crianças e adolescentes até à idade adulta. Nas primeiras a persistência varia entre 2,2-30% no sexo masculino e 12-50% no sexo feminino, enquanto nos segundos esta persistência parece ser muito maior. Naqueles em que a disforia de género não persiste, 63-100% dos homens e 32-50% das mulheres serão adultos homossexuais (American Psychiatric Association, 2013).

Classificação

Existem dois tipos de disforia de género: a precoce e a tardia.

A *precoce* caracteriza-se por ter início na infância. Geralmente os indivíduos do sexo masculino sentem-se atraídos por homens (XY) e os do sexo feminino por mulheres (XX). Alguns estudos indicam que os do sexo masculino geralmente têm irmãos mais velhos, existem várias teorias, no entanto, são inconclusivos. Segundo alguns destes estudos, a origem seria biológica, resultaria da sensibilização do sistema imunitário da mãe com antigénios masculinos específicos, durante a primeira gravidez do feto masculino (Schagen, Delemarre-van de wall, Blanchard, & Cohen-Kettenis, 2012).

A *tardia* manifesta-se durante a adolescência ou idade adulta, no entanto, desde criança que sentem o desejo de pertencer a outro género, mas ocultam-no, pelo que é uma surpresa para os familiares quando descobrem. A disforia anatómica, geralmente surge com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Os do sexo masculino podem adoptar comportamentos travestis, a maioria é casada com mulheres (XX) e revelam maior ambivalência e menor satisfação após a cirurgia de reatribuição sexual. Os estudos demonstram que geralmente têm problemas sociais, psicológicos e de desenvolvimento. Os do sexo feminino apresentam características semelhantes, à excepção do comportamento travesti que geralmente não se verifica (Nieder et al., 2011).

Num estudo de 2011 (Vries et al., 2011) em que compararam o funcionamento psicológico dos adultos e dos pré-púberes com disforia de género, verificaram que os primeiros tinham pior funcionamento do que os segundos e concluíram que este facto podia reflectir o melhor funcionamento psicológico na disforia de género precoce (antes da puberdade) do que na tardia (após a puberdade).

Etiologia

Existem várias teorias relacionadas com a etiologia desta condição, no entanto, pensa-se que a etiologia é multifactorial.

As teorias neurobiológicas atribuem o género ao resultado da diferenciação sexual cerebral e à influência pré e perinatal da exposição hormonal (Newman, 2012).

As teorias psicológicas focam-se no desenvolvimento precoce da identidade no contexto das relações precoces de vinculação (Newman, 2012). Segundo S. Freud os problemas de identidade de género resultavam dos conflitos vividos pela criança no triângulo edipiano. Estes conflitos seriam alimentados pelos acontecimentos familiares reais e pelas fantasias da criança (Xavier-Vieira, 2003).

A hipótese organizacional defende um efeito genético directo, hormono-independente, na diferenciação cerebral a nível sexual e comportamental. Mais recentemente surgiu o modelo denominado *four-core-genotypes* que separa os efeitos sexuais das gonadas, dos efeitos dos cromossomas, através da manipulação do genoma de ratinhos. Podem, por exemplo, juntar genoma feminino num ratinho masculino. Estas experiências resultam na diferenciação sexual dos cérebros dos ratinhos que parece resultar directamente dos factores genéticos ou da combinação dos efeitos genéticos directos com os efeitos hormonais clássicos (LeVay, 2011). Não é ético fazer as referidas experiências em humanos, no entanto, pode estudar-se de forma indirecta através, por exemplo da doença genética hiperplasia congénita das suprarrenais (referida anteriormente). As investigações desta doença têm apoiado o importante papel das hormonas durante o período pré-natal mas deixa em aberto a influência de outros factores, nomeadamente os sociais (LeVay, 2011).

