

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 43

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRETORA

Paula Pinto de Freitas

COMISSÃO REDATORIAL

Ana Prata

Carla Maia

Catarina Cordovil

Catarina Santos

Graça Milheiro

Joana Saraiva

Maria do Carmo Santos

Neide Urbano

Nuno Farela

Ótilia Queirós

Paula Vilariga

Sara Pedroso

Suzana Henriques

CONSELHO DE REDAÇÃO

Augusto Carreira

Beatriz Gil Pena

Emílio Salgueiro

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Maria Luís Borges de Castro

Pedro Pires

Teresa Goldschmidt

EDITORAssociação Portuguesa de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência (APPIA)**CORRESPONDÊNCIA**

Secretariado

Catarina Baptista

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel./Fax: 21 793 43 41

E-mail: appia@sapo.pt

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

Maria do Carmo Miranda

Editorial

Paula Pinto de Freitas

p. 5

ARTIGOSCrescer na doença – O impacto da
patologia psiquiátrica parental a partir
do caso clínico de uma criança*Pedro Rafael Figueiredo, Paula Zaragoza,
& Pedro Pires*

p. 9

Filhos de pais com doença mental grave:
Projeto de avaliação e intervenção na área
da saúde mental da primeira infância*Sandra da Silva Mendes, Ana Vera Costa,
Mário Silva, Diana Mota,
Joana Calejo Jorge, Sara Melo,
Sandra Borges, & Graça Mendes*

p. 19

Adolescentes com necessidade de avaliação
urgente por pedopsiquiatria numa urgência
pediátrica portuguesa de nível terciário*Mariana Abreu, Paulo Éden Santos,
Lara Lourenço, Alda Mira Coelho,
Ana Maia, & Almeida Santos*

p. 29

A psicoterapia de adolescentes:
Uma viagem bem acompanhada*Isabel Nóbrega F. Trindade*

p. 41

Comorbilidade psiquiátrica na perturbação do
espectro do autismo em adolescentes e adultos:
Revisão da literatura*João Picoito, Vitor Santos, & Helena Rita*

p. 57

Conquistas e desafios à investigação no internato
de pedopsiquiatria: A experiência de Coimbra*Rita Gonçalves, C. Amaral, P. Santos,
& S. Neiva*

p. 85

“Tá pirando, pirado, pirou!” – O Carnaval no
combate ao estigma da doença mental no Brasil*Mara Costa de Sousa & L. Queiroga*

p. 103

Normas de Publicação

p. 113

É elevada a prevalência de doença mental na população adulta (segundo a OMS 1 em cada 5 sofre de perturbação mental), Sabemos que muitos destes adultos terão filhos crianças e que existe um maior risco de descompensação psicopatológica nas crianças filhas de pais com doença mental. Vale então a pena debruçarmo-nos sobre os efeitos da psicopatologia parental na saúde mental das crianças, tanto mais que o impacto poderá ser diferente em função do estágio desenvolvimental da criança.

As reflexões clínicas a partir de um caso tipo de criança em idade escolar, realizadas pelos colegas da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Horta permitem uma melhor compreensão da rede de interações transgeracionais envolvidas na patologia psiquiátrica parental e das suas repercussões no desenvolvimento psico-afetivo das crianças. As dificuldades de adesão, o risco de ruptura abrupta do tratamento e a procura de estratégias de intervenção que se adequem às necessidades destas famílias serão abordadas no artigo “Crescer na Doença”.

Num segundo artigo sobre a mesma temática teremos possibilidade de conhecer os resultados da análise dos casos observados numa consulta de primeira infância, “Consulta Pais e Filhos”, especificamente criada para intervenção precoce e monitorização dos filhos de pais com doença mental grave. Esta consulta resultou de uma colaboração entre o Serviço de Psiquiatria de Adultos e o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Só num dos casos era o pai identificado como doente, todos os outros eram as mães as referenciadas com doença mental grave. Confirmou-se a maior incidência de perturbação da relação e de psicopatologia da criança e ainda a resistência dos pais/mães à avaliação e ao seguimento das crianças na consulta de saúde mental. A não adesão das famílias será objecto de reflexão dos autores mas é

um desafio que deve merecer a atenção de todos nós, profissionais de saúde mental da criança.

A saúde mental dos adolescentes será abordada a partir da caracterização da população admitida na Urgência Pediátrica do Porto (UPP) e que necessitou de observação urgente por Pedopsiquiatria (0,3% das admissões). A maioria era do sexo feminino com um pico de prevalência máxima nas raparigas de 16 anos. A psicopatologia mais frequente pertence às perturbações de humor sendo a perturbação depressiva major a mais prevalente. Recomendamos uma leitura atenta dos dados apresentados bem como das hipóteses avançadas relativamente à organização dos serviços.

A intervenção psicoterapêutica com adolescentes numa perspetiva psicanalítica, suportada em aportes teóricos nomeadamente de A. Coimbra de Matos, vai alertar-nos para a importância da relação terapêutica como agente de mudança e da contra-transferência do psicoterapeuta como elemento determinante na evolução do processo terapêutico.

Aliar a investigação clínica à prestação de cuidados de saúde mental é um desejo partilhado por muitos dos profissionais da área da saúde mental infantil. Globalmente estes 4 artigos agora publicados, resultam de trabalhos de investigação clínica. Foram realizados com uma grande participação de internos de especialidade, em co-autoria com profissionais seniores.

Será esta uma das vias à integração de internos de pedopsiquiatria “nas conquistas e desafios à investigação” em saúde mental infantil?

O artigo em que um grupo de Médicos Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência de Coimbra, nos dá conta das perceções, atitudes, práticas mas também das barreiras por eles identificadas ao desenvolvimento de uma componente de investigação durante o internato de especialidade, é ele próprio um exemplo de um trabalho de investigação. Felicito-os pela iniciativa. A Revista de Pedopsiquiatria estará disponível para um alargamento do debate.

Finalizamos este número com um artigo de revisão bibliográfica relativa à Comorbilidade Psiquiátrica na Perturbação do Espectro do Autismo e com uma chamada de atenção, que nos chega do Brasil, relatada por jovens Internas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, relativa ao combate ao estigma das pessoas com doença mental. Esta iniciativa, provocatoriamente designada “tá pirando, pirado, pirou” e que para além do combate ao estigma pretende promover a

integração do doente mental, participa com o seu “Bloco”, há já 15 anos, no Desfile de Carnaval do Rio de Janeiro! Esta notícia parece particularmente importante num momento em que este país receia um retrocesso nas políticas de saúde mental.

Paula Pinto de Freitas

CRESCER NA DOENÇA – O IMPACTO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA PARENTAL A PARTIR DO CASO CLÍNICO DE UMA CRIANÇA

Pedro Rafael Figueiredo ¹
Paula Zaragoza ²
Pedro Pires ³

RESUMO

Actualmente, as perturbações mentais representam um dos principais desafios de saúde pública na Europa e no mundo, abrangendo diversas faixas etárias da população pediátrica e adulta. Neste contexto, o impacto da patologia psiquiátrica parental no desenvolvimento psico-afectivo da criança tem adquirido particular destaque na comunidade científica, sendo agora evidente que filhos de pais com doença mental apresentam maior risco de desenvolver perturbações psiquiátricas ao longo da sua vida.

A partir de uma vinheta clínica, este trabalho visa, assim, elaborar uma revisão teórica acerca do impacto da patologia psiquiátrica parental na saúde mental da criança. Evidenciam-se os factores de risco individuais e ambientais presentes nestas famílias, assim como a importância das estratégias de suporte familiar e social.

Conclui-se que a implementação de medidas de prevenção e protecção para estas crianças deve constituir uma prioridade, reforçando-se a necessidade de uma intervenção precoce.

Palavras-chave: Impacto, Patologia psiquiátrica parental, Psiquiatria, Infância.

¹ Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Unidade de Pedopsiquiatria, Hospital Garcia de Orta, EPE.

² Psicóloga Clínica, Unidade de Pedopsiquiatria, Hospital Garcia de Orta, EPE.

³ Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Coordenador da Unidade de Pedopsiquiatria, Hospital Garcia de Orta, EPE.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, as patologias psiquiátricas têm vindo a ocupar significativo destaque na comunidade científica, tornando-as numa das doenças mais prevalentes em todo o mundo. Consideradas actualmente um dos principais desafios de saúde pública a nível mundial, estas patologias abrangem diversas faixas etárias da população pediátrica e adulta, apresentando-se sob a forma de variados sinais e sintomas clínicos.

Segundo dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que existam actualmente 450 milhões de pessoas em todo o mundo com patologia psiquiátrica, sendo que destas, mais de 300 milhões correspondem ao diagnóstico de Perturbação Depressiva (um aumento de mais de 18% entre os anos compreendidos entre 2005 e 2015)⁽¹⁾. De acordo com a OMS, destaca-se ainda o facto de o suicídio representar actualmente a segunda causa de morte na população dos 15-29 anos de idade⁽¹⁾. Neste contexto, estima-se que 12-39% da população pediátrica tem pais (um ou ambos) com doença mental, encontrando-se ainda por avaliar o verdadeiro impacto das patologias psiquiátricas parentais no desenvolvimento psico-afectivo das crianças⁽¹⁻³⁾. Estima-se que 33% destas crianças vão apresentar sintomas psiquiátricos potencialmente transitórios, sendo que outras 33% apresentarão sintomas psiquiátricos duradouros, presentes até à idade adulta⁽²⁾.

Os mecanismos envolvidos neste tipo de transmissão pais-filhos são complexos e frequentemente interrelacionados entre si. Neste contexto, consideramos que a elucidação deste fenómeno representa um importante contributo científico, no sentido da melhor compreensão do processo de desenvolvimento físico e mental da criança no seu contexto único de mundividência pessoal e familiar.

OBJECTIVOS E MÉTODOS

Com este artigo pretendemos reflectir acerca da complexa rede de interações transgeracionais envolvidas na patologia psiquiátrica parental, assim como acerca do seu impacto no desenvolvimento psico-afectivo das crianças, a partir de uma vinheta clínica baseada em casos clínicos em acompanhamento numa Unidade de Pedopsiquiatria.

O IMPACTO DA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA PARENTAL NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA

Perante o conhecimento científico actual, e na tentativa de responder à pergunta “Qual o impacto da patologia psiquiátrica parental?”, considera-se que não existe um *impacto padrão* uniforme para todas as crianças, mas sim diferentes impactos para diferentes crianças e circunstâncias biológicas, psicológicas e sociais.

Impacto biológico

Apesar de toda a complexidade de mecanismos envolvidos, existe um efeito directo/pré-natal importante, correspondente ao determinismo genético de cada indivíduo.

Neste contexto, as patologias mais directamente envolvidas com este tipo de transmissão hereditária, são a Esquizofrenia e, em menor grau de evidência, a Doença Bipolar⁽³⁾. A probabilidade estimada de desenvolver um quadro clínico de Esquizofrenia (cerca de 1% para a população geral) aumenta consideravelmente em crianças cujos progenitores apresentam este diagnóstico, sendo que representa cerca de 13% quando um dos progenitores é diagnosticado e 45% se ambos forem diagnosticados^(2,5). As crianças cujos pais têm diagnóstico de Doença Bipolar, apresentam um risco acrescido de desenvolver perturbações da linha afectiva (Doença Bipolar e Patologia Depressiva)⁽⁵⁾.

Impacto psicológico

Existe hoje evidência de que a patologia psiquiátrica parental afecta decisivamente todos os aspectos do desenvolvimento psico-afectivo das crianças, desde o momento do nascimento até ao início da idade adulta⁽⁶⁾. Neste sentido, dizemos também que estas crianças apresentam um risco acrescido de desenvolver novas patologias psiquiátricas independentemente das características da patologia psiquiátrica dos pais.

Este tipo de impacto inclui a repetição de diversos comportamentos disfuncionais (iniciados nos primeiros meses de vida)⁽⁶⁾ e que irão moldar não só o comportamento relacional futuro destas crianças como também as suas características de personalidade e recursos adaptativos. Existem três características específicas frequentemente encontradas nas interações entre as mães com patologia psiquiátrica e os seus filhos: (1) o ritmo da relação que alterna frequentemente entre uma aproximação intensa/fusional e um

distanciamento/abandono. Desta forma, organiza-se um ambiente demasiado imprevisível, impedindo a criança de antecipar o comportamento parental; (2) dificuldades acrescidas para a mãe em adequar as representações do seu “bebé imaginário” à criança real; (3) a inversão de papéis em que a criança tenta controlar e inibir a expressão dos seus afectos de forma a responder à incoerência materna e ao limite de tolerância da mãe⁽⁴⁻⁷⁾.

Nestas crianças são, ainda, mais frequentes sintomas de tristeza, abandono, isolamento e incompreensão, destacando-se o papel muitas vezes reparador e cuidador dos próprios filhos em relação aos pais – fenómeno de “parentificação”^(4,8,12). Neste sentido, destaca-se ainda a emergência de alterações do comportamento na infância (agitação psico-motora, impulsividade, imaturidade emocional, hiperactividade e défice de atenção, auto e/ou hetero-agressividade física/verbal, entre outros), maioritariamente acompanhadas por sentimentos de culpabilidade e medo^(4,12).

A depressão materna na infância é um dos principais factores implicados neste processo, podendo contribuir para o estabelecimento de padrões de vinculação insegura e/ou desorganizada^(7,9). Vários estudos ligam estes padrões a traumatismos precoces e/ou à presença de comportamentos maternos atípicos, permitindo antecipar a presença de sintomas *borderline* na adolescência e, conseqüentemente, uma trajectória desenvolvimental de alto risco para estas crianças⁽⁹⁻¹¹⁾. Neste contexto, sublinha-se ainda a importância da patologia psiquiátrica na paternidade (muitas vezes associadas a situações de pai ausente, intermitente ou pouco fiável), como contributo frequente para a construção de famílias monoparentais⁽¹⁰⁾.

Impacto social

Os pais com patologia psiquiátrica enquadram-se muitas vezes em sistemas familiares disfuncionais e em redes sociais multicarentais: dificuldades socioeconómicas, fraca empregabilidade, isolamento social, marginalização, estigmatização, vergonha e fraco suporte comunitário^(7,12,15).

Neste sentido, a qualidade da relação parental/conjugal tem vindo a ser repetidamente apresentada com um importante factor de prognóstico para as crianças cujos pais apresentam patologia psiquiátrica^(12,15).

Estratégias de intervenção e prevenção

Considerando os diferentes factores relacionados com o impacto da patologia psiquiátrica parental, torna-se essencial a implementação de estratégias multissistémicas de intervenção e prevenção.

A base da intervenção com estas crianças e suas famílias deve ser o acompanhamento e tratamento precoce especializado da patologia psiquiátrica, de forma a permitir minimizar o seu impacto transgeracional^(14,16). Neste sentido, consideramos fundamental a articulação multidisciplinar entre a Psiquiatria de Adultos, a Medicina Geral e Familiar, a Pediatria e a Psiquiatria da Infância e da Adolescência, de forma a envolver toda a estrutura familiar no processo terapêutico. O foco destas intervenções deve ainda ter por base uma perspectiva social e comunitária (incluindo escolas, serviços médicos especializados ou outras instituições próximas) permitindo alargar a rede de suporte e identificar possíveis factores de desprotecção e/ou negligência nestas famílias, demasiadas vezes vítimas do isolamento e estigma que é construído em seu redor^(13,15).

As intervenções psicoterapêuticas individuais ganham renovada importância para a melhor compreensão do “mundo interno” destas crianças, abrindo espaço para o jogo terapêutico e desenvolvimento de melhores recursos adaptativos^(7-8,19). Neste sentido, deverá ainda ser potenciado um ambiente de comunicação pais-filhos mais eficaz, procurando responder às necessidades individuais destas crianças e identificar falsas percepções acerca das características das patologias psiquiátricas^(10,18).

O principal objectivo é de ajudar os pais a estabelecer uma relação “suficientemente boa” com os seus filhos, garantindo o seu normal desenvolvimento. Este trabalho deverá incidir sempre na ligação entre o filho e pais doentes, com todas as representações inerentes a esse facto (por vezes contraditórias), visando a oportunidade de aceder à lógica do outro e, assim, contribuir para a estabilização da doença e para a melhoria das capacidades parentais⁽¹⁷⁾.