Inicialmente os estudos consideravam as hormonas as principais responsáveis pelo aparecimento da disforia de género. Tendo por base os estudos com animais e comparando com os dados humanos, a maioria dos autores concluiu que os efeitos das hormonas durante o período pré-natal influencia a organização e a predisposição do cérebro humano, no entanto, não são determinantes,

nomeadamente da identidade de género (Ditmann, 1998). De facto parece existir um aumento do nível dos androgénios nos indivíduos do sexo masculino, no entanto nos do sexo feminino não se verificam essas alterações. A hipótese das influências hormonais durante o período de desenvolvimento pré-natal está a cair em desuso.

A transmissão genética é também apoiada através de estudos em gémeos, uma vez que se verifica maior prevalência desta perturbação em gémeos monozigóticos do que nos dizigóticos.

Existem poucos estudos relacionados com a anatomia cerebral dos transexuais, mas tem-se verificado que o hipotálamo dos do sexo masculino é semelhante ao das mulheres (XX) e a estria terminalis (parece ser importante na disforia de género), num pequeno estudo observou-se que era menor do que a dos homens (XY) quer nos homo quer nos heterossexuais (Feldman & Safer, 2009). Os do sexo masculino também parecem ter a substância cinzenta mais larga no putamen direito (Schagen, Delemarre-van de wall, Blanchard, & Cohen-Kettenis, 2012).

A ideia de que as experiências sociais influenciam a disforia de género é pouco popular nas investigações com orientação biológica e existe pouca evidência científica desta ideia.

Alguns estudos (Zucker, 1995) encontraram uma associação entre a disforia de género e a depressão/ansiedade maternas durante os três primeiros anos de vida da criança. Coates e Person (1985) descreveram as crianças do sexo masculino como tendo um temperamento ansioso e sofrerem de ansiedade de separação. Zucker (1995) acrescentou que a vulnerabilidade para a ansiedade nestas crianças é reforçada pela relação de vinculação insegura com a mãe (Newman, 2012).

Algumas famílias podem reforçar comportamentos e interesses cruzados na criança, relacionados com aspectos particulares dos pais que influenciam as respostas das crianças (ex., ausência/distanciamento da figura paterna que não transmite um modelo positivo do género masculino ao filho e/ou mães que associam o género masculino à agressividade e tentam evitar a transmissão dos comportamentos típicos do referido género) (Newman, 2012).

Vários estudos têm encontrado perturbações psicológicas nos pais de crianças com disforia de género, incluindo perturbação da personalidade, depressão pós-parto e instabilidade emocional materna (Newman, 2012). Estes, no entanto, são factores muito gerais associados a vários problemas de saúde mental, pelo que não podem ser usados como um modelo específico de desenvolvimento de disforia de género (Newman, 2012).

Pelo exposto torna-se difícil o estudo da etiologia da disforia de género, pois esta população existe em pequeno número e muitos deles utilizam hormonas de forma clandestina que pode enviesar os resultados. Por outro lado, os efeitos genéticos directos podem não ser completamente distintos dos efeitos neurohormonais (Chiland, 2013). As teorias psicológicas baseando-se nos cuidados prestados pelos pais e no reforço de comportamentos próprios de outro sexo, durante a infância, são pouco convincentes (Xavier-Vieira, 2003).

Assim, aponta-se para a necessidade de uma compreensão bio-psicosocial que tem em conta a interacção dos factores biológicos e psicosociais na formação da identidade de género (Newman, 2012). Esta identidade resultará de uma construção que se vai solidificando ao longo dos anos, tendo em conta as interacções precoces no pano de fundo biológico (Chiland, 2013).

Reacção das famílias à disforia de género

A reacção dos pais pode ser muito variada, desde uma reacção protectora até a comportamentos de hostilidade e rejeição. Inicialmente é importante conhecer a informação que as famílias possuem relativamente ao género e às suas variantes; e o sistema de crenças culturais das mesmas. O planeamento da intervenção só deve ser realizado quando estes pontos estiverem esclarecidos com a família. É essencial compreender as ideias e as expectativas da família acerca da situação da criança/adolescente e o impacto que têm na relação intrafamiliar. Uma abordagem compreensiva inclui o conhecimento do funcionamento familiar (Newman, 2012).

Pais Transsexuais (Coleman et al., 2012) – Existe um estudo curioso sobre pais transexuais do sexo masculino em que se concluiu que a cirurgia de reatribuição sexual é um factor protector para os filhos e verificou-se que as relações se tornam mais estáveis.

O estudo mostra que são pais competentes e têm maior necessidade de demonstrar a sua competência.

Verificou-se a existência de uma dicotomia (mulher-pai). Os indivíduos que não têm filhos querem ser “mãe”, enquanto os que têm filhos descrevem-se como “pai”. Parece ser necessário reinventar um novo caminho na interacção com os filhos.

O estudo é interessante, no entanto, apresenta algumas limitações pois consiste numa amostra pequena (14 indivíduos) e não foram consultadas nem as mães nem os filhos.

Diagnóstico diferencial

Por definição nas classificações internacionais (nomeadamente ICD-10 e DSM IV-TR), o transexualismo não se acompanha por perturbações do desenvolvimento sexual (Chiland, 2013). No DSM 5 existe um especificador no diagnóstico de disforia de género que corresponde a perturbações do desenvolvimento sexual, quer nas crianças, quer nos adolescentes e adultos. No caso dos adolescentes e adultos existe ainda o especificador de pós-transição, isto é se o doente vivencia o papel de outro género e se encontra em tratamento hormonal ou cirúrgico (Pechorro & Xavier-Vieira, 2004).

Não conformidade com o papel de género – Distingue-se da disforia de género pois identificam-se com os interesses e actividades de outro género, no entanto, não existe o desejo de pertencer a outro género.

Perturbação travesti – Pode ocorrer em adolescentes ou adultos heterossexuais (bissexuais) homens, raramente são mulheres e caracteriza-se por vestirem roupas características de outro género e obterem prazer sexual com esse comportamento. Pode ser acompanhado, ocasionalmente por disforia de género, se essa disforia for clinicamente significativa podem ser feitos ambos os diagnósticos. Como já referido anteriormente no caso da disforia de género de início tardio, os do sexo masculino podem adoptar comportamentos travestis.

Perturbação dismórfica corporal – Nestes casos, os doentes focam-se numa ou várias partes do corpo que consideram estarem alteradas, percebem-na como anormal, ao contrário da disforia de género em que repudiam os genitais externos por não se identificarem com eles. Existem casos em que poderão ser feitos ambos os diagnósticos.

Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas – Nestas perturbações podem existir ideias delirantes em que a pessoa julga pertencer a outro género. No entanto, raramente estas duas condições podem co-ocorrer.

Outras apresentações clínicas – Alguns indivíduos com desejo de emasculinização, desenvolvem uma entidade de género que não é masculina nem feminina e podem preencher os critérios para o diagnóstico de disforia de género. Existem outras situações como penectomia ou castração em que os critérios para disforia de género não são preenchidos (American Psychiatric Association, 2013).

Comorbilidades

Existem vários problemas associados à disforia de género, nomeadamente, a estigmatização e a discriminação de que estas pessoas, por vezes, são vítimas. Isto resulta num auto-conceito negativo levando ao aumento de comorbilidades psiquiátricas. Estes factores podem avaliar-se, indirectamente pelo abandono escolar, marginalização, desemprego e baixa integração social, principalmente em famílias desfavorecidas. Portanto, os problemas parecem ser socialmente induzidos e não inerentes à disforia de género.

Num estudo verificou-se que 42,7% dos transsexuais tinham algum tipo de comorbilidade psiquiátrica (Spack et al., 2012).

É importante, no entanto, referir que a grande maioria das crianças e adolescentes com disforia de género não tem doença psiquiátrica grave, nomeadamente, perturbações psicóticas. Assim, nas *crianças* verifica-se maior prevalência de problemas comportamentais e emocionais, perturbações de ansiedade, perturbações disruptivas do comportamento e do controlo dos impulsos, perturbações depressivas e perturbações do espectro do autismo.

Nos *pré-púberes* há aumento dos problemas emocionais e comportamentais resultantes da não aceitação pelos outros e verifica-se que as perturbações do espectro do autismo são mais prevalentes em crianças com disforia de género do que na população geral.