VINHETA CLÍNICA

Introdução

Esta vinheta clínica é meramente ilustrativa e corresponde a elementos de três casos clínicos com características semelhantes de forma a salvaguardar a protecção de dados dos pacientes e familiares envolvidos.

Identificação

Maria (nome fictício), está na idade da latência e frequenta o 1º ciclo do ensino básico, com excelente aproveitamento e boa adaptação escolar. Nasce de

uma relação ocasional, com separação posterior dos pais durante o seu primeiro ano de vida. O contacto da Maria com o pai aconteceu por raras vezes. Neste momento, a Maria vive sozinha com a mãe tendo um apoio intermitente por parte da família alargada.

Motivo do pedido

Foi referenciada à consulta de Pedopsiquiatria pelo médico assistente do Centro de Saúde. Nesta altura, as queixas sintomáticas centravam-se nas alterações do comportamento com descrição de episódios de hetero e auto-agressividade em contexto de frustração (acontecendo exclusivamente em ambiente familiar). Foram referidos ainda sintomas de ansiedade e medo da morte da mãe. No decorrer destes episódios a menina pede à mãe para chamar outras pessoas, não a sentindo como capaz de conter a sua angústia, passando de seguida a pedir desculpa à mãe.

Antecedentes familiares

A mãe refere depressões graves com ataques de pânico que a têm impedido de trabalhar desde cedo. É acompanhada em Consultas de Psiquiatria, afirmando ter tido vários acompanhamentos clínicos no passado.

A referenciação à nossa Unidade foi dificultada pela ambivalência da mãe face à nossa especialidade que associa a experiências sentidas como muito negativas. A mãe manifesta receio que a filha venha a desenvolver uma doença mental e que seja submetida ao mesmo percurso que ela própria vivenciou.

Antecedentes pessoais

Os dados fornecidos pela mãe são escassos tendo sido descrito um desenvolvimento dentro da normalidade. A Maria esteve aos cuidados de uma ama, com quem desenvolveu laços afectivos privilegiados ajudando-a nos cuidados prestados aos seus familiares.

Foi posteriormente integrada no infantário com boa adaptação, tendo sido descrita pela educadora como uma criança hipermaturo.

Observação

A Maria tem uma apresentação extremamente bem cuidada, sempre vestida de uma forma muito feminina e com múltiplos acessórios, o que contrasta com

a apresentação da mãe, mais desinvestida. Apresenta um contacto indiferenciado, abraçando de imediato o técnico e separando-se muito facilmente da mãe. Tem um discurso adultomorfo e uma postura que oscila entre a onnipotência/controlo e aspectos mais regressivos em que procura suporte no outro.

Projecto terapêutico

Face à gravidade da situação clínica apresentada, foi proposta inicialmente uma intervenção psicoterapêutica individual, intervenção psicofarmacológica e consultas familiares com dois técnicos (psicologia e pedopsiquiatria) envolvendo não só a Maria mas também a família. Face à falta de adesão à psicoterapia, foi alterado o projecto terapêutico, tendo sido proposta ainda uma intervenção em psicomotricidade na tentativa de dar resposta às queixas recorrentes da mãe sobre as falhas de auto-regulação da menina e que a levavam não só a arranhar-se e morder-se como também a pontapear objectos em contexto de maior frustração. Contudo, o acompanhamento sofreu uma grande descontinuidade por faltas sucessivas tendo ficado sem consultas durante vários meses consecutivos.

As consultas foram retomadas a pedido da mãe, tendo sido agendado um novo horário para o seguimento psicoterapêutico da Maria e propostas consultas familiares com a presença de outros familiares, de forma a mediar o conflito com a mãe e potenciar uma maior protecção da menina.

Relação mãe-terapeuta

A estrutura frágil da mãe resulta numa alternância entre momentos demasiados próximos em que a mãe aceita trazer a Maria às consultas, sentindo-se apoiada e esclarecida na sua parentalidade e períodos de enorme ruptura e desconfiança face ao terapeuta, sentindo-o como rival.

Relação mãe-filha

A mãe reconhece a sua própria angústia de separação, referindo a necessidade de dormir com a filha.

Face aos aspetos mais doentes da mãe, a Maria fica num estado de vigília permanente, por vezes de incompreensão, podendo sentir-se culpada dos estados psicológicos da mãe, com sentimentos de impotência. O mal-estar decorrente traduz-se em comportamentos de auto-punição ou de hetero-agressividade, externalizados com raiva e oposição. Neste contexto, a mãe relata que a “birra” pode advir a qualquer momento.

Jogo psico-terapêutico

A Maria demonstra uma grande carência na relação com a terapeuta, sendo muito afectuosa, colocando-se numa posição regressiva que alterna com uma postura controladora no jogo, impondo as falas e comportamentos nas brincadeiras.

A carência e “parentificação” surgem ilustradas no jogo psicoterapêutico: (1) A Maria dispõe todos os pequenos animais da quinta em camas duplas onde se aninham um ao outro. A brincadeira consiste em alimentar os pequenos animais e responder às suas necessidades, não os deixando morrer; (2) A Maria é dona de um restaurante e vai fazer comidas muito boas para o terapeuta e para ela.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Actualmente a doença mental é considerada uma das doenças mais prevalentes em todo o mundo, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais desafios de saúde nas próximas décadas. Neste contexto, percebemos agora que os mecanismos envolvidos no impacto da patologia psiquiátrica parental na saúde mental da criança são complexos e muitas vezes interrelacionáveis entre si. A evidência clínica destaca a importância de diferentes tipos de impacto para diferentes crianças e famílias, relacionando o determinismo genético com os factores psico-sociais individuais.

O nascimento de uma criança pode fazer reviver a cada mãe/pai momentos conflituosos da sua própria infância assim como as dificuldades da sua própria vinculação, advindo daí uma relação de ambivalência entre a mãe e a filha, que, por mais que tenha sido desejada, estabelece-se logo como uma rival. A mãe poderá então desenvolver condutas desadequadas com a sua filha seja por excesso, seja por defeito (violência, negligência ou atenção excessiva).

Outra perspectiva é de que uma mãe com um narcisismo frágil sentir-se-á em falha quando confrontada com o seu ideal de mãe, sentindo a criança como demasiado exigente e tornando-se incapaz de cumprir uma função continente para esta criança. Existem três grupos de respostas de crianças expostas à doença mental parental, exemplificados por este caso clínico: (1) Autonomização, crescimento e diferenciação em que a patologia funciona como estimulante; (2) Desenvolvimento de uma estrutura adultomorfa de protecção e “parentificação” com hiperinvestimento escolar e intelectual; (3) Risco psicopatológico de contaminação da perturbação parental⁽¹⁶⁾.

O tratamento destas situações clínicas revela-se como um verdadeiro desafio marcado frequentemente pelas dificuldades de elaboração, adesão e risco de

ruptura abrupta do tratamento devido à grande instabilidade emocional, relações conflituosas e risco de passagem ao acto sobre a criança. Apesar de não existir uma causalidade linear, podemos afirmar que as crianças cujos pais apresentam doença mental são particularmente vulneráveis, podendo aproximar-se de forma significativa e sintomática às perturbações psicopatológicas dos pais. Todos estes dados sublinham o interesse e a necessidade de uma intervenção precoce nestas crianças e nas suas famílias de forma a evitar que estes comportamentos de retracção ou desorganização se instalem de forma definitiva, comprometendo o desenvolvimento socio-emocional da criança.

REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization [WHO]. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- (2) Santvoort, V., Hosman, C. M., Janssens, J. M., van Doesum, K., Reupert, A., & van Loon, L. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: A systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 18(4), 281-299.
- (3) Reupert, A., Maybery, D., & Kowalenko, N. (2012). Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *MJA Open*, 1(1), 7-9.
- (4) Cooklin, A. (2006). Children of parents with mental illness. In Lee Combrinck-Graham (Ed.), *Children in family contexts: Perspectives on treatment* (2nd ed.).
- (5) Manning, C., & Gregoire, A. (2006). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 5(1), 10-12.
- (6) Aktar, E., Qu, J., Lawrence, P. J., Tollenar, M. S., Elzinga, B. M., & Bogels, S. M. (2019). Fetal and infant outcomes in the offspring of parents with perinatal mental disorders: Earliest influences. *Front Psychiatry*, 27(1), 391.
- (7) Lamour, M., & Barraco, M. (1990). Le nourrisson et sa mère psychotique: modes d'abord thérapeutiques des interactions précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38(1), 385-391.
- (8) Wendland, J. (2017). Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant: Une revue de la littérature. *Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles*, 1(6), 5-27.
- (9) Halonen, J. I., Merikukka, M., Gissler, M., Kerkela, M., Virtanen, M., Ristikari, T., Hillamo, H., & Lallukka, T. (2019). Pathways from parental mental disorders to offspring's work disabilities due to depressive or anxiety disorders in early adulthood: The 1987 Finnish Birth Cohort. *Depress Anxiety*, 36(4), 305-312.
- (10) Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Dtsch Arztebl Int*, 105(23), 413-418.
- (11) David, M. (1987) Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. *Prendre Soins de l'Enfance*, 6(1), 7-22.

- (12) Costea, G. (2014). *Considering the children of parents with mental illness: Impact on behavioral and social functioning*. CABL.
- (13) Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 9(1), 39-52.
- (14) Maybery, D., Reupert, A., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2015). *VicHealth research report on children at risk in families affected by parental mental illness*. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation.
- (15) Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2015). Adult children of parents with mental illness: Navigating stigma. *Child & Family Social Work*, 22, 330-338.
- (16) Fatemeh, O., Reza, Z., & Soodabeh, J. (2011). Outcomes of parental mental illness on children: A qualitative study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 49(9), 7-22.
- (17) Van Loon, L., Van de Ven, D., Van Doesum, K., Witteman, C., & Hosman, C. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. *Journal of Child and Family Health*, 23(1), 1201-214.
- (18) Marsh, D. T., Johnson, D. L., & Soodabeh, J. (1997). The family experience of mental illness: Implications for intervention. *Professional Psychology Research and Practice*, 28(3), 229-237.
- (19) Anthony, E. J. (1980). Modèle d'intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour enfants de parents psychotiques. In E. J. Anthony, C. Childand, & C. Koupernick (Eds.), *L'enfant à hauts risques psychiatriques, l'enfant dans sa famille*. Paris: Presses Universitaires de France.

ABSTRACT

Currently, mental disorders represent one of the major public health challenges in the world, covering different age groups from the pediatric and adult population. In this context, the impact of parental psychiatric pathology on the child development has become a relevant area of interest within scientific community, since it is now clear that children of parents with mental illness are at greater risk of developing psychiatric disorders throughout their lives.

Based on a clinical case of a child, this work aimed to conduct a review regarding the impact of parental psychiatric disorders on child and adolescent offspring. We addressed individual and environmental risk factors in these families, allowing to highlight the importance of family support and comprehensive social interventions.

It is concluded that the implementation of prevention and protection measures for these children should be a priority, reinforcing the need of early interventions.

Key words: Impact, Parental mental disorders, Psychiatry, Childhood.

FILHOS DE PAIS COM DOENÇA MENTAL GRAVE: PROJETO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Sandra da Silva Mendes ¹
Ana Vera Costa ¹
Mário Silva ²
Diana Mota ²
Joana Calejo Jorge ³
Sara Melo ³
Sandra Borges ⁴
Graça Mendes ⁵

RESUMO

Introdução: A doença mental nos pais associa-se ao aumento do risco de dificuldades emocionais, problemas de comportamento e de psicopatologia em geral nos filhos. Para além do impacto direto sobre a descendência, pelo aumento do risco biológico de transmissão, associa-se também, muitas vezes, à existência de comorbidades clínicas e estilos de vida disfuncionais, condicionando dificuldades sérias na parentalidade, com prejuízo da sensibilidade, responsividade, continuidade e contingência dos cuidados parentais.

Objetivos: Caracterização das crianças e famílias avaliadas no âmbito da Consulta “Pais e Filhos”, consulta especializada de Primeira Infância desenvolvida no serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHVNG/E em cooperação com o serviço de Psiquiatria do mesmo hospital.

Metodologia: Foram revistos todos os processos clínicos das crianças seguidas na consulta “Pais e Filhos”, no ano da sua formação, em 2017. Foi preenchida uma grelha de avaliação sociodemográfica e clínica da amostra. Foi considerada a

¹ Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVNG/E).

² Interno de Formação Específica de Psiquiatria do CHVNG/E.

³ Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHVNG/E.

⁴ Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHVNG/E.

⁵ Diretora de Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do CHVNG/E.

Classificação Diagnóstica Multiaxial DC:0-5. Foi feita uma análise qualitativa e quantitativa, com recurso ao programa EXCEL. Posteriormente, foi conduzida uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed com os termos “Mental health of infants and children of parents affected with mental illness” [MeSH Terms] para comparação dos resultados.

Resultados: Foram avaliados 13 processos clínicos, verificando-se um predomínio do risco socioeconómico elevado bem como uma tendência à existência de alteração da relação entre a criança e os cuidadores. Em 5 casos identificou-se a presença de psicopatologia na criança: perturbação da relação (3), reação de ajustamento (1) e perturbação da regulação do processamento sensorial (1). Em 2 casos, foi evidente a co-morbilidade da perturbação da relação com a perturbação do sono e com a perturbação do choro, respectivamente.

À semelhança do descrito na literatura, verificou-se, ainda, um predomínio de psicopatologia na mãe.

Conclusões: As crianças filhas de pais com doença mental constituem um grupo de alto risco de dificuldades emocionais, comportamentais e de psicopatologia em geral, revelando-se crucial a implementação de avaliação e intervenção atempada nesta população.

Palavras-chave: Filhos de pais com doença mental, Primeira infância, Diagnóstico, Intervenção, Prevenção.

INTRODUÇÃO

A doença mental é um problema frequente que afeta cerca de 23% da população ao longo da vida. Exclui-se desta percentagem as perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes, de acordo com o último estudo de prevalência das perturbações mentais em adultos em Portugal (EENSM, 2013)¹.

Para além da sua participação direta sobre a descendência, pelo aumento do risco biológico de transmissão de doença mental, a doença mental parental associa-se também ao aumento do risco de dificuldades emocionais, do comportamento e de psicopatologia em geral nos filhos². Além da existência de uma interação complexa com outras situações clínicas e de estilos de vida disfuncionais, tais como o consumo de substâncias psicoativas indutoras de dependência, isolamento social, desemprego e instabilidade familiar, a doença mental dos pais condiciona dificuldades sérias na parentalidade, com prejuízo da sensibilidade, responsividade, continuidade e contingência dos cuidados parentais².

Este impacto é maior sobretudo na doença mental grave, crónica e associada a incapacidade significativa. Destacam-se pela sua frequência e características individuais a depressão grave, a esquizofrenia, a doença bipolar e as perturbações de personalidade. Mais especificamente, pais com psicose, pelas características inerentes à patologia, evidenciam mais dificuldade na leitura dos comportamentos e emoções dos filhos, com menor envolvimento psicológico e responsividade³⁻⁴. A evolução crónica da doença com períodos de agudização pode condicionar um carácter instável e intermitente dos cuidados parentais, determinando um risco aumentado de imprevisibilidade, ou até mesmo de negligência⁵⁻⁶.

Entre as perturbações da personalidade, a perturbação *borderline* de personalidade (PBP) tem sido a mais estudada pelo seu potencial deletério na descendência dado o tão intenso e disruptivo padrão de instabilidade emocional, descontrolo dos impulsos e insensibilidade materna na relação com os filhos⁷⁻⁸, com interações mãe-criança perturbadas e predomínio de bebés irritáveis, hiper-reativos e com menos estratégias de regulação emocional⁹⁻¹⁰. Também é conhecido o risco elevado de padrões de vinculação insegura, sendo descrita uma prevalência de cerca de 80% de um padrão de vinculação desorganizada, semelhante aquele encontrado em populações vítimas de maus tratos¹⁰.