Nos *adolescentes* são mais prevalentes as perturbações de ansiedade, depressivas, do espectro do autismo e de adicção. Verifica-se ainda, aumento da ideação suicida e de comportamentos auto-lesivos (Spack et al., 2012).

Nos *adultos* são mais prevalentes as perturbações depressivas, seguidas de perturbações de ansiedade e perturbações de adicção (Lobato et al., 2007).

Tratamento

O tratamento da disforia de género deve ser individualizado e realizado por uma equipa multidisciplinar. Deve privilegiar-se a adaptação às necessidades particulares da criança e sua família (Newman, 2012).

Na segunda metade do século 20, com o aparecimento da terapia de substituição hormonal e a cirurgia de reatribuição sexual, os profissionais de saúde ficaram mais atentos à disforia de género, pois possuíam meios para a aliviar (Coleman et al., 2012). Os estudos indicam que estas abordagens terapêuticas são, na maioria das vezes necessárias, no entanto, há casos em que basta um dos tratamentos e outros em que não precisam de nenhum. Assim, o

que alivia a disforia de género num doente pode ser muito diferente do que alivia noutro (Coleman et al., 2012).

É importante reforçar perante os pacientes que o tratamento é reabilitativo e não-curativo, deve ser feita uma avaliação prévia do enquadramento psico-socio-familiar do paciente. Este deve ainda ser esclarecido relativamente aos procedimentos a realizar e deve ser feita a gestão de expectativas realistas. Deve fomentar-se o contacto com transexuais que já tenham experienciado este processo.

É ainda aconselhada psicoterapia e nalguns casos específicos psicoterapia intensiva. As terapêuticas de supressão e substituição hormonal, bem como a cirurgia de reatribuição sexual devem ser tidas em conta e utilizadas sempre que for conveniente.

Avaliação do contexto psicossocial – A avaliação psicossocial consiste em apurar a história do desenvolvimento da disforia de género; o impacto do estigma relacionado com este problema; e a disponibilidade e o apoio dos familiares, amigos e pares.

Também é importante intervir junto da escola no sentido de fomentar alguma flexibilidade na fase de transição e adoptar algumas estratégias que diminuam a disforia e ajudem a adaptação do adolescente à escola. Assim, deve ser aceite pelo género com o qual se identifica, tendo para esse fim uma aparência congruente com esse género e deve ser tratado pelo nome que adoptou (mesmo que ainda não se tenha procedido à alteração oficialmente) (Coleman et al., 2012). Quando isto não acontece verifica-se, na maior parte das vezes, abandono escolar, que resulta na baixa qualificação para o mercado de trabalho, o que faz antever um emprego precário (Lobato et al., 2007).

Segundo a literatura a marginalização aumenta os problemas desta população de forma exponencial (Silvestre, Beatty, & Friedman, 2013).

Psicoterapia – As intervenções podem variar de uma abordagem comportamental, psicodinâmica e psicossocial. Mais recentemente têm-se combinado estratégias comportamentais, compreensão psicodinâmica e psicoeducação com as famílias (Newman, 2012). É importante salientar que a identidade de género é relativamente fixa e como tal, os objectivos destas intervenções consistem na exploração da identidade, da expressão e do papel de género; na busca de caminhos para aliviar a disforia de género; na procura de meios para aumentar o apoio social e dos pares; e formas de melhorar a imagem corporal e promover a resiliência. Também é útil no tratamento de comorbilidades como a ansiedade e a depressão (Coleman et al., 2012).

A psicoterapia não é um requisito obrigatório mas é altamente recomendada ao longo das várias fases do processo (antes, durante e após a cirurgia de reatribuição sexual).

Decisões sobre as mudanças do papel de género e intervenções médicas para a disforia de género têm implicações, não apenas para o doente mas também para a sua família.

Assim, os profissionais de saúde mental devem comunicar com as famílias as decisões e os projectos de tratamento, de forma a envolvê-las no processo. Pode ser realizada terapia familiar se for clinicamente indicado.