A comorbilidade com outras condições clínicas, tais como a ansiedade e depressão, acrescenta um maior risco de criticismo e controlo parental¹¹, bem como de subestimulação em idades mais precoces, podendo agravar as dificuldades na regulação emocional, desenvolvimento cognitivo e vinculação¹².

De facto, as crianças filhas de pais com doença mental constituem um grupo de alto risco de dificuldades emocionais, comportamentais e de psicopatologia em geral, revelando-se crucial a implementação de intervenção atempada nesta população bem como de investigação dos fatores etiológicos e dos fatores de risco implicados^{3,13}.

Assim, foi implementado um plano de intervenção dirigida a crianças filhas de pais com doença mental grave, no serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHVNG/E, em parceria com o serviço de Psiquiatria do mesmo hospital, tendo em consideração a necessidade de uma avaliação e intervenção precoces neste grupo de alto risco.

Foi, assim, criada, em 2017, uma consulta específica no âmbito da Primeira Infância com o objetivo de avaliação, diagnóstico e intervenção precoce em filhos de pais com doença mental.

OBJETIVOS

Os autores do trabalho caracterizaram as crianças e famílias avaliadas no âmbito da Consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência, na Primeira Infância, Consulta “Pais e Filhos”.

METODOLOGIA

Amostra/população em estudo

Bebês e crianças filhos de pais com doença mental grave observados na consulta “Pais e Filhos”.

Esta consulta foi criada em 2017 no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do CHVNG/E e tem como alvo de avaliação e intervenção os filhos de pais com doença mental grave acompanhados no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do mesmo hospital.

No âmbito da Primeira Infância, abrange as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos e 11 meses.

Relativamente aos pais, são consideradas as seguintes doenças mentais graves: psicose, doença bipolar, perturbação borderline de personalidade ou outra doença mental grave com impacto significativo na interação com a criança e na prestação de cuidados avaliado pelo médico assistente.

Instrumentos de avaliação

As crianças foram avaliadas de acordo com o protocolo da Consulta Especializada da Primeira Infância, de que fazem parte os seguintes procedimentos:

- Avaliação clínica e aplicação da classificação diagnóstica DC:0-5¹⁴;
- Classificação do padrão de vinculação da criança aos cuidadores por meio do procedimento resumido da “Situação Estranha” (consenso entre observadores através da visualização da filmagem), nas crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 24 meses, aproximadamente¹⁵;
- Avaliação do desenvolvimento por Psicologia, através da Escala de Desenvolvimento *Ruth Griffiths*¹⁶.

A avaliação dos pais foi feita por meio da consulta do seu processo clínico eletrónico e foram consultados os seguintes dados:

- Avaliação sociodemográfica: idade, escolaridade, situação laboral, estado civil, tipo de família e classificação de *Graffar*¹⁷;

- Avaliação clínica: diagnóstico, estado e evolução da doença, existência e número de internamentos, psicofármacos utilizados.

Para revisão do tema na literatura, foi conduzida uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed com os termos “*Mental health of infants and children of parents affected with mental illness*” [MeSH Terms] para comparação dos resultados observados.

Intervenções terapêuticas

A escolha da modalidade de intervenção terapêutica teve em conta a avaliação da criança, a avaliação da interação, os padrões de vinculação e a avaliação do funcionamento e características dos pais, podendo incluir psicoterapia individual aos pais, psicoterapia em conjunto pais/bebé ou criança pequena, psicoterapia de intervenção de apoio à interação e psicoeducação. Estas intervenções foram realizadas no serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, com a possibilidade de inclusão das crianças no Hospital de Dia, nos diferentes grupos terapêuticos existentes e de forma específica, em grupos de intervenção específica neste grupo de alto risco. De acordo com as características particulares de cada caso, a intervenção do Serviço Social foi disponibilizada, de modo a mobilizar outras redes de suporte ou a implementação de intervenções terapêuticas existentes no Serviço, tais como Terapia Familiar.

As consultas de acompanhamento destinam-se a implementação de medidas preventivas, à reavaliação clínica e despiste de psicopatologia e/ou perturbações relacionais. A equipa do serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência também se disponibilizou a realizar ações de sensibilização aos outros técnicos envolvidos nos cuidados especializados de saúde mental, aos pais das crianças, bem como programa de Treino de Competências Parentais.

Análise dos dados

Foram revistos os processos clínicos das crianças seguidas na consulta “Pais e Filhos”, durante o ano de 2017. Foi considerada a Classificação Diagnóstica Multiaxial DC: 0-5¹⁴. Os dados foram analisados quantitativamente com recurso ao programa EXCEL.

Considerações éticas

Foi garantido o consentimento informado, livre e esclarecido e confidencialidade, tendo sido obtido o consentimento escrito. Durante todo o processo,

foram respeitadas as Regras de Conduta Ética e de Boas Práticas, de modo a cumprir os preceitos da Declaração de Helsínquia.

RESULTADOS

Foram observadas um total de 13 crianças, 6 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com uma média de idades de 33,5 meses, compreendidas entre os 3 e os 65 meses. Sete crianças pertencem a uma fratria de 2 irmãos e 6 são filhos únicos. Dos 13 pais encaminhados pelo serviço de Psiquiatria, em 12 casos a mãe era a progenitora identificada com doença mental major e, em apenas 1 caso, era o pai.

Fatores socioeconómicos e familiares

Não se verificou um predomínio de um tipo de situação familiar, sendo que metade dos pais são casados, metade divorciados e uma mãe permanece solteira, sendo o pai incógnito nesse caso. Cinco das famílias são nucleares, quatro monoparentais, três alargadas e uma reconstruída. Segundo a classificação de *Graffar*¹⁷ utilizada para avaliar a classe socioeconómica das famílias, verificou-se um predomínio da classe III e IV, correspondendo à classe social média-baixa e baixa, respetivamente.

Saúde mental parental

Na maioria dos casos, foi evidente a existência de mais do que um diagnóstico psiquiátrico associado. A depressão major foi o diagnóstico mais frequentemente encontrado, verificado em 7 mães, tendo como comorbilidade associada a perturbação de ansiedade. Em 3 casos, verificou-se um quadro de depressão grave pós-parto que motivou internamento. Constatou-se que 3 mães e um pai apresentavam uma perturbação psicótica, sendo no caso das mães, associado a depressão. Verificou-se que 3 mães apresentavam perturbação afetiva bipolar, sendo que em todos os casos, o episódio inaugural ocorreu no período pós-parto. As perturbações de personalidade surgem associadas a outros diagnósticos psiquiátricos, nomeadamente a depressão major e a perturbação bipolar.

Por meio da colheita da história clínica aos pais sem acompanhamento psiquiátrico, verificou-se a existência de psicopatologia em 4 casos. Estamos a falar de perturbação de ansiedade, depressão, consumo de substâncias e bulimia nervosa. Em todos estes casos, era evidente a recusa de acompanhamento por consultas de Psiquiatria ou por Medicina Geral e Familiar.

Sete das mães que apresentavam psicopatologia, já tinham sido sujeitas a um ou mais internamentos, sendo que, em seis destas, o internamento foi logo após ou pouco tempo depois do nascimento do filho. Quatro mães foram internadas devido a perturbação bipolar inaugural e as outras 3 mães por depressão pós-parto. Em 6 dos casos em que as mães foram internadas após o nascimento do filho, verificou-se apoio da família alargada para assegurar os cuidados ao bebé, para além do pai, nomeadamente dos avós. No caso dos pais, apenas 1 esteve internado e apresentava o diagnóstico de perturbação esquizoafetiva, ficando a criança, neste caso, aos cuidados da mãe.

Saúde mental infantil

De acordo com o Eixo I da classificação DC:0-5¹⁴, identificou-se 5 casos de psicopatologia na criança: 3 crianças com perturbação da relação, 1 com reação de ajustamento e outra com perturbação do processamento sensorial (padrão sensorial sobre-reativo). Em 2 das crianças que evidenciavam perturbação da relação, foi evidente a existência de co-morbilidade, perturbação do sono e perturbação do choro, respetivamente.

Relativamente ao Eixo II, foi possível identificar a existência de perturbação da relação em 8 crianças avaliadas: relação do tipo tensa em 5 casos e uma relação comprometida em 3 casos. Ao olharmos para a qualidade da relação e para o ambiente da relação entre cuidador e criança, verifica-se um aumento de relações tensas e até comprometidas, havendo uma evidência para relações subenvolvidas quer a nível emocional, quer a nível comportamental. Entre os cinco casos de crianças com relação do tipo tenso, identificou-se a existência de conflituosidade e subenvolvimento, havendo algumas falhas na díade mãe-filho em garantir a resposta às necessidades de conforto, proteção ou suporte necessários para a exploração adequadas à idade. Verificaram-se 3 casos de relações preocupantes que correspondem aos casos em que há perturbação específica da relação, sendo como seria de esperar, uma relação pautada por níveis inapropriados de segurança, com níveis de conflito significativo, envolvimento irregular ou insuficiente. Há problemas com a comunicação emocional e reciprocidade social da díade que compromete a regulação emocional e social da criança. Este tipo de relação indica que a trajetória emocional e social da criança está em risco de ficar comprometida.

Relativamente ao nível de desenvolvimento global, verificou-se que em, apenas 1 caso, foi evidente um nível inferior ao esperado para a idade, com atraso psicomotor e da linguagem.

CONCLUSÕES

Apesar do tamanho reduzido da amostra, foi evidente uma tendência para o risco de psicopatologia na criança, nomeadamente de perturbação específica da relação. Como esperado, foi evidente uma tendência para o aumento de perturbação da relação neste grupo de alto risco, filhos de pais com doença mental. O predomínio de comorbilidades psiquiátricas nos pais reforça a importância da articulação entre a Psiquiatria de Adultos e a Psiquiatria da Infância e Adolescência, de forma a dar resposta aos múltiplos desafios que estes pais encontram na sua parentalidade.

Também o predomínio de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, o que por si só potencia condições de vida mais precárias, coloca estas crianças em maior risco de doença mental¹⁸ e merece uma intervenção multidisciplinar com valências do Serviço Social, intervenção na Comunidade, etc.

Apesar da importância deste plano de avaliação e intervenção, identificaram-se algumas dificuldades, nomeadamente a resistência à avaliação e seguimento em consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência motivada por condições socioeconómicas precárias ou pelo estigma de alguns pais em relação a doença mental. Além disso, é, ainda, desejável, no futuro, um mais ativo e precoce encaminhamento pelos colegas de Psiquiatria destas famílias de alto risco. É de extrema importância a colaboração dos colegas de Psiquiatria na sinalização destas crianças e suas famílias para que se possa identificar precocemente quadros psicopatológicos e/ou relacionais. De igual importância é o papel preventivo que a Psiquiatria da Infância e Adolescência deve ter, tendo por objetivo a promoção das competências parentais de compreensão e adequação às necessidades da criança, o reforço da competência e autoestima dos pais, favorecendo um melhor ajustamento na interação. Em suma, tendo em conta o elevado risco de psicopatologia e problemas relacionais na descendência de portadores de doença mental grave, torna-se crucial a importância da avaliação, diagnóstico e intervenção precoce neste grupo.

REFERÊNCIAS

- ¹ Relatório de Atividades da Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental. (2013). *Portugal: Saúde Mental em Números*. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>

- 2 Johnson, S. E., Lawrence, D., Perales, F., Baxter, J., & Zubrick, S. R. (2017). Prevalence of mental disorders among children and adolescents of parents with self-reported mental health problems. *Community Mental Health Journal, 54*(6), 884-897. doi: 10.1007/s10597-017-0217-5
- 3 Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high risk studies. *Schizophrenia Bulletin, 40*(1), 28-38.
- 4 Sanchez-Gistau, V., Romeroa, S., Moreno, D., de la Serna, E., Baeza, I., Sugranyes, G., . . . Castro-Fornieles, J. (2015). Psychiatric disorders in child and adolescent offspring of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A controlled study. *Schizophr Res, 168*(1-2), 197-203.
- 5 Brockington, I., Chandra, P., Dubowitz, H., Jones, D., Moussa, S., Nakku, J. & Quadros Ferre, I. (2011). WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry, 10*(2), 93-102.
- 6 Persson-Blennow, I., Näslund, B., McNeil, T., Kaij, L., & Malmquist-Larsson, A. (1984). Offspring of women with nonorganic psychoses: Mother-infant interaction at three days of age. *Acta Psychiatr Scand, 70*, 149-159. doi: 10.1111/j.1600-0447.1984.tb01192.x
- 7 Kiel, E., Gratz, K., Moore, S., Latzman, R., & Tull, M. (2011). The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress. *J Fam Psychol, 25*(6), 907-918. doi: 10.1037/a0025474
- 8 Elliot, R. L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., . . . Loughland, C. (2014). When I look into my baby's eyes... infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant Mental Health Journal, 35*(1), 21-32. doi: 10.1002/imhj.21426
- 9 Crandell, L. E., Patrick, M. P. H., & Hobson, R. P. (2003). "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry, 183*, 239-247.
- 10 Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*, 329-347.
- 11 Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourdland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *J Clin Child Adolesc Psychol, 31*(3), 364-374. doi: 10.1207/S15374424JCCP3103_0812
- 12 Rothen, S., Vandeleur, C., Lustenberger, Y., Jeanprêtre, N., Ayer, E., Fornerod, D., . . . Preisig, M. (2009). Personality traits in children of parents with unipolar and bipolar mood disorders. *J Affect Disord, 113*, 133-141. doi: 10.1016/j.jad.2008.05.013
- 13 McLaughlin, K. A., Gademann, A. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H. Kessler, R. C. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 290-299.
- 14 Zero To Three. (2016). *DC:0-5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC: Author.
- 15 Rosmalen, L., Van der Veer, R., & Van der Horst, F. (2015). Ainsworth's strange situation procedure: The origin of an Instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 51*(3), 261-284. doi: 10.1002/jhbs.21729

- ¹⁶ Green, E., Stroud, L., O'Connell, R., Bloomfield, S., Cronje, J., Foxcroft, C., . . . Venter, D. (2016). *Griffiths III Scales of Child Development* (3rd ed.). UK: Hogrefe Ltd.
- ¹⁷ Amaro, F. (1990). Escala de Graffar adaptada. In A. M. B. Costa et al. (1996). *Curriculos funcionais* (Vol. II). Lisboa: IIE (adaptada pela DSEEASE, 2006).
- ¹⁸ Apter, G., Bobin, A., Genet, M. C., Gratier, M., & Devouche, E. (2017). Update on mental health of infants and children of parents affected with mental health issues. *Current Psychiatry Reports*, 19(10), 72. doi: 10.1007/s11920-017-0820-8

ABSTRACT

Introduction: *Mental illness in parents has a direct impact on offspring, increased risk of transmission, is also associated with increased risk of emotional difficulties, and psychopathology in general in children. It causes serious difficulties in parenting, sensitivity, responsiveness, continuity and contingency of parental care.*

Objectives: *Characterization of the children and families evaluated in the scope of the Consultation "Parents and Children", consultation specialized in Early Childhood developed at the Child and Adolescent Psychiatry Service of the CHVNG/E in cooperation with the Psychiatry Service of the same hospital.*

Methodology: *Were reviewed all the clinical processes of the children followed in the consultation "Parents and Children", in the year of their formation, in 2017. A sample sociodemographic and clinical evaluation grid was completed. The Multiaxial Diagnostic Classification DC 0-5 was considered for a qualitative and quantitative analysis, using the EXCEL program. Subsequently, a bibliographic of data Pubmed with the terms "Mental health of infants and children of parents affected with mental illness" [MeSH Terms].*

Results: *A total of 13 clinical trials were evaluated, with a predominance of socioeconomic risk as well as a tendency to exist problems in the relationship between the child and the caregivers. In 5 cases, the presence of psychopathology in the child was identified, 3 of them with disturbance of the relation. The similar to that described in the literature, a predominance of psychopathology in the mother was also observed.*

Conclusions: *The daughters children of parents with mental illness constitute a group of high risk of difficulties emotional, behavioral and psychopathological issues in general, being crucial the implementation of evaluation and timely intervention in this population.*

Key words: Offspring of parents with mental illness, Early childhood, Diagnosis, Intervention, Prevention.