Supressão hormonal – Antes de qualquer intervenção física, devem ser explorados os contextos psicológicos, familiares e sociais do paciente. A duração desta investigação pode variar muito, pois vai depender da complexidade de cada situação.

A supressão hormonal é uma intervenção totalmente reversível e consiste na utilização de análogos da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) com o objectivo de suprimir a produção de estrogénios ou testosterona e consequentemente atrasar as mudanças físicas da puberdade (Coleman et al., 2012). Existem outras alternativas para supressão hormonal que não serão referidas neste artigo.

A supressão hormonal pode reduzir de imediato a ansiedade e o *stress* (Newman, 2012).

As recomendações relativas à idade de início da supressão hormonal variam entre os estádios de Tanner 2 e 4, conforme os países. Segundo a *Endocrine Society Clinical Practice Guideline* (2009) não se deve realizar depois do estágio de Tanner 2-3 nos adolescentes em que seja feito um claro diagnóstico de transexualismo e a introdução de terapia de substituição hormonal deve ser feita após os 16 anos de idade (Newman, 2012).

No entanto, é recomendado que nunca se realize antes do estágio de Tanner 2 para os adolescentes vivenciarem as alterações do seu corpo, explorarem a não conformidade com o mesmo e tomarem uma decisão informada. Isto porque neste estágio já se iniciou o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, no sexo feminino já existe o botão mamário e surgiram pelos púbicos e no sexo masculino já ocorreu o aumento do escroto e dos testículos e existem pelos púbicos.

A supressão hormonal facilita a transição de género pois previne a continuação do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, que podem ser impossíveis de reverter se não for travada a exposição hormonal. Esta etapa pode durar alguns anos (normalmente o limite são os 16 anos) até à

tomada de decisão que pode ocorrer no sentido de deixar fluir normalmente a puberdade ou utilizar hormonas feminilizantes ou masculinizantes.

Existem alguns critérios para a realização de supressão hormonal, nomeadamente, a demonstração por parte da pessoa, desde há algum tempo e de forma intensa, disforia de género; essa disforia surge ou piora com o início da puberdade; e inexistência de problemas sociais, psicológicos ou médicos que possam interferir com o tratamento (ex., adesão). Se se optar por fazer supressão hormonal o adolescente deve ser vigiado nas consultas de pediatra e endocrinologia, tendo especial atenção à densidade óssea e ao peso.

Em alguns países como a Holanda, foi proposto realizar supressão hormonal aos 12 anos, iniciar a terapêutica de substituição hormonal aos 16 anos e realizar as cirurgias a partir dos 18 anos (Chiland, 2013). Estudos prospectivos têm mostrado que a maioria das crianças com menos de 12 anos que apresenta disforia de género não serão futuros transexuais, pelo que as intervenções hormonais não são consideradas em crianças pré-púberes (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1998).

Terapêutica de substituição hormonal (TSH) – A terapêutica de substituição hormonal (TSH), constitui uma intervenção parcialmente reversível que consiste na utilização de terapia hormonal para masculinizar ou feminilizar o corpo. Assim, podem ser necessárias cirurgias reconstrutivas para reverter as alterações (ex., ginecomastia causada pelos estrogénios) enquanto outras alterações são irreversíveis (ex., alterações da voz causadas pela testosterona).

Tal como as restantes abordagens terapêuticas, deve ser um tratamento individualizado e baseada nos objetivos do paciente e da família. O regime hormonal utilizado nos adolescentes difere do dos adultos, deve ser adaptado em relação ao desenvolvimento somático, emocional e psicológico de cada adolescente.

Existem alguns critérios para se utilizar a TSH. O médico deve ponderar os riscos/benefícios das medicações, tendo em conta a existência de outras doenças médicas; é importante conhecer os contextos social e económico que poderão comprometer a adesão ao tratamento; deve avaliar-se se a disforia de género é persistente e bem documentada; se o doente tem capacidade para tomar decisões e dar consentimento para o tratamento; e o doente deve estar controlado, principalmente se problemas médicos ou psiquiátricos coexistirem (Feldman & Safer, 2009).