ADOLESCENTES COM NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO URGENTE POR PEDOPSIQUIATRIA NUMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA PORTUGUESA DE NÍVEL TERCIÁRIO

Mariana Abreu¹
Paulo Éden Santos²
Lara Lourenço¹
Alda Mira Coelho³
Ana Maia¹
Almeida Santos⁴

RESUMO

Introdução: Os distúrbios em saúde mental são frequentes na população adolescente. O objectivo deste estudo é caracterizar a população de adolescentes admitidos na Urgência Pediátrica do Porto (UPP) com necessidade de observação urgente por Pedopsiquiatria durante um período de dois anos, fazendo-se também uma breve reflexão sobre o modelo de atendimento destes doentes.

Materiais e Métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo através da análise descritiva dos processos clínicos electrónicos dos referidos doentes. Foi usado o sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para categorizar as patologias. A análise estatística foi realizada no Microsoft Excel®.

Resultados: Foram admitidos 406 adolescentes com necessidade de avaliação urgente por Pedopsiquiatria. O sexo feminino representou 66.5% dos casos. A média de idades foi de 15.5 anos. Houve recurso prévio à UPP por queixas do foro da saúde mental em 26.8% dos doentes e 63.5% tinham patologia psiquiátrica já conhecida;

¹ Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar e Universitário de São João EPE, Porto, Portugal.

² Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar e Universitário de São João EPE, Porto, Portugal.

³ Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de São João EPE, Porto, Portugal.

⁴ Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar e Universitário de São João EPE, Porto, Portugal / Faculdade de Medicina do Porto, Porto, Portugal / CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Porto, Portugal.

45.6% dos doentes tinham seguimento em Psicologia ou Pedopsiquiatria; 28.3% apresentavam antecedentes de perturbações do humor. Foram identificados potenciais fatores de risco em 49.3% dos doentes, sendo mais prevalente a disfunção familiar. Estavam medicados com psicofármacos 37.4% dos doentes e 20.2% polime-dicados. Os fármacos mais usados eram os ansiolíticos. Foram diagnosticadas perturbações do humor em 50.4% dos doentes, sendo o motivo de admissão mais frequente a perturbação depressiva major, com ingestão voluntária medicamentosa em 27.3% e ideação suicida em 17.2% dos adolescentes.

Comentários: Os Pediatras devem estar alerta para os fatores de risco e primeiros sinais de doença mental. A orientação precoce para Psicologia/Pedopsi-quiatria pode prevenir comportamentos de risco, potencialmente fatais.

Palavras-chave: Patologia psiquiátrica, Adolescentes, Urgência pediátrica, Pedopsiquiatria.

INTRODUÇÃO

As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência são um tema subestimado e a carecer de atenção urgente¹⁻². Estas patologias têm um peso significativo a nível sócio-económico e muitas delas podem ser precursoras de doença mental na idade adulta³⁻⁵. Estão entre as doenças crónicas mais comuns em idade pediátrica e apresentam uma prevalência crescente^{3-4,6}. Cerca de 20% das crianças e adolescentes cumprem critérios para o diagnóstico de uma perturbação mental^{1,3-4,7}. Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nos Estados Unidos da América (EUA) em idade pediátrica a prevalência de ansiedade é de 3% e de patologia depressiva de 2%⁸. As perturbações de oposição estão presentes em cerca de 5% dos rapazes em idade escolar⁵.

Nos últimos anos houve um aumento no número de recursos aos serviços de urgência (SU) pediátricos por problemas de saúde mental; na faixa etária dos 10-18 anos, 7.5% dos motivos de atendimento urgente foram por queixas do foro mental⁹. Entre 1996 e 2002 houve um aumento em 102% dos recursos aos SU pediátricos por esse motivo¹⁰ e entre 2012 e 2016, a proporção de atendimentos nos SU pediátricos por problemas da saúde mental aumentou 4 vezes, em relação aos recursos por outras causas¹¹. Nos EUA, entre 1997 e 2010, os internamentos por distúrbios do humor nos jovens aumentaram 80%⁴ e também os internamentos por ideação suicida ou outros comportamentos de autoagressão¹².

Algumas características sócio-demográficas, dos cuidados de saúde, da família e da comunidade estão associadas a risco de perturbação mental, do comportamento e do desenvolvimento. Destes destacam-se, pela sua importância, a ausência ou dificuldade de acesso a uma unidade de saúde¹²⁻¹³.

As políticas de saúde a nível internacional identificaram como prioritária a intervenção a nível da saúde mental na Pediatria⁴. A Organização Mundial de Saúde e outras organizações internacionais defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de forma a garantir a acessibilidade a todas as pessoas que deles possam beneficiar e permitam assegurar cuidados essenciais sem que os doentes tenham que se afastar significativamente do seu local de residência (dimensão estimada entre 200.000 e 300.000 habitantes). Advogam, ainda, que estes serviços devem integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efetiva à sua procura³.

No Norte de Portugal, a Urgência Pediátrica do Porto (UPP) proporciona cuidados médicos urgentes e emergentes a toda a população pediátrica da região metropolitana do Porto e recebe doentes referenciados de todo o norte do país. O atendimento urgente pela Pedopsiquiatria aos doentes que recorrem à UPP é realizado, em horário diurno, numa instituição hospitalar diferente, que dispõe de atendimento referenciado. Durante a noite, não existe atendimento urgente pela Pedopsiquiatria, levando à permanência dos doentes na Sala de Observações da UPP até à manhã seguinte. Em casos selecionados, durante o período noturno, os doentes são avaliados pela Urgência Metropolitana de Psiquiatria, localizada no mesmo edifício da UPP.

Com este trabalho pretendeu-se caracterizar a população de adolescentes admitidos na UPP com necessidade de avaliação urgente por Pedopsiquiatria nos anos de 2012 e 2013, fazendo também uma breve reflexão sobre o modelo de atendimento destes doentes.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo descritivo, abrangendo todos os doentes com idade entre os 10 e 17 anos (inclusive), admitidos na UPP com necessidade de transferência institucional para atendimento urgente por Pedopsiquiatria, entre 1 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013. A informação foi obtida através da análise dos processos clínicos informáticos (jONE® e SClínico® e Plataforma de Dados da Saúde®) dos doentes mencionados. Foram avaliados

os seguintes dados: antecedentes de recurso prévio à UPP por queixas do foro mental, existência de fatores de risco socioeconômicos para distúrbio da saúde mental, como por exemplo pais divorciados, disfunção familiar (na qual se considerou a presença de familiar com patologia psiquiátrica e violência doméstica), o consumo de drogas ilícitas, presença de problemas escolares (tendo-se em conta dificuldade de aprendizagem/maus resultados, *bullying* e má relação com os professores), má relação com os pares e/ou com o(a) namorado(a), violação, aborto prévio, luto e estar referenciado na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco. Outros dados analisados foram: antecedentes de patologia psiquiátrica, acompanhamento prévio por Pedopsiquiatria ou Psicologia, prescrição prévia de medicação psicoativa e diagnóstico à data da transferência para Pedopsiquiatria. Usou-se o sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para categorizar as respetivas patologias, tendo sido atribuído o diagnóstico pelo codificador. Os fármacos foram agrupados segundo a classificação do Prontuário Terapêutico publicado pelo Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Considerou-se que um doente estava polimedicado quando estava medicado com um estimulante inespecífico do SNC e pelo menos um psicofármaco, ou, sob 2 ou mais psicofármacos. A análise estatística foi realizada no Microsoft Office Excel® 2013. Foi solicitada autorização ao Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) e à Comissão de Ética do hospital, para o acesso aos processos individuais dos doentes em estudo.

RESULTADOS

Durante o período estudado, 406 adolescentes com idade igual ou superior a 10 anos necessitaram de observação urgente por Pedopsiquiatria, correspondendo a 0.3% das admissões na UPP. O sexo feminino foi responsável por 66.5% dos casos. A média de idades foi de 15.5 anos (mínimo 10.02; máximo 17.99), sendo a moda de 16 anos. As adolescentes de 16 anos representaram 19.2% das transferências para observação urgente por pedopsiquiatria. Houve recurso prévio à UPP por queixas semelhantes em 26.8% dos doentes, 56.9% não tinham antecedentes de observação naquele SU por patologia psiquiátrica e em 16.3% não havia informação disponível. Foram descritos antecedentes de patologia psiquiátrica em 63.5% dos adolescentes (Tabela 1). Os motivos de recurso prévio à UPP mais frequentes foram as perturbações do humor (28.3%), nas quais se incluem a perturbação depressiva

major com ideação suicida (IS) (9.4%), ingestão medicamentosa voluntária (IMV) (4.2%) e a perturbação depressiva minor (15.3%). A presença de fatores de risco foi identificada em 49.3% dos doentes e nos restantes não havia informação (50%) ou foram negados (0.7%). O fator de risco mais frequente foi a disfunção familiar e estava presente em 19.2% dos adolescentes (disfunção familiar não especificada em 7.4%, familiar com patologia psiquiátrica em 5.9%, violência doméstica em 3%, entre outros). Os restantes fatores de risco mais vezes encontrados foram o consumo de drogas ilícitas (6.7%) e problemas escolares (6.2%), sendo o *bullying* reportado em 2.5% dos casos. Eram filhos de pais divorciados 5.2% dos adolescentes.

Tabela 1

Antecedentes conhecidos de patologia psiquiátrica nos doentes transferidos, por categoria CID-10 e sexo

Diagnósticos por categoria CID-10	Sexo	Sexo	Total
	feminino (n, %)	masculino (n, %)	
Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.5)
Perturbação mental/comportamental por uso de substância psicoactiva	3 (0.7)	2 (0.5)	5 (1.2)
Esquizofrenia e outras psicoses	3 (0.7)	5 (1.2)	8 (2.0)
Perturbações do humor	92 (22.7)	23 (5.7)	115 (28.3)
Ansiedade, relacionado com o stress; somatoforme, não psicótico	36 (8.9)	9 (2.2)	45 (11.1)
Síndromes comportamentais por distúrbios fisiológicos ou fatores físicos	9 (2.2)	2 (0.5)	11 (2.7)
Perturbação do desenvolvimento psíquico	2 (0.5)	4 (1.0)	6 (1.5)
Perturbações do comportamento com início na infância e adolescência	34 (8.4)	32 (7.9)	66 (16.3)
Perturbações mentais não especificadas	8 (1.9)	2 (0.5)	10 (2.4)

Dos adolescentes avaliados, 8.1% estavam em seguimento pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (7.4% institucionalizados e 0.7% em apoio domiciliário).

Eram seguidos em consultas de Psicologia e/ou Pedopsiquiatria 45.6% dos doentes e nos restantes este seguimento era desconhecido ou foi negado.

Estavam medicados com estimulantes inespecíficos do SNC (metilfenidato) 3,2% dos doentes, com psicofármacos 37.4%, sendo que 20.2% estavam poli-medicados. Os psicofármacos mais usados eram os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos ($n=82$), seguidos dos antipsicóticos ($n=76$). Sessenta e seis adolescentes estavam medicados com antidepressores e apenas um adolescente com lítio (Tabela 2).

Tabela 2

Fármacos em uso pelos adolescentes transferidos para avaliação urgente por Pedopsiquiatria, segundo classificação pela Infarmed, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.

Fármacos	n (%)	n (%)
Estimulantes inespecíficos do SNC		13 (3.2)
Metilfenidato	13 (3.2)	
Psicofármacos		82 (20.2)
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos		
Benzodiazepinas	66 (16.2)	
Extratos de plantas (valeriana)	13 (3.2)	
Azopironas (buspirona)	2 (0.5)	
Ciclopirlolona e imidazopiridina (zopiclona e zolpidem)	1 (0.2)	
Associação com outro fármaco	52 (12.8)	
Antidepressores		66 (16.3)
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina	51 (12.6)	
Tricíclicos e afins	13 (3.2)	
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina	2 (0.5)	
Associação com outro fármaco	47 (11.6)	
Antipsicóticos		76 (18.7)
Risperidona	23 (5.7)	
Quetiapina	23 (5.7)	
Olanzapina	6 (1.5)	
Haloperidol	3 (0.7)	
Ziprasidona	3 (0.7)	
Aripiprazol	3 (0.7)	
Paliperidona	1 (0.2)	
Não especificado	14 (3.4)	
Associação com outro fármaco	57 (14.0)	
Estabilizadores do humor		1 (0.2)
Lítio	1 (0.2)	
Associação com outro fármaco	1 (0.2)	

Dos doentes medicados com fármacos psicoativos, 11.7% ($n=19$) não tinham acompanhamento hospitalar conhecido por Pedopsiquiatria. Destes, 14 doentes estavam medicados com ansiolíticos, 3 com antipsicóticos, 6 com antidepressores e 1 com metilfenidato, sendo que 4 doentes estavam polimedicados. Destes doentes medicados com fármacos psicoativos mas sem acompanhamento hospitalar por Pedopsiquiatria, 10 doentes tinham seguimento e prescrição dos fármacos em unidades de cuidados de saúde primários (UCSP) (8 medicados com ansiolíticos, 1 com antidepressor e ansiolítico, 1 com fármaco não especificado); 3 doentes apresentavam seguimento em médico particular (1 adolescente

medicado com fármaco antipsicótico, 1 com associação de antidepressor e antipsicótico, e outro com antidepressor e ansiolítico). Um doente estava a ser seguido em consulta de Pediatria – Adolescentes (medicado com antidepressor) e 1 em consulta de Pediatria – Desenvolvimento (medicado com metilfenidato). Quatro doentes não tinham acompanhamento médico conhecido e estavam medicados com ansiolíticos.

À data da transferência para a Pedopsiquiatria (Tabela 3), o diagnóstico mais frequente foram as perturbações do humor (50.4%), sendo a perturbação depressiva major a mais prevalente e diagnosticada em 43.8% dos adolescentes, dos quais 27.3% foram admitidos por IMV e 17.2% apresentavam IS. O sexo feminino foi responsável por 82% dos casos de IMV e por 74.3% dos episódios de IS. Das transferências por perturbação depressiva major, 48.3% ocorreram em doentes com acompanhamento conhecido em consultas de Psicologia e/ou Pedopsiquiatria. Os outros diagnósticos mais frequentes foram as perturbações do comportamento e emocionais (28.6%) nas quais se inclui a perturbação da conduta/hetero e autoagressividade (26.4%), seguido do diagnóstico de perturbação da ansiedade (12.1%).

Tabela 3

Diagnósticos à data de transferência da UPP para avaliação urgente por Pedopsiquiatria, por categoria CID-10 e sexo

Diagnósticos por categoria CID-10	Sexo	Sexo	Total
	feminino (n, %)	masculino (n, %)	
Perturbação mental/comportamental por uso de substância psicoactiva	4 (1.0)	7 (1.7)	11 (2.7)
Esquizofrenia e outras psicoses	8 (2.0)	7 (1.7)	15 (3.7)
Perturbações do humor	160 (39.4)	45 (11.0)	205 (50.4)
Ansiedade, relacionado com o stress; somatoforme, não psicótico	35 (8.6)	14 (3.4)	49 (12.1)
Síndromes comportamentais por distúrbios fisiológicos ou fatores físicos	2 (0.5)	0 (0)	2 (0.5)
Perturbações do comportamento e emocionais com início na infância e adolescência	56 (13.8)	60 (14.8)	116 (28.6)
Perturbações mentais não especificadas	5 (1.2)	3 (0.7)	8 (2.0)

DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria dos casos com necessidade de observação urgente por Pedopsiquiatria foi do sexo feminino, independentemente da idade do doente. Verificou-se um pico de prevalência máxima nas raparigas com 16

anos. Está descrito na literatura que as adolescentes têm maior prevalência de distúrbios da saúde mental, nomeadamente de perturbações do humor e da ansiedade^{8,11,14}. Numa população estudada nos EUA, a idade média para o início das perturbações da ansiedade e do comportamento foi de 11 anos e metade dos casos de perturbações do humor e abuso de drogas ilícitas tinham início aos 14 anos¹⁴. Noutro estudo, o grupo etário dos 12-15 anos representou 45.9% dos atendimentos urgentes por Pedopsiquiatria, o que se encontra próximo da nossa realidade¹².

Na maioria dos adolescentes estudados já eram conhecidos antecedentes de patologia psiquiátrica e quase 1/3 tinha um recurso prévio ao mesmo SU por queixas semelhantes^{12,15}. Num estudo, 15% dos pacientes com idades entre os 4 e os 18 anos observados em UCSP, apresentaram algum diagnóstico na área da saúde mental, nomeadamente perturbação de hiperatividade e défice de atenção (8.6%), perturbação de ansiedade (3,5%) e patologia depressiva (2.1%)¹⁵. Nos doentes com necessidade de atendimento urgente por pedopsiquiatria, é frequente haver já antecedentes de atendimento em ambulatório, ou mesmo internamento, pela especialidade¹². Estes dados apontam para a importância de investir no adequado acompanhamento de crianças e jovens com fatores de risco ou patologia psiquiátrica conhecida, na perspetiva de evitar situações de crise.

Foi identificada a prescrição prévia de psicofármacos em mais de 1/3 dos adolescentes estudados e um número importante estavam polimedicados. Num grupo de crianças e adolescentes americanos observados em diferentes UCSP¹⁵, 14% receberam prescrição de fármacos psicoativos – estimulantes inespecíficos do SNC (9.2%), antidepressores (4.4%), antipsicóticos (2%) e ansiolíticos (1.1%) – 4.9% foram polimedicados. Verificou-se um maior número de diagnósticos e de prescrição de psicofármacos nas unidades de saúde sem acesso a médicos psiquiatras¹⁵⁻¹⁶. Na nossa população, o padrão encontrado de consumo de psicofármacos foi distinta: os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos eram a classe farmacológica mais usada, logo seguidos pelos antipsicóticos (Tabela 1).

Menos de metade dos adolescentes avaliados reportavam acompanhamento prévio em Psicologia e/ou Pedopsiquiatria. Estes dados alertam-nos para a provável falha no seguimento especializado destes doentes. Estima-se que apenas 1/5 dos jovens com perturbações psiquiátricas recebem tratamento apropriado⁵. As escolas e as UCSP são muitas vezes a primeira linha para suspeição e identificação destas patologias e é essencial uma fácil articulação com cuidados especializados. A Telepsiquiatria, um projeto originário da Grã-Bretanha, pretende solucionar a falta de prestadores de cuidados de saúde mental em áreas rurais e remotas¹⁷.

Os autores deste estudo apuraram que em quase metade dos adolescentes foram referidos potenciais fatores de risco para patologia psiquiátrica, podendo este valor ser ainda mais significativo (ausência de registos). Os profissionais de saúde devem estar alerta para identificar e orientar doentes sem diagnóstico prévio de disfunção da saúde mental, mas em risco, como aqueles com alterações do humor, uso de drogas ilícitas, sujeitos a eventos de stress excessivo, isolamento social/familiar ou pertencentes a minorias sexuais^{7,17}. Na literatura está descrito que a presença de patologia psiquiátrica nos progenitores e a dificuldade de acesso a UCSP são importantes fatores de risco para patologias do foro da saúde mental nesta população¹³.

As perturbações do humor, entre as quais a perturbação depressiva major, predominaram na nossa população, quer como antecedente psiquiátrico quer como motivo de recurso à UPP com necessidade de observação urgente por Pedopsiquiatria. Isto está de acordo com outros estudos, em que 1/3 dos doentes pediátricos com necessidade de avaliação urgente por psiquiatria tiveram o diagnóstico de perturbação depressiva¹¹⁻¹². Em Portugal, o aumento generalizado de sintomas físicos e psicológicos nos adolescentes, associa-se a um aumento de comportamentos auto-lesivos, problemática que já foi identificada em 2010 e se agravou em 2014². A perturbação depressiva condiciona muitas comorbilidades, entre as quais a disfunção social, o absentismo e abandono escolares, o consumo de drogas e o suicídio¹⁸. Nos EUA, o número de suicídios na faixa etária entre os 10 e 14 anos aumentou 24% entre 1999 e 2014⁷. Em 2010, nesse país o suicídio foi apontado como a 4ª principal causa de morte entre os adolescentes¹⁸. Em 2011, dados da Pesquisa e Vigilância do Comportamento de Risco Juvenil revelaram que entre os estudantes americanos do ensino secundário, 15.8% já consideraram suicidar-se, 12.8% fizeram um plano de suicídio e 7.8% fizeram uma ou mais tentativas de suicídio no ano anterior¹⁸. Em 2015, o suicídio foi já apontado como a segunda causa de morte mais frequente nos adolescentes dos EUA e a ideação suicida tem aumentado entre os mais novos¹². Dos doentes com avaliação urgente por pedopsiquiatria, 50.1% apresentavam tentativa ou ideação suicida¹². O presente estudo corrobora estes dados, indicando a IMV e a IS como as urgências pedopsiquiátricas com maior número de transferências entre os adolescentes estudados.

As perturbações do comportamento foram o principal diagnóstico noutra população pediátrica (39.1%) com avaliação urgente por psiquiatria¹². No nosso hospital, estes doentes podem não ter sido transferidos para avaliação por Pedopsiquiatria em contexto de urgência, o que explica a menor percentagem de diagnósticos encontrada.

A necessidade de transferência de instituição dos doentes que recorrem à UPP com necessidade de avaliação urgente por Pedopsiquiatria, cria obstáculos a uma avaliação célere e especializada destes doentes, implicando descontinuação dos cuidados iniciados na UPP. Nos EUA, apenas 25% dos hospitais académicos e 8% dos hospitais comunitários têm pedopsiquiatras disponíveis em contexto de SU¹². Num levantamento realizado entre 2012 e 2016 a 35 hospitais pediátricos terciários nesse país, verificou-se que menos de 50% têm uma unidade de internamento de Pedopsiquiatria¹¹. Noutros hospitais, nos últimos anos foram criadas unidades de Pedopsiquiatria com atendimento urgente permanente, que garantem uma avaliação inicial especializada e que dispõem de internamento para estabilização breve (72 horas), articulados com os cuidados de ambulatório. Isto permite por um lado diminuir o número de internamentos, assegurando o seguimento estreito do doente em ambulatório, e por outro estabilizar o doente em internamento de curta duração, diminuindo a transferência dos doentes para outras instituições¹².

Este trabalho apresenta algumas limitações, próprias de um estudo retrospectivo, por falta de registos ou omissão de informação nos respetivos processos informáticos.

CONCLUSÃO

A patologia psiquiátrica entre os adolescentes tem uma prevalência crescente e isso reflete-se no recurso cada vez mais significativo por parte destes doentes aos SU pediátricos. Assume-se como prioritário reconhecer prontamente os doentes em risco e fazer a sua orientação especializada, sendo necessária mais formação nesta área. Os doentes com patologia psiquiátrica conhecida, nomeadamente naqueles em que foi reconhecida a necessidade de prescrição de fármacos psicoativos, necessitam de um apoio especializado contínuo e de fácil acesso.

Em contexto de SU, a articulação entre os Pediatras e os Pedopsiquiatras torna-se imprescindível para um trabalho integrado, centrado no doente. Em situações de crise, é essencial a estabilização imediata do doente pela Pedopsiquiatria, idealmente dando continuidade aos cuidados iniciados e procurando minimizar o seu impacto na rotina do adolescente e família. As unidades de Pedopsiquiatria com atendimento urgente permanente, integradas nos SU pediátricos, têm-se mostrado um modelo benéfico noutros países.

REFERÊNCIAS

- ¹ Marks, K. P., & LaRosa, A. C. (2012). Understanding developmental behavioral screening measures. *Peds in Review*, 33(10), 448-458.
- ² Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2015). *Health Behaviour in School-aged Children. A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – dados nacionais do estudo HBSC de 2014.*
- ³ Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 Resumo Executivo. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, julho de 2008. Acedido a 1 de julho 2019, em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>
- ⁴ Bardach, N. S., Coker, T. R., Zima, B. T., Murphy, J. M., Knapp, P., Richardson, L. P., . . . Mangione-Smith, R. (2014). Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. *Pediatrics*, 133(4), 602-609.
- ⁵ Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, outubro de 2009. Acedido a 1 de julho 2019, em <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>
- ⁶ Cuellar, A. (2015). Preventing and treating child mental health problems. *The Future of Children*, 25(1), 111-134.
- ⁷ Margret, C. P., & Hilt, R. (2018). Evaluation and management of psychiatric emergencies in children. *Pediatric Annals*, 47(8), e328-333. doi: 10.3928/19382359-20180709-01
- ⁸ Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., . . . Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). Mental health surveillance among children – United States, 2005-2011. *MMWR SurveillSumm*, 62(2), 1-35.
- ⁹ Grupp-Phelan, J., Harman, J. S., & Kelleher, K. (2007). Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Pub Health Rep*, 122, 55-61.
- ¹⁰ Shah, M. V., Amato, C. S., John, A. R., & Dennis, C. G. (2006). Emergency department trends for pediatric and pediatric psychiatric visits. *Pediatr Emerg Care*, 22, 685-686. doi: 10.1097/00006565-200609000-00033
- ¹¹ Cutler, G. J., Rodean, J., Zima, B. T., Douplik, S. K., Zagel, A. L., Bergmann, K. R., . . . Neuman, M. I. (2019). Trends in pediatric emergency department visits for mental health conditions and disposition by presence of a psychiatric unit. *Acad Pediatr*, pii: S1876-2859(19)30290-6. doi: 10.1016/j.acap.2019.05.132. [Epub ahead of print]
- ¹² Gerson, R., Havens, J., Marr, M., Storfer-Isser, A., Lee, M., Marcos, C. R., . . . Horwitz, S. (2017). Utilization patterns at a specialized children's comprehensive psychiatric emergency program. *Psychiatr Serv*, 68(11), 1104-1111. doi: 10.1176/appi.ps.201600436
- ¹³ Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Robinson, L. R., Kaminski, J. W., Ghandour, R., Smith, C., . . . Peacock, G. (2016). Health care, family, and community factors associated with mental, behavioral, and developmental disorders in early childhood, United States, 2011-2012. *MMWR Morb Mortal WklyRep*, 65, 221-226. doi: 10.15585/mmwr.mm6509a1

- 14 Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- 15 Mayne, S. L., Ross, M. E., Song, L., McCarn, B., Steffes, J., Liu, W., . . . Fiks, A. G. (2016). Variations in mental health diagnosis and prescribing across pediatric primary care practices. *Pediatrics*, 137(5), e20152974
- 16 Anderson, L. E., Chen, M. L., Perrin, J. M., & Cleave, J. V. (2015). Outpatient visits and medication prescribing for US children with mental health conditions. *Pediatrics*, 136(5), 1178-1185.
- 17 Dolan, M. A., Fein, J. A., & The Committee On Pediatric Emergency Medicine. (2011). Technical report-pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*, 127, e1356. doi: 10.1542/peds.2011-0522
- 18 Chun, T. H., Duffy, J. S., & Linakis, J. G. (2013). Emergency department screening for adolescent mental health disorders: The who, what, when, where, why and how it could and should be done. *Clin Pediatr Emerg Med*, 14(1), 3-11. doi: 10.1016/j.cpem.2013.01.003

ABSTRACT

Introduction: The Pediatric Emergency Department of Oporto attends all the children and adolescents emergency cases from Oporto metropolitan area. The purpose of this study was to describe the adolescent population admitted in that department who needed a psychiatric emergent evaluation in a two-year time period and do a brief reflection on the model of care of these patients.

Material and methods: Retrospective, descriptive study based on the analysis of electronic medical records of the abovementioned patients. The International Classification of Diseases (ICD-10) was used to categorize the different disorders. The statistical analysis was made on Microsoft Excel®.

Results: There were 406 adolescents referred for psychiatric evaluation. 66.5% were female, with an average age of 15.5 years. In 26.8% of patients there was a previous attendance for similar complaints, 63.5% of patients had already known psychiatric disease and 45.6% have been in psychiatric or psychology consultation. 28.3% had a history of mood (affective) disorders. In 49.3% of patients the authors detected risk factors for psychiatric problems, the most prevalent was family dysfunction. 37.4% had a previous psychoactive drug prescription and 20.2% were polypharmacy. The majority of drugs prescribed were anxiolytics. New diagnoses of mood (affective) disorders were performed in 50.4% of patients, being the most prevalent one the major depressive disorder, with voluntary drug ingestion (27.3%) and suicide attempt (17.2%).

Discussion: Pediatricians should be aware of the importance of known risk factors and the first signs of mental disorders. Early referral to psychological and Child and Adolescent Psychiatry assessment could avoid dangerous situations.

Key words: Mental disorders, Adolescents, Pediatric emergency department, Child and adolescent psychiatry.

A PSICOTERAPIA DE ADOLESCENTES: UMA VIAGEM BEM ACOMPANHADA

Isabel Nóbrega F. Trindade ¹

RESUMO

Este trabalho pretende ser uma reflexão sobre a psicoterapia psicanalítica com adolescentes, oferecendo-se como um contributo para o trabalho multidisciplinar que esta fase do desenvolvimento requer. Considera-se que a vida emocional só se cria na relação com o outro, e que o terapeuta representa um novo objeto de relação. A qualidade desta relação e a capacidade de compreender o adolescente remete para a capacidade do psicoterapeuta contatar bem com a sua própria adolescência, e invoca necessariamente a presença de outros objetos de relação que fazem parte da vida de ambos, adolescente e terapeuta. Este percurso conjunto pode então ser uma viagem em boa companhia. No final, apresentamos um caso clínico que ilustra esta forma de sentir a psicoterapia com adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência, Nova relação, O psicoterapeuta e a sua adolescência, Um novo objeto de relação.

A adolescência é uma parte de nós que vive para sempre. Não sabemos bem quando é que realmente se inicia pois antes de se manifestarem as bem conhecidas alterações fisiológicas operam-se, no mundo mais subtil do psíquico e do imaginário, verdadeiras operações e metamorfoses que não se evidenciam exteriormente. Conhecemos crianças que retardam o crescimento físico e aparentam bloqueios ao nível do desenvolvimento muito antes de se dar a implosão da vida fecunda. Que parece que negam esta possibilidade inevitável, o crescer, como se pressentissem que as tarefas que lhes são esperadas ou que lhes estão destinadas são desafios grandes demais, que são tormentas que se

¹ Psicóloga Clínica.

vêm juntar às inseguranças que às vezes já estão instaladas. Que pensar e pensar-se no futuro é um sonho que não consegue ganhar forma.

O desenvolvimento biológico que precede o desenvolvimento psicológico avança sempre mais depressa. Nesta fase inicial, mais associada à puberdade e à pré adolescência, estas crianças ou jovens apresentam por vezes reações depressivas e oscilações de humor que inquietam os pais e os professores. Desenvolvem tiques e comportamentos mais obsessivos como se tentassem conter o fluxo da vida e a emergência da sua própria sexualidade. Prolongam até ao limite a infância que teima em transformar-se e dar lugar a um tempo tão inquietante como desafiante. Para alguns tudo se processa paulatinamente e até com alguma harmonia. Para outros a vida transforma-se abruptamente e os sinais da puberdade emergem como uma grande erupção. O que tem de ser afinal tem muita força.

Os sinais exteriores nem sempre são detetados, compreendidos e ligados à transformação que se está a processar no interior dos jovens. Por vezes fazem-se interpretações destorcidas e exige-se apenas que o jovem cumpra o papel que a sociedade e a família espera dele. Que simplesmente desempenhe um papel. A autonomia e a diferença nem sempre são bem recebidas pelo mundo dos adultos. O sofrimento psíquico não é suposto fazer parte da primavera da vida. E também não se desejam manifestações ou comportamentos que ponham em causa o sistema familiar, escolar ou social, que nos ponham em causa, bem como a todos os papéis que temos vindo a desempenhar, com mais ou com menos consciência, por vezes com acomodação. Às vezes até com um existir vazio.