Existe uma situação excepcional em que se deve continuar a fazer TSH mesmo que não obedeça aos critérios supracitados, que é a sua utilização anterior de forma clandestina. Assim, o que se pretende é a redução de riscos,

nomeadamente, HIV (partilha de agulhas), abuso hormonal e consequências que daí podem advir. Não é ético recusar TSH por os doentes serem HIV positivo e/ou portadores de Hepatites B e/ou C.

Numa revisão de estudos prospectivos concluiu-se que a TSH melhora a disforia de género e o funcionamento psicossocial dos doentes.

Os objectivos da TSH no sexo masculino são, a redução dos caracteres sexuais secundários do sexo masculino (diminuição dos níveis de testosterona até valores próximos dos femininos). Desta forma, é possível conseguir a diminuição das ereções, do volume testicular, da produção espermática e da libido; a redistribuição de massa muscular/massa gorda; e as alterações da pele e do crescimento piloso.

No sexo feminino utiliza-se a testosterona até atingir os valores fisiológicos masculinos. Assim, ocorre a interrupção da menstruação; o crescimento da pilosidade; o aumento da massa muscular e da força; a hipertrofia do clítoris e a mudança para uma voz mais grave.

Uma questão muito importante relaciona-se com o desejo de ter filhos, por isso os médicos devem abordar com o doente as diversas opções relacionadas com a reprodução, antes de iniciarem a TSH. No sexo masculino podem criopreservar o esperma, enquanto no feminino podem fazer criopreservação de óocitos ou embriões (Coleman et al., 2012).

Cirurgia de reatribuição sexual – A cirurgia de reatribuição sexual constitui um tratamento irreversível e tem como objectivos a mudança dos caracteres sexuais primários e/ou secundários (mamas, genitais externos/internos, características faciais e silhueta corporal).

Para se realizar a cirurgia genital é necessário que o doente tenha maioridade legal para o consentimento médico.

O cirurgião deve informar o paciente acerca das diferentes técnicas cirúrgicas existentes, vantagens e desvantagens das mesmas, limitações das técnicas, riscos inerentes e possíveis complicações.

Tal como para a TSH, também não é ético recusar a cirurgia apenas pelos doentes serem HIV positivo e/ou portadores de Hepatites B e/ou C.

A maioria dos estudos indica elevada satisfação por parte dos doentes com a cirurgia de reatribuição sexual. Num estudo constituído por 1285 pacientes, verificou-se que 1200 estavam satisfeitos com os resultados das cirurgias (Feldman & Safer, 2009). Os estudos demonstraram ainda que os do sexo feminino têm maior satisfação com a mudança (97%) do que os do sexo masculino (87%) (Coleman et al., 2012). Noutro estudo que incluía apenas indivíduos do sexo masculino, verificou-se que os arrependimentos eram mais

prevalentes no grupo daqueles que tinham mais idade (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1998). Os arrependimentos são extremamente raros e variam entre 1-1,5% no sexo masculino e são inferiores a 1% no sexo feminino (Coleman et al., 2012).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Pela complexidade das várias etapas relacionadas com a problemática da disforia de género é muito importante que o diagnóstico seja feito precocemente. Assim, torna-se fundamental que os clínicos estejam familiarizados com os critérios de diagnóstico. Muitas vezes, esta população pode aparecer nas clínicas de pedopsiquiatria devido às comorbilidades associadas; apela-se a estes profissionais de saúde mental que estejam à alerta para orientarem estes doentes para equipas multidisciplinares e com experiência na área. Estas comorbilidades devem ser tratadas, pois podem complicar o processo de exploração e resolução da disforia de género.

Se os problemas forem bem avaliados e resolvidos, facilitará a aquisição do novo papel de género, contribuirá para a tomada de decisões de forma informada em relação às diversas intervenções e proporcionará uma melhor qualidade de vida.

No tratamento clínico devem ser integradas as avaliações psicológicas, sociais e biológicas (Newman, 2012).