Mas outras vezes, são também estes adolescentes que vêm salvar as famílias e os adultos que fazem parte das suas vidas. Vivem esta nova fase como se não houvesse amanhã; trazem vida, trazem esperança e uma vontade imensa em realizar os seus sonhos. São felizes e detentores de toda a sabedoria do mundo. Sentem o amor.

A adolescência é um período de desenvolvimento psíquico, desenvolvimento do Eu, que assegura a passagem e a transição da infância à vida adulta. Faz-se anunciar com muitas alterações físicas, tanto no desenvolvimento da maturidade sexual como nas mudanças de forma e de tamanho. Há mudanças físicas, sociais e psíquicas. Isso origina a necessidade de desenvolver uma nova identidade, de desenvolver novos relacionamentos, inclusivamente sexuais, de defrontar cada vez mais potência e poder, de encarar a separação da sua família¹.

O sentido do Eu desenvolve-se através de experiências emocionais que têm início na primeira infância. Quando começa a adolescência o jovem é confrontado com grandes exigências que constituirão para o próprio um teste ao sentido do Eu e um aceder à autonomia. Normalmente procuram a segurança e a

afirmação da sua personalidade emergente juntando-se a um grupo de pares. Por outro lado, a entrada no mundo dos adultos confronta o adolescente com um profundo sentimento de inadequação na medida em que o crescimento exige factos reais e muitas vezes não se sentem à altura da tarefa².

A adolescência é, por um lado, o tempo do trabalho de luto das figuras parentais, do luto pela infância, e, por outro lado, a época da assunção da identidade própria e da escolha do objeto de amor³.

Quem sou eu? De onde vim? Para onde vou?

Todas estas questões, mudanças e incertezas mobilizam ansiedades consideráveis, especialmente quando das fases de desenvolvimento anterior ficaram alguns medos por abordar ou resolver. Quando as ansiedades não forem demasiado grandes e existirem adultos com disponibilidade para lhes dar resposta, os próprios adolescentes resolvem essas experiências. Na verdade o adolescente tem em si mesmo um grande potencial de realização e de desenvolvimento³.

Nesta fase da vida não existe uma separação nítida entre o que é normal e o que é patológico. A adolescência caracteriza-se pela multiplicidade de condutas que nela se podem encontrar, pelas múltiplas tentativas e erros que fazem parte da aprendizagem social nesta idade, pelas incertezas e flutuações que o adolescente sente quanto aos limites de si mesmo e dos seus atos⁴⁻⁵.

Cabe aos técnicos das equipas de Saúde Mental, e em particular ao psicoterapeuta, decidir o tipo de trabalho para o qual o jovem tem indicação de acordo com as suas características de funcionamento psíquico, necessidades atuais e prioridades de intervenção. É fundamental compreender em que fases do desenvolvimento o adolescente ficou bloqueado ou retido de forma a ajudá-lo a retomar o seu desenvolvimento harmonioso tendo em conta os seus próprios recursos internos e externos. Para iniciar uma psicoterapia psicanalítica o jovem deve apresentar capacidade para olhar para o seu mundo interior, para aceder à introspeção e para se revelar ao terapeuta. Deve ser capaz de tolerar a frustração, de ir reconhecendo e elaborando as suas dificuldades num trabalho partilhado, continuado e com a disponibilidade que se exige a si e ao terapeuta. É um grande investimento pessoal e o jovem tem de sentir a importância deste trabalho na sua vida para assumir este compromisso consigo próprio e com o terapeuta.

Coimbra de Matos³ diz nos que “Não existe vida mental sem relação e a doença mental é a patologia da relação”.

A psicoterapia de um adolescente é um trabalho que também só pode acontecer na relação com o outro. E o outro é também o terapeuta e a sua própria pessoa. A capacidade de contactar bem com os adolescentes depende da capacidade de contactar bem com a nossa própria adolescência. Ser terapeuta de

um adolescente é também ser terapeuta da nossa adolescência. Aquela que não foi totalmente acabada, aquela que continua a levar-nos a descobrir o outro que nos procura e o nosso também “outro” que se revela constantemente.

É uma fase da vida que também a nós terapeuta dá-nos vida, que nos leva a embarcar no sonho e a continuar a descobrir o nosso mundo interior, um mundo que parece não ter fim.

Viagens partilhadas, percursos entranhados. Percorrem-se caminhos distintos mas que se cruzam tantas vezes.

Conosco embarcam o adolescente e todas as pessoas que nesse momento se cruzam nas nossas vidas. A família de ambos, os passados, as expectativas, as circunstâncias dos momentos.

Neste trabalho e na relação com o jovem encontramos muitas vezes alegria e desejo de viver mas também encontramos medos e dores sem nome e sem representação psíquica. E quando o adolescente quer desistir ou morrer é no nosso próprio adolescente que continua vivo em nós, que encontramos forças para o resgatar. É porque acreditamos neste adolescente que continua vivo em nós que não desistimos de um jovem que não encontra nenhum motivo para continuar a viver. Deixá-lo morrer ou desistir era desistirmos também de nós próprios.

Por vezes e lamentavelmente, encontramos situações que nos ultrapassam. Nesses momentos com eles vai também uma parte de nós.

A psicoterapia de um adolescente doente e sem esperança é um grande desafio para o terapeuta. É um processo de profunda transformação, que pode ser mais ou menos longo, e que nos implica muito mais do que alguma vez imaginámos ser possível.

Estarmos em contacto com os objetos internos da nossa adolescência também nos ajuda a entender o tipo de relação de objeto do adolescente que nos pede ajuda.

Por vezes somos também simultaneamente terapeutas de adolescentes e pais de filhos adolescentes, uma situação que nos convoca para a identificação com as nossas figuras parentais e para o confronto com os nossos objetos internos. Este confronto simultâneo convoca-nos a um novo trabalho. Também em casa temos de compreender o nosso filho, desenvolver uma atitude adequada, sermos assertivos sem sermos agressivos, acompanhá-los no caminho que iniciaram. O trabalho com o adolescente em terapia por vezes ajuda-nos a compreender melhor os filhos que temos em casa e a experiência relacional que vivemos em casa também nos ajuda a compreender o adolescente que está a ser seguido. Mais uma vez, caminhos que se cruzam, relações que se entranham. É relativamente tranquilo assegurar o respetivo *Setting*, “a realidade externa”,

mas temos de estar seguros internamente para não confundir nem perder a noção do lugar que cada um ocupa dentro de nós. Somos ainda, em ambas as situações, testados nos nossos limites e precisamos confiar na nossa função de pais e de terapeutas.

Precisamos identificarmo-nos ao adolescente que nos procura e aos seus pais que também estão presentes nesta relação terapêutica. Alguns pais pedem ajuda para perceber e ajudar os filhos, colaborando e desejando aprender. Outros tentam invadir este espaço, boicotar o nosso trabalho e desrespeitar o lugar de cada um dos intervenientes. Outros ainda simplesmente não estão ou não possuem recursos suficientes ou saudáveis para fazerem parte deste trabalho. Devemos tentar perceber como foi a adolescência desses pais, que adolescente ainda transportam em si e para o que este filho os convoca agora, sem perdermos o referencial que somos o terapeuta do jovem e que não podemos trair a sua confiança.

É fundamental termos um referencial teórico. A Psicoterapia Psicanalítica usa a mesma base teórica da psicanálise, constituindo-se igualmente como instrumento que facilita o autoconhecimento e a ampliação do campo do pensamento, a transformação pessoal e a procura de um sentido de vida. Todo o trabalho clínico deve ser precedido por uma formação extensa e exigente baseada no processo psicanalítico pessoal do terapeuta, na elucidação e elaboração dos seus conflitos básicos e no estudo rigoroso da teoria que lhe servirá de instrumento para pensar e para compreender.

Precisamos e devemos ter supervisão clínica com um ou mais terapeutas, com mais e com experiência diferente, que nos ajudem a pensar, a ler e a sentir a relação terapêutica que estamos a trabalhar e que nos ajude neste trabalho que implica, entre muitas questões, o analisar a transferência e a contratransferência.

Quando o jovem desperta em nós uma grande zanga, é necessário o terapeuta também estar bem com a sua zanga. Conhecer esta dimensão em si, tê-la trabalhado no seu próprio percurso de vida para agora a reconhecer, acolher, compreender e devolver com doçura um sentido ao jovem que o ataca.

Quando o jovem desperta em nós um grande vazio é necessário emprestarmos temporariamente um pouco da nossa vida e do nosso sonho.

Quando o jovem nos deixa tristes porque sentimos com ele essa dor, precisamos ser capazes de a acolher e de mostrar-lhe que continuamos ali com ele, que não o abandonamos, e que temos esperança no percurso que estamos a realizar juntos.

Quando sentimos a alegria e a luz que o adolescente traz consigo, iluminamos também as nossas vidas.

O terapeuta tem de estar atento a todos estes movimentos, ao seu próprio inconsciente, ao jovem à sua frente e a todas as personagens ou objetos de relação que acabam por ser convocados e se cruzam no momento do processo psicoterapêutico. Identificar e distinguir o lugar de cada um, integrar este conhecimento compreendendo o que o seu jovem paciente está a comunicar. Na relação psicanalítica o terapeuta é um novo objeto de relação.

Depois há o “tempo” de cada um dos intervenientes que nem sempre está em sintonia. Temos de respeitar o ritmo e o tempo interno do jovem e sabermos esperar, acompanhando e intervindo no momento mais adequado numa fase que implica tantas adaptações.

O próprio terapeuta tem o seu tempo e vai fazendo o seu percurso de saber. Deve ser capaz de aceitar as suas limitações e aceitar que mesmo fazendo o melhor que sabe e que pode dar, nem sempre tem sucesso. Deve manter uma disponibilidade interna para aprender e continuar a investir na sua formação.

Interessarmo-nos verdadeiramente pelo jovem, desperta também interesse no próprio jovem, desejo de conhecer mundo e de se conhecer. O nosso reconhecimento genuíno do seu potencial de realização e de desenvolvimento permite-lhe encontrar na relação terapêutica um espaço e um tempo para existir. O nosso afeto genuíno numa relação terapêutica regular e continuada pode originar uma nova forma de sentir-se e de representar-se internamente. Os nossos olhos e o que eles veem tornam-se então uma espécie de farol de orientação.

O início do livro do Peter Pan começa assim: “Todas as crianças crescem, exceto uma. Rapidamente percebem que hão de crescer, e foi do seguinte modo que Wendy percebeu: Um dia, a brincar no jardim, quando tinha dois anos, colheu uma flor e correu com ela para junto da mãe. Devia estar linda de se ver porque a mãe levou a mão ao peito e exclamou: ‘oh, porque é que não podes ficar assim para sempre!’. Nada mais disseram uma à outra sobre o assunto, mas daí em diante Wendy soube que teria de crescer”⁶.

A Wendy sabe que terá de crescer porque vê e sente isso no olhar da mãe. Também o jovem que acompanhamos sente o nosso olhar e o nosso sentir. É uma espécie de “Mandato exogâmico” como dizia o Professor Coimbra de Matos. O adolescente recebe um passaporte, uma ordem para crescer e se soltar.

E só se solta quem verdadeiramente se sente ligado. Quem confia no seu objeto interno e brinca com e na vida sabendo que não se perde para sempre.

E depois volta, volta sempre, ainda que de outra maneira.

É o mesmo, mas já é outro, outro mais crescido e reconhecido no olhar do terapeuta e no seu próprio olhar.

Para nós, terapeutas, eles voltam sempre, pois também ficam para sempre dentro de nós.

Este jovem que abordo neste trabalho pode ser o meu adolescente em terapia, pode ser o meu “outro” adolescente que ainda vive em mim e pode ser um filho adolescente que está prestes a se soltar.

O nosso objeto de trabalho e a nossa prioridade é sempre o adolescente que está em terapia. Desejamos encorajar a sua descoberta pessoal. Trabalhamos para que o próprio jovem mobilize os seus recursos internos prosseguindo com o seu desenvolvimento, consolidando a sua identidade e enriquecendo a sua vida emocional. No entanto, todos nós intervenientes neste processo psicoterapêutico, também crescemos com a experiência e todos contribuímos e evoluímos de alguma maneira para um outro nível de consciência e de ser. E assim nos cruzamos, por vezes encontramos-nos, e sem dúvida que estamos todos presentes neste teatro interno e subjetivo que é a psicoterapia.

A adolescência é sempre uma segunda oportunidade para um reencontro e para uma reconstrução do ser. A psicoterapia de um adolescente é uma viagem partilhada, que pode ser muito bem acompanhada e que nos pode levar a mares ainda não navegados e a surpreendentes mundos novos.

Sendo assim, como terapeutas e como pessoas que também somos, penso que esta adolescência pode ser um estado permanente no nosso mundo mental.

Seguidamente apresentamos resumidamente um caso clínico que ilustra esta forma de sentir uma psicoterapia na adolescência.

Luís (nome fictício)

Conheci-o com 13 anos, na altura estava a iniciar o 7º ano.

Vinha encaminhado pela pedopsiquiatria com a hipótese de diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC). A médica que o acompanhava pedia uma avaliação psicológica que abordasse o funcionamento mental e despistasse a existência de psicopatologia.

Inicia-se posteriormente um seguimento psicoterapêutico em simultâneo com o acompanhamento pedopsiquiátrico. A evolução do caso vai sendo partilhada assim como as tomadas de decisão.

O Luís é filho único, os pais acumulam vários trabalhos e estão muito pouco tempo com o filho. Ao fim de semana fica com uma tia e durante a semana, ou está na escola e no ATL, ou fica sozinho em casa. É um menino franzino. Aparenta uma idade inferior aos seus 13 anos, e apesar de uma aparência cuidada veste-se de forma muito infantil. O contato inicial é muito reservado. Não me olha diretamente, cumprimenta-me a fugir com a mão. Ao longo da sessão e na presença do pai que o acompanha, vai ficando mais à vontade e desinibido e acaba a falar de forma muito efusiva ajudando o pai a

explicar o motivo do pedido de ajuda, acrescentando informação e revelando muito prazer em ser o centro da atenção e das suas queixas estarem a ser valorizadas. Ri-se frequentemente e revela um humor alegre. Apresenta uma linguagem adequada com um pensamento e um discurso organizados. À medida que vai falando dos seus medos e das suas fantasias mexe muito o corpo, mexe muito as mãos e revela um estado de ansiedade significativo. Gosta de ter atenção e esta característica persiste ao longo de toda a avaliação e do trabalho terapêutico. Sinto a sua necessidade de ter o meu olhar e suporte. Sinto-o como um menino muito só e inquieto com o seu mundo interno povoado de objetos assustadores e pouco securizante. O seu contexto relacional externo (pais reais) parece-me que tem sido pouco securizante. A representação interna destes pais também parece frágil.

O Luís e os pais descrevem o início do quadro de alteração de comportamento; relatam que foi no final do ano letivo anterior, em julho, exatamente uma semana antes de irem os três de férias. Estavam em casa, juntos, a ver um filme de terror com vampiros; estavam todos tão entusiasmados que os pais nem se aperceberam que a certa altura o conteúdo do filme perturbou muito o Luís. Ainda assim continuaram a vê-lo até ao fim. Agora, perante o sofrimento e reação do filho, arrependem-se muito disso. No filme, os filhos, protagonistas, estavam possuídos e matavam os pais. A partir desse momento, o Luís desenvolveu pensamentos em que se imaginava também ele a matar os pais, desenvolvendo vários tiques e tendo alguns ataques de pânico em que parecia ir desmaiar. Em termos psíquicos parece que o Luís sentiu uma grande angústia de morte que se refletiu nestes comportamentos e reações.

Os pais têm histórias de vida difíceis, relatam situações com abandonos por parte de figuras parentais e com cortes de ligações afetivas importantes. Fazem-nos pensar que não tiveram adolescências bem vividas. Valorizam muito esta ajuda psicológica e recusaram a medicação proposta inicialmente pela médica. Dizem que o filho quando tomou a primeira dose dessa medicação ficou inconsciente durante várias horas, tendo de ir ao hospital. Depois ficou bem, mas o susto ficou.

Numa consulta posterior, só com a mãe, a senhora diz-nos que está muito assustada com a “loucura” do filho: “Tenho medo dele”; “Fechamos a porta do nosso quarto não vá ele nos fazer qualquer coisa”; “Ele às vezes pergunta-nos se estamos com medo dele e nós fingimos que não temos”; “Pergunta-me tantas coisas a toda a hora, dá-me cabo da cabeça”...

Ao mesmo tempo, a mãe preocupa-se com ele noutra dimensão. Pede-nos ajuda em relação à escola onde ele é muito lento e em que apresenta dificuldade em terminar os trabalhos e os testes dentro do tempo permitido. Diz-nos que o

Luís teve sempre necessidade em ter ajuda relativamente à escola. Fala de um bebé que nunca comeu bem e que até bem tarde tinha de lhe dar comida na boca enquanto ele tomava banho. Deixa-nos a pensar como estas dimensões eram vividas em simultâneo sem se diferenciar os cuidados.

Do ponto de vista psíquico parece que esta mãe assustada não contém as projeções do filho, por conseguinte não as elabora nem pode devolvê-las com outro sentido. Confirma os medos deste e projeta no filho os seu próprios medos. Desta forma cria-se um cenário de relação patológica, contaminado por angústias e projeções mútuas. Senti a mãe como muito pouco disponível e com muita dificuldade em construir um espaço interno para este filho. Mas, simultaneamente, fui também sentindo como esta mãe me pedia um espaço para ela. No meu sentir interno, na minha contratransferência, senti a sua necessidade de apoio, como ela nos procurava como um colo que não teve ou sentiu falta. Sinto que o espaço terapêutico foi muito importante para esta mulher e o sentir-se amparada permitiu-lhe tomar maior consciência do pedido que trazia. Mais organizada, pediu ajuda para o filho nas dimensões que também ela não conseguia lidar.

A sós comigo, o Luís vai contando que tem muito medo de fazer mal aos pais e que já pensou que me podia também fazer mal. Partilha comigo como tem muito medo da sua agressividade interna. Experimenta na relação comigo como é que eu reajo, se sou como os pais ou se acolho os seus maus objetos internos e se aceito esta parte dele mais frágil e mais zangada. Transfere para mim a relação que tem com os pais. Desde o início da nossa relação terapêutica instala-se o movimento transferencial através da qual vou sentindo a relação que tem com os pais.

Digo-lhe que o sinto muito aflito com estes pensamentos que o assustam. Refiro-lhe que deve ser difícil viver e crescer assim, sem saber se o que sente e pensa vai destruir as pessoas que cita. Digo-lhe ainda que não tenho medo dele e que me disponibilizo para continuar a estar com ele. Disponibilizo-me a pensar com ele estas coisas, a abordar a sua zanga interna. No seguimento deste diálogo, provavelmente sentindo-se contido na sua dimensão agressiva e por associação livre, o Luís relata o seguinte episódio quando tinha 10 anos. Conta que se descontrolou e bateu com exagero num miúdo que durante muito tempo o chamava, a ele, Luís, de “cromo”. Sentia-se muitas vezes maltratado e humilhado. Guardava para ele estes sentimentos. Um dia a zanga saiu e ele perdeu o controlo de si próprio. Assustou-se com a força que saiu. Diz-me agora: “tenho muita força, nem imagina”. Penso que guardou para si estas feridas narcísicas e o sentimento de desvalorização. Penso na angústia que sentiu ao expressar a sua raiva e ao mesmo tempo transparecendo um certo

orgulho, o ser um rapaz forte e capaz, dimensões que tem vindo a reforçar neste trabalho terapêutico.

Penso como estas dimensões internas, as zangas, na verdade pouco conhecidas por ele, não estão organizadas e assim originam uma forte angústia relativamente ao manejo desta agressividade. Simultaneamente parecem assustá-lo, pois a experiência passada mostrou-lhe o dano que provocam.

Ao longo desta fase inicial de avaliação e à medida que as sessões se vão desenrolando relata que se tem sentido melhor, mas que ainda se sente muito nervoso quando vê filmes de vampiros. Diz que não resiste a vê-los apesar do que aconteceu. Explica-me que os vampiros não se controlam perante o sangue e que só os mais velhos e mais experientes é que conseguem ter esse controlo. Também ele quer identificar-se a este lado mais crescido e mais forte, tendo a possibilidade de ir trabalhando ali comigo estas dimensões do crescer e da força.

A certa altura o Luís diz-me que a mãe já não o aguenta, chegando ao ponto de ameaçá-lo com internamento num hospital. Ao contar esta reação da mãe, sentimo-lo muito triste. Tem horror aos hospitais, sempre teve, e a mãe sabe isso. Parece querer assegurar-se se eu ali na relação com ele poderei aguentar tudo o que ele me traz.

O pai acompanha-o à consulta muitas vezes, parece ser mais tranquilo e compreensivo com o seu sofrimento e apelo insistente. No entanto, não faz nenhuma atividade com o filho. Acaba por tratá-lo como se o Luís fosse um menino pequeno para compensar o tempo que não tem disponível para ele, não reconhecendo o movimento de autonomia e de maturidade que o filho quer fazer.

Proponho ao Luís que venha cá semanalmente para fazer um trabalho sobre estas suas dificuldades, tendo a psicoterapia continuado com investimento do Luís e da família. Senti que este espaço psicoterapêutico o deixou mais tranquilo. Serviu para ir reforçando a relação, para ganhar confiança e para conter as suas angústias.

Numa sessão, dois meses depois, o Luís vem novamente aflito com ideias muito inquietantes. Fala do medo de ficar mau, de matar pessoas e de ir preso. Diz que tem medo de se descontrolar. O pai está neste momento no hospital com um pequeno problema de saúde. O Luís está muito triste. Diz que tem medo que o pai morra e tem medo da morte. Pergunto-lhe: “E o que é a morte para ti, Luís?”. Responde-me “É nunca mais ver os meus pais, é não estar aqui, é não fazer estas coisas, não tocar”. Digo-lhe: “Que difícil deve ser pensares nestas coisas e veres o teu pai doente, frágil...”.

Penso no que o Luís me fala. Por um lado, o fato do pai não lhe dar o tempo e o reconhecimento que ele necessita parece desencadear dentro dele muita

zanga. Por outro lado, a ideia de morte agora imposta pelo pai estar doente na realidade e o confrontar-se com esta fragilidade do pai, faz com que ele também entre mais em contato com a sua zanga interna – como não a controla receia poder destruir o outro ou causar dano.

A zanga que apareceu nas primeiras sessões, também em relação aos pais quando pensava em matá-los, agora, e perante a realidade angustiante de ter o pai doente, desencadeia no Luís um movimento de maior aproximação e ligação, surgindo um afeto mais triste e um vislumbrar da reparação da raiva. Diz: “não quero que aconteça nada de mal ao meu pai”; “os meus pais ajudam-me”.

Parece existir uma angústia de separação das figuras parentais (desamparo) e o medo de não existir que remete para a morte psíquica e física. A presença e a ligação. E sem este suporte das figuras parentais, as únicas ligações que tem na sua vida, como pode ele continuar? Como pode crescer sentindo-se tão desamparado e frágil?

Há também um medo grande em identificar-se a uma figura monstruosa que faz mal aos outros e ele próprio passar a ser assim também na realidade. O medo ou a fantasia confundem-se ou fundem-se com a realidade e ele fica aflito e descontrolado. Penso como a intensidade desta violência interna, da sua própria zanga, pode levar ao bloqueio do desenvolvimento psíquico se não for elaborada. Por outro lado, a possibilidade de agir a zanga pode também ter a função de transmitir um sentimento de força interna ao adolescente que se sente inquieto e assustado. E se os pais, ou a sua representação interna, forem fortes e seguros, esta zanga pode ser vivida na relação sem receio de destruir o outro. É no seio da família que o adolescente pode fazer estes testes que depois serão convocados nas outras relações da sua vida, com os colegas, com um parceiro amoroso, e no futuro no meio profissional. Inicialmente o Luís não encontrava no pai alguém que o reconhecesse como rapaz e como alguém com capacidades. Também não encontrava na mãe alguém que contivesse as suas angústias. Este jovem estava aflito com o crescer.

Parece apresentar um funcionamento predominantemente neurótico, com traços persecutórios e com pensamentos obsessivos, mas simultaneamente com uma dimensão mais frágil, uma angústia muito assente no receio de que os pais o abandonem. Apresenta ainda uma dificuldade em identificar-se a uma figura de força, paterna, que lhe permita crescer com confiança. Há também uma fragilidade de base que remonta ao início da sua vida relacional e psíquica. Foi sempre um bebé difícil, com dificuldades alimentares que representavam dificuldades de reconhecimento das suas necessidades, de um bom alimento, e de um diálogo recíproco entre o bebé e os seus cuidadores.

O corpo franzino sem sinais pubertários parece refletir este receio em crescer física e psiquicamente. Os tiques e os pensamentos obsessivos parecem ser tentativas de controlar a implosão da sexualidade e os aspetos mais agressivos da sua vida interior.

Com o decorrer deste seguimento terapêutico, vai falando menos dos medos e dos pensamentos inquietantes. Fala-me dos jogos Pokémons que adora mostrando um regresso a uma área infantil que controla e em que se sente seguro. Relata um episódio recente em que andou a lutar com dois miúdos mais novos e mais pequenos que habitualmente o irritam muito na escola. Mas diz que depois ficou com receio de magoá-los a sério e parou (comportamentos que remetiam para o desejo de atacar e ao mesmo tempo de reparar identificando-se aos mais novos). Recorda o período da sua escola primária, da sua infância, como um tempo de muito sofrimento, humilhação e isolamento. Diz que era muito "gozado" pelos colegas e que até tinha uma alcunha. Agora entende que não se protegia muito, que às vezes era desadequado e que se punha a jeito de ser gozado. Já é capaz de olhar para trás e ter uma compreensão mais madura dos factos que ocorriam nessa altura. Já é capaz de pensar no seu comportamento atual como um rapaz mais crescido, tendo consciência das consequências do mesmo.

As más experiências que viveu nessa época contribuíram para se sentir inseguro, com falta de confiança e com retraimento relacional. Também fizeram com que receasse não ser aceite pelos outros ao nível das suas partes mais internas. Refletimos como agora as suas experiências podem ser diferentes. Ter maior consciência de si permite-lhe reagir de forma mais adequada e proteger-se.

Quer que os pais estejam bem mas diz que não quer pensar demasiado nos problemas dos outros. Quando for grande quer ter a mesma profissão do pai (ao qual já se identifica) ou ser inventor de jogos de Pokémons (quer guardar para sempre a sua infância). Já imagina como fará um jogo desses. Já se aventura no desafio do que é crescer, do que é viver. Está mais tranquilo, mais contido, e estabeleceu comigo um diálogo recíproco que vai tendo acertos e que permite "ser" nesta relação terapêutica. Este "olhar-se" separado dos pais mas a identificar-se com os pais pode remeter para um objeto interno mais consistente.

Toda esta possibilidade de elaboração que foi acontecendo no trabalho psicoterapêutico permitiu que ele fosse capaz de falar sobre a sua relação com as raparigas. Diz que não lhe ligam e que nem deram pela sua falta nas aulas quando ele foi operado. Deseja ser admirado e ter um lugar no mundo de jovens em que está inserido. Sente alguma decepção por não sentir ter um lugar no olhar das raparigas.

Quando sugeri que ele integrasse um grupo de escuteiros para desenvolver melhor estas relações diz-me: Não, não quero separar-me dos meus pais".

Quando está mais sozinho e assustado diz que os seus medos tomam a forma de espíritos. Está muito dividido internamente. Há partes dele que continuam frágeis e ainda não sente confiança interna para se aventurar sozinho. Apesar do Luís estar a conhecer-se mais e a crescer ainda existem estes receios, ainda há momentos em que ele é tomado por estas angústias de separação dos pais.

Depois fala-me da dificuldade que sente na escola em ser aceite no grupo de rapazes. Sente-se muito revoltado quando é excluído do grupo de rapazes que jogam futebol em detrimento de colegas que jogam melhor que ele. Tem muitas dificuldades de desempenho em educação física. Aqui na consulta ainda brinca com os bonecos e quer que eu participe. Nas batalhas de Pokémons é muito bom. As lutas entre os bonecos representam o seu desejo de as concretizar lá fora, na sua vida real, com os rapazes, o que ele ainda não consegue.

Observa o corpo dos outros rapazes e repara como o dele ainda não tem pelos nem sinais de puberdade. Quer saber se acho que ele vai crescer e imagina como será ter essas características de rapaz crescido. Diz que muitas vezes apetece-lhe levar os bonecos para as aulas para brincar nos intervalos mas não o faz porque sabe que seria gozado e chamado de bebé. Questiona-se se algum dia terá uma namorada, se é normal, e se eu o vejo como aos outros rapazes que vêm cá às minhas consultas. Precisa de um olhar externo de confirmação das suas capacidades e do seu existir como rapaz.

Entretanto recebe o seu primeiro telemóvel. Representa um novo estatuto. Sente-se mais próximo dos outros colegas. Ensaia comigo as trocas de músicas e de vídeos por Bluetooth – mais uma vez o que ele deseja fazer lá fora com os jovens da sua idade.

Propomos que integre a equipa do Hospital de Dia onde pode estar com outros jovens na presença de um mediador, dos terapeutas. Aceita e inicia esta modalidade passando a ter consultas quinzenais comigo. Os pais continuam a ser acompanhados pela médica.

Mais à frente interessa-se muito por mim. Coloca-me várias questões pessoais. Começa a olhar para mim como objeto de relação e diferenciado, mas numa relação que já esta construída.

A escola vai bem do ponto de vista de resultados académicos mas o isolamento e as dificuldades de relações sociais mantêm-se – talvez porque os pensamentos de desvalorização e os medos ainda persistem.

Os medos vão estando sempre presentes na sua vida. No entanto, vão-se tornando menos intensos, alguns deixam de existir, aceita-os, comigo vai pensando sobre as várias situações em que sente mais dificuldade em lidar.

Transita para o 9º ano. Há medida que se desenvolve psiquicamente também se desenvolve fisicamente. Começa a ficar mais bonito e com voz

grossa. Está mais alto do que o pai. Conversa muito bem de vários temas. Gosta dos novos professores e colegas. Preocupa-se com os exames finais e já pensa se deverá ir para a área de ciências e para a faculdade. Sonha fazer amizades e um dia encontrar uma namorada especial, casar e ter a sua família. Já se projeta no futuro de forma entusiasmada. Os pais passaram a estar presentes e com uma relação de maior qualidade com ele. Acompanham-no sempre, investiram nas consultas terapêuticas, falam com a médica e comigo regularmente. O seu empenho levou-os a uma relação de maior qualidade com o filho. Reconhecem que o Luís mudou muito e que está melhor e mais crescido.

Continua a ser um jovem mais reservado e retraído socialmente. Continua a sentir dificuldade em resolver uma disputa ou em reagir quando gozam com ele. Mas já sonha com essas situações e aí, no sonho, reage com raiva e tem força para se defender. Depois tem medo de pensar nestas suas zangas interiores e na violência pois receia que lhe vá acontecer algo de mal. Mas falar aqui sobre estas coisas, dar sentido ao que pensa e ao que sente, ajuda-o a tranquilizar-se e organizar-se. No fim diz: “que bom, já desabafei”.

Já se veste de forma adequada a um adolescente da sua idade. Fez 16 anos e está na área de ciências, no 10º ano. Tem sentindo algumas dificuldades mas com ajuda prossegue o seu caminho. Precisa de mais tempo para fazer os testes. Precisa de um tempo interior próprio, dele, para prosseguir o seu desenvolvimento. Joga ténis de mesa na escola e consagrou-se um ótimo jogador. Finalmente ganhou algum espaço neste mundo que é a adolescência. Nas férias faz voluntariado na Câmara a que pertence. Quer prosseguir os estudos e ir para a faculdade. Nesta fase vem a esta consulta uma vez por mês até ao fim do 10º ano, altura em que termino o meu trabalho nesta equipa e nos despedimos com um “Até sempre”. Na última sessão digo-lhe que o acho muito diferente, mais crescido fisicamente e psicologicamente. Ele responde-me que concorda, que ainda tem alguns medos, mas que agora sabe como ultrapassá-los e... ainda gosta de Pokémons! Passa para o 11º ano com boas notas.