O tratamento da disforia de género é complexo, sabe-se que deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar de base. A idade de início da intervenção hormonal mantém-se controversa, apesar da melhoria dos sintomas que esta, geralmente provoca em conjunto com intervenções psicológicas (Newman, 2012). Sabe-se que as intervenções iniciadas apenas na idade adulta são muito menos satisfatórias do que quando têm início numa idade em que os caracteres sexuais secundários ainda não estão completamente desenvolvidos (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1998).

Quando indicado, devem ser realizadas TSH e cirurgia de reatribuição sexual.

Existe uma grande influência cultural/social na tolerância dos comportamentos cruzados, o que vai influenciar tanto a reacção familiar como a apresentação para o tratamento (Newman, 2012).

Trata-se de um processo demorado e deve ser realizado de forma faseada, tendo em especial atenção às fases irreversíveis. Assim, não se deve passar de uma fase do tratamento para a seguinte sem os pacientes e familiares assimilarem as alterações que se verificaram.

O apoio das crianças/adolescentes com disforia de género inclui aconselhamento familiar e trabalho individual com a criança/adolescente, tendo em conta o seu contexto escolar (Newman, 2012).

Proporcionar às famílias um modelo de tratamento claro, planeado e faseado pode ajudá-las a lidar melhor com a criança/adolescente e contribuir para a redução do *stress* vivido pela mesma (Newman, 2012).

Ultimamente tem surgido a questão se se trata de uma verdadeira perturbação e a sê-lo se seria mais benéfico considerá-la uma “doença médica” em vez de psiquiátrica. Desta forma talvez esta população tivesse um acesso mais facilitado aos cuidados de saúde, sem barreiras e rótulos que os estigmatizam e por vezes os impedem de aceder aos cuidados médicos precocemente (ex., podem comprometer a supressão hormonal).

Este facto recorda-nos o caso da homossexualidade ter deixado de ser considerada doença apenas em 1973. À medida que a sociedade insere e aceita estes grupos de pessoas, decresce a importância pública de saber o “porquê”, que estará integrada, provavelmente, na diversidade humana. Eli Coleman (1998) incluía como problemas do novo milénio a alteração da dicotomia masculino/feminino para géneros múltiplos (Silveira Nunes, 2003). Uma questão pertinente que pode surgir é se, serão eles que têm de se adaptar à sociedade ou será a sociedade que tem de adaptar-se a eles?

Assim, a investigação estará facilitada pois será mais imparcial como resultado da dissolução do estigma (LeVay, 2011).

Como conclusão, este artigo pretende realçar a importância dos pedopsiquiatras e outros técnicos de saúde mental que contactam com crianças/adolescentes, estarem familiarizados com a disforia de género, no sentido de os orientarem da melhor forma contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida “de alguém que nasceu no corpo errado”.

AGRADECIMENTOS

Diogo G. Ferreira.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Arlington: VA, American Psychiatric Association.

- Chiland, C. (2013). Développement de l'identité sexuée à l'adolescence. In *traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (cap. 7, pp. 60-64). Paris: Médecine Sciences publications.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Van Goozen, S.H. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 246-248.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., et al. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232.
- Ditimann, R.W. (1998). Ambiguous genitalia, gender-identity problems, and sex reassignment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24(4), 255-271.
- Faccio, E., Bordin, E., & Cipolletta, S. (2013). Transsexual parenthood and new role assumptions. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 15(9), 1055-1070.
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146-182.
- Frade, P., Dias, C., Barandas, R., Vian, J., Croca, M., Guerra, A., Ferreira, D., Levy, P., & Xavier-Vieira, R. (2012). *Análise das características de um grupo de transexuais da equipa de sexologia do HSM*. Comunicado no VIII Congresso Nacional de Psiquiatria e Saúde Mental no dia 30 de Novembro de 2012, Porto.
- Money, J., & Ehrhardt, A.A. (1972). *Man and woman, boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Tucker, P. (1975). *Sexual signatures: On being a man or a woman*. Boston: Little, Brown and Co.
- LeVay, S. (2011). From mice to men: Biological factors in the development of sexuality. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32, 110-113.
- Lobato, M.I., Koff, W.J., Schestatsky, S.S., Chaves, C.P., Petry, A., Crestana, T., et al. (2007). Clinical characteristics, psychiatric comorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 69-77.
- Newman, L. (2012). Children with atypical gender development. In J.M. Rey (Ed.), *E-textbook of child and adolescent mental health* (cap. H.3, pp. 1-11). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Nieder, T.O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W.F., Cohen-Kettenis, P.T., Cuypere, G., et al. (2011). Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *J Sex Med*, 8, 783-791.
- Pechorro, P., & Xavier-Vieira, R. (2004). Avaliação psicológica de um grupo de transexuais com indicação para cirurgia de reatribuição de sexo – Estudo preliminar. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série III*, 9(2), 137-144.
- Pechorro, P., Freud, Stoller, & Coimbra de Matos (2005). Três perspectivas psicanalíticas sobre o desenvolvimento da masculinidade e feminilidade. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série III*, 10(6), 335-340.

- Schagen, S.E., Delemarre-van de wall, H.A., Blanchard, R., & Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Sibling sex ratio and birth order in early-onset gender dysphoric adolescents. *Arch Sex Behav*, 41, 541-549.
- Silveira Nunes, J. (2003). As coordenadas gerais da sexologia. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série III*, 8(3), 131-139.
- Silvestre, A., Beatty, R., & Friedman, M.R. (2013). Substance use disorder in the context of LGBT health: A social work perspective. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 366-376.
- Spack, N.P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D.A., et al. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.
- Vries, A.L., Kreukels, B.P., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A., Cohen-Kettenis, P.T., et al. (2011). Comparing adult and adolescent transsexuals: An MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Research*, 186, 414-418.
- Xavier-Vieira, R. (2003). Transexualismo: Da clínica ao diagnóstico (II Curso Pós-Graduado em Sexualidade). *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série II*, 8(3), 123-129.

RESUMO

Objective: 1. To review the clinical entity Gender Dysphoria regarding diagnosis, prevalence, comorbidities and treatment. 2. To alert and provide guidance for clinicians who work with children and adolescents, thus facilitating the diagnosis, and early referral.

Methods: A search was conducted through Pubmed, B-on, Elsevier, using the following keywords: "gender dysphoria"; "gender identity disorder"; "transsexual"; "early diagnosis"; "hormone therapy"; "transsexual parenthood"; published between 1998 and 2014.

Results and Conclusions: The DSM 5 Gender Dysphoria diagnosis permits an easier access to the child, adolescent or adult's suffering. It is of the utmost importance that a correct diagnosis is made as early as possible, so that an appropriate action is taken. Gender dysphoria in children does not always result in transsexualism and therefore it is important to make a careful assessment, reducing existing stress both in children and their families. Referral to a multidisciplinary team should be made early on, with an adequate treatment ensuing (p.e., hormonal suppression). Hormone Replacement Therapy and Gender Reattribution Surgery are viable treatment options. The assessment of the psychosocial context and psychotherapeutic approaches are pivotal in the clinical management of these patients.

Key-words: Gender dysphoria. Gender identity disorder. Transsexuality. Early diagnosis. Hormone therapy. Transsexual parenthood.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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 Redatorial cabe a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor correções ou modificações nos artigos submetidos. Para este efeito é apoiado pelo Conselho de Redação.

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

Apresentação do texto: Os textos deverão ser datilografados em folhas A₄ devidamente numeradas. Para permitir uma leitura digital, a impressão deve ser de boa qualidade. Nos textos preparados em computador o envio da respetiva 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 atividade. 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 objetivos, 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 atual 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 Objetivos do Trabalho, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões é a sugerida.

Abreviaturas: As abreviaturas devem ser objeto 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* (1st 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 eletrónico ao cuidado do Diretor para:

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria
Ao c/ Dr. Pedro Pires
Parque da Saúde de Lisboa
Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria
Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa
E-mail: appia@sapo.pt