Não o voltei a ver nem tive notícias dele. Mantenho viva, dentro de mim, a lembrança destes quase quatro anos que percorremos juntos. Quando escrevi este trabalho inspirei-me nele e em todos os jovens com quem tive o privilégio de acompanhar como psicoterapeuta.

A adolescência é uma etapa de vida marcada essencialmente pela transformação. As transformações pubertárias proporcionam transformações somáticas, fisiológicas, afetivas e sexuais, que, por sua vez, conduzem a uma reestruturação psíquica e a uma consolidação da identidade.

A sintomatologia que o Luís apresentava inicialmente era muito intensa e poderia ser compatível com um quadro psicopatológico. O acontecimento que

desencadeou a situação de ansiedade, e conseqüentemente alguma desorganização psíquica, em simultâneo com o advir da adolescência, despertou dentro dele o medo de crescer e autonomizar-se quando interiormente não se sentia preparado. Não encontrou no seu mundo externo um casal parental seguro e tranquilo. A representação interna dos pais era igualmente frágil. Separar-se e individualizar-se quando não se está seguro internamente é uma tarefa impossível. Não tinha uma boa rede social de apoio pois foi sempre difícil fazer e manter amizades fora do seu mundo familiar tão fechado. Crescer tornou-se um desafio assustador e foi preciso a intervenção dos técnicos de saúde mental para ajudar toda a família neste momento de crise. Após estes 4 anos de acompanhamento psicoterapêutico, podemos dizer que estabeleceu comigo uma relação de confiança e segurança, encontrou um lugar onde podia existir e ser, pensar e sentir, onde foi possível crescer. O terapeuta tornou-se um novo objeto de relação. O que acontece na relação terapêutica replica-se depois na sua vida lá fora, nas relações que tem ou que passa a ter.

Atualmente, como psicoterapeuta, tenho consciência que haveriam mais áreas para trabalhar com este jovem. Desempenhei essencialmente uma função de facilitadora da sua adolescência, em primeiro lugar com a crença genuína nos seus recursos internos e no seu potencial de desenvolvimento. Depois com a presença regular e constante; com a minha disponibilidade para acolher e conter as suas dimensões internas, transformar e depois devolver de forma tolerável o seu excesso de sofrimento e as suas angústias. Finalmente, realçar ainda dois fatores fundamentais para o desenvolvimento deste processo: o facto das defesas psíquicas do Luís serem ainda flexíveis e a mobilização dos pais para compreender e ajudar o filho.

Talvez um dia o Luís volte a precisar de ajuda ou simplesmente deseje aprofundar o conhecimento de si e deste mundo interno tão desconhecido mas tão nosso e tão verdadeiro. Espero que a nossa relação e experiência psicoterapêutica tenha ficado para sempre com ele.

REFERÊNCIAS

- ¹ Anderson, R. (1998). O comportamento suicida e o seu significado na adolescência. In R. Anderson & A. Dartington (Eds.), *Olhar de frente: Perspetivas clínicas das perturbações da adolescência* (1ª ed., pp. 125-139). Lisboa: Assírio & Alvim.
- ² Dubinsky, H. (1998). O medo de se tornar homem. In R. Anderson & A. Dartington (Eds.), *Olhar de frente: Perspetivas clínicas das perturbações da adolescência* (1ª ed., pp. 179-199). Lisboa: Assírio & Alvim.

- ³ Matos, A. C. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ⁴ Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ⁵ Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ⁶ Barrie, J. M. (1993). *Peter Pan*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

ABSTRACT

This paper is an overview about psychoanalytical psychotherapy for adolescents and aims to contribute towards the multidisciplinary work necessary at this phase of development. A person's emotional life can only be created through a relationship with the other and the therapist represents a new object of relationship. The capacity to understand an adolescent and also the quality of the relationship depend on the psychotherapist's ability to remain in close contact with his or her own adolescence and this necessarily brings in other relationship objects that are part of both the adolescent's and the therapist's lives. To travel together can then be a journey in good company.

At the end, a clinical case gives insights about the psychoanalytical psychotherapy.

Key words: Adolescence, New relationship, The psychotherapist and his or her adolescence, A new object of relationship.

COMORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO EM ADOLESCENTES E ADULTOS: REVISÃO DA LITERATURA

João Picoito¹
Vitor Santos²
Helena Rita²

RESUMO

Introdução: A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é caracterizada por défices persistentes na interação e comunicação sociais, e por comportamentos repetitivos e estereotipados que acompanham o indivíduo da infância à vida adulta. Se anteriormente era atribuído ao próprio Autismo todas as manifestações clínicas destes doentes, actualmente existe a noção de que a comorbilidade psiquiátrica é um problema frequente nestes indivíduos, com um forte impacto no funcionamento e qualidade de vida destes. Assim, o presente trabalho pretende realizar uma revisão da literatura sobre comorbilidade psiquiátrica na PEA, em adolescentes e adultos. Métodos: Foi realizada uma pesquisa da literatura na base de dados médica PubMed, até setembro de 2016. Resultados: Foram encontrados 35 artigos originais com estimativas de prevalência de comorbilidade psiquiátrica em adolescentes e adultos com PEA. Existe uma elevada prevalência de comorbilidade psiquiátrica em adolescentes e adultos com PEA, sobretudo Depressão, Ansiedade e Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Conclusão: Apesar da grande variabilidade nos valores encontrados, fruto de metodologias heterogéneas entre os vários estudos, a presença de comorbilidade psiquiátrica em adolescentes e adultos com PEA é frequente, sendo o seu correto e atempado diagnóstico essencial para obtenção de melhores cuidados de saúde nesta população.

Palavras-chave: Autismo, Comorbilidade, Adolescentes, Adultos, Depressão, Ansiedade, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Psicose, Sobreposição Clínica.

¹ Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Serviço de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. E-mail: joao.picoito@gmail.com.

² Psiquiatra. Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

INTRODUÇÃO

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é conceptualizada como uma perturbação do neurodesenvolvimento, fenotipicamente heterogénea, caracterizada por défices graves e duradouros na comunicação e interação sociais e tendência para padrões comportamentais repetitivos e estereotipados, que se encontram presentes desde a infância e persistem ao longo da vida⁽¹⁾. Dados epidemiológicos do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) apontam para uma prevalência de PEA, em crianças de 8 anos, de 1.46% (ou 1 em 68 crianças), sendo cerca de cinco vezes mais frequente em rapazes do que em raparigas⁽²⁾. Os estudos epidemiológicos em adultos são escassos, apontando para uma prevalência de aproximadamente 1%, afetando mais homens do que mulheres (1.8 e 0.2%, respetivamente)⁽³⁾.

A 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) trouxe novas alterações na classificação e critérios de diagnóstico do Autismo. Anteriormente, este estava incluído no capítulo de Perturbações Globais do Desenvolvimento, que abrangia a Perturbação Autística, Perturbação de Rett, a Perturbação de Asperger, a Perturbação Desintegrativa da segunda infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação. Na nova edição do DSM, estas categorias foram aglutinadas em apenas uma, Perturbação do Espectro do Autismo⁽⁴⁾, devido à difícil diferenciação na prática clínica, à evolução entre diferentes subgrupos ao longo do tempo, e à fidedignidade variável do relato dos pais relativamente à história do desenvolvimento psicomotor⁽⁵⁾.

Sendo a PEA uma doença que acompanha o indivíduo desde a infância até à vida adulta, muitos estudos têm avaliado esta evolução ao longo do tempo, em termos de sintomatologia e de funcionamento. Estes estudos descrevem uma grande heterogeneidade na evolução destes doentes, em que alguns indivíduos vão perdendo capacidades ao longo do tempo, ou atingem um *plateau* na adolescência, enquanto que outros manifestam um padrão de desenvolvimento contínuo na vida adulta⁽⁶⁾. Muitas vezes existe uma diminuição da sintomatologia, com melhoria na interação social, e nos comportamentos repetitivos e estereotipados⁽⁷⁾. Contudo, estas mudanças são mais óbvias em indivíduos com maior Quociente de Inteligência (QI) e desenvolvimento da linguagem, sendo estes considerados os dois principais fatores de bom prognóstico⁽⁸⁾.

Um dos tópicos que também tem sido alvo de intensa investigação é a comorbilidade psiquiátrica na PEA, definida como a coocorrência de dois ou mais diagnósticos num indivíduo. Atualmente, um número considerável de investigadores tem considerado que muitas manifestações clínicas consideradas

como associadas ao Autismo, devem antes ser abordadas como indicadoras da existência de comorbilidade, exigindo um diagnóstico adicional⁽⁹⁾. Estudos de comorbilidade psiquiátrica em crianças com PEA têm encontrado taxas elevadas de psicopatologia coocorrente, de aproximadamente 70 a 80%⁽¹⁰⁾. As comorbilidades psiquiátricas em crianças e adolescentes mais frequentemente reportadas são a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), Perturbação do Comportamento Disruptivo, Perturbação de Ansiedade, e Perturbações do Humor⁽¹¹⁾. Estas perturbações têm um forte impacto no funcionamento das crianças e adolescentes com PEA, exacerbando simultaneamente as manifestações clínicas nucleares do Autismo⁽¹²⁾. Tem também sido reportado o uso crescente de medicação psicotrópica em crianças com PEA⁽¹³⁾. O mesmo acontece em adolescentes e adultos com PEA, em que num estudo com 286 indivíduos, cerca de 33% encontrava-se medicado com antipsicóticos, 43% com antidepressivos e 14% com ansiolíticos ou hipnóticos⁽¹⁴⁾, sendo estes dados indicadores indiretos da presença de psicopatologia coocorrente. Adicionalmente, com a passagem da infância para a adolescência, e desta para a vida adulta, há frequentemente um aumento de Perturbações da Ansiedade, do Humor e Psicose na população em geral, sendo expectável que o mesmo aconteça em indivíduos com PEA⁽¹⁵⁾. O diagnóstico de comorbilidade psiquiátrica no adolescente e adulto com PEA é complexo, envolvendo sobreposição clínica e questões fenomenológicas importantes. Contudo, o reconhecimento de comorbilidade psiquiátrica é essencial para o tratamento efetivo desta, melhorando o funcionamento global, a reabilitação psicossocial e qualidade de vida destes doentes⁽¹⁶⁾.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa da literatura até julho de 2016 na base de dados médica PubMed, usando as seguintes palavras-chave e fórmula: (autism[Title] OR autistic[Title] OR asperger[Title]) AND (adult*[Title] OR adolescen*[Title]) AND (comorbi*[Title] OR psychiat*[Title] OR outcome[Title] OR psychopathology[Title] OR depress*[Title] OR bipolar[Title] OR psychosis[Title] OR anxiety[Title] OR adhd[Title] OR cataton*[Title]).

Foram selecionados artigos adicionais através de pesquisa manual das referências dos artigos identificados, e em livros de texto. A seleção dos artigos encontra-se sumarizada na Figura 1, consoante as normas *Preferred items for systematic reviews and meta-analysis* (PRISMA).

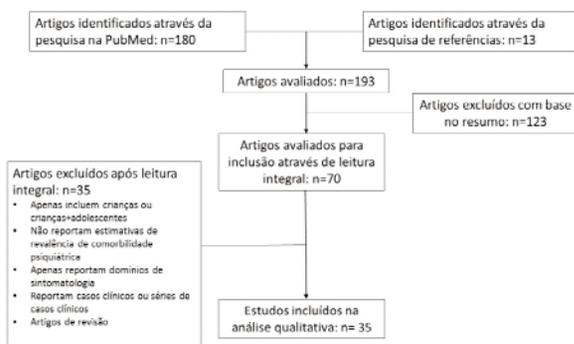


Figura 1. Sumarização do processo de seleção de artigos, como recomendado pelas normas PRISMA

Como critérios de inclusão, os artigos teriam de reportar estimativas de taxas de prevalência de comorbidade psiquiátrica em indivíduos adolescentes e/ou adultos com PEA, nomeadamente Perturbações do Humor, Ansiedade, Psicose, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, entre outras. Foram excluídos artigos que apenas incluíssem crianças, ou crianças e adolescentes, que apenas descrevessem casos clínicos, ou que apenas reportassem sintomatologia psiquiátrica, sem atribuição de diagnóstico.

RESULTADOS

Usando os critérios acima mencionados, foram selecionados 35 artigos originais. Estes encontram-se sumarizados na Tabela 1 com informação sobre idade, género, QI dos participantes, e método de diagnóstico utilizado. Alguns estudos apenas avaliaram a presença de um diagnóstico específico (por exemplo Psicose; Catatonia). A maioria avaliou a presença de diferentes comorbidades através de entrevista clínica, usando critérios da 10^a Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD-10), DSM-IV ou DSM-III, enquanto que outros utilizaram diferentes entrevistas diagnósticas estruturadas. Existe uma grande variabilidade nas estimativas de prevalência, que reflete a heterogeneidade nos critérios de inclusão e métodos de diagnóstico. Adicionalmente, são utilizadas diferentes nomenclaturas e agrupamentos de diagnósticos na descrição dos resultados. As três comorbidades mais frequentes são a Depressão, Ansiedade e Perturbação Obsessivo-Compulsiva. A Tabela 2 apresenta as estimativas de prevalência para as cinco comorbidades mais frequentes.

Depressão

A Depressão é a comorbilidade mais frequente em adultos e adolescentes com PEA, afetando até cerca de 70% dos indivíduos^(17,18). Num estudo de *follow-up* em adultos jovens com PEA (50% com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual), com idades compreendidas entre os 19 e 31 anos, cerca de 20% apresentava Depressão major, segundo os critérios do DSM-IV-TR⁽¹⁹⁾. Joshi e col. (2012)⁽²⁰⁾ realizaram um estudo transversal em adultos com PEA (84% com QI normal), em que encontraram uma taxa de cerca de 30% de Perturbação Depressiva Major, aferida pela *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders* (SCID-I). Encontram-se valores mais elevados quando se avalia a presença do diagnóstico ao longo da vida. Num estudo com 54 indivíduos com Síndrome de Asperger, 70% apresentava critérios para Depressão Major ao longo da vida, sendo que 50% do total apresentava Depressão recorrente⁽¹⁸⁾. Em 122 doentes consecutivamente referenciados com PEA e inteligência normal, 48% apresentavam critérios positivos ao longo da vida para Perturbação do Humor (excluindo Doença Bipolar), sendo que um terço do total da amostra já tinha sido tratado com medicação antidepressiva pelo menos uma vez na vida⁽²¹⁾. Contudo, existe alguma variabilidade nos estudos. Munesue e col. (2008)⁽²²⁾, numa amostra de adolescentes e adultos consecutivamente referenciados, com QI superior a 70, apenas 9% apresentavam critérios para Depressão. Hutton e col. (2008)⁽¹⁷⁾ realizaram um estudo de *follow-up* de pelo menos 21 anos em 135 indivíduos diagnosticados com PEA na infância, em que apenas 3% apresentavam Depressão, embora o conjunto das Perturbações Afetivas compreendesse 11%.

A Depressão no Autismo pode manifestar-se por irritabilidade, tristeza, agressividade e comportamentos suicidários. Pode também haver uma alteração dos comportamentos repetitivos, podendo a redução destes comportamentos ser interpretada como uma melhoria clínica, mascarando a Depressão⁽²³⁾. As dificuldades na linguagem e comunicação típicas destes doentes tornam difícil a descrição de alterações no humor ou de sintomatologia somática da Depressão, sendo contraintuitiva a presença de taxas tão elevadas⁽²⁴⁾. É, portanto, um diagnóstico difícil de realizar em indivíduos com Autismo, sobretudo quando a apresentação é atípica, ou em doentes com PDI concomitante, dependendo essencialmente das manifestações vegetativas, regressão e agressividade⁽²⁵⁾. Outra questão importante quando se analisam estes dados é a sobreposição fenomenológica da Depressão e Autismo, nomeadamente o isolamento social e alterações na comunicação não verbal⁽²¹⁾.

Em doentes com Autismo de alto funcionamento o diagnóstico de comorbilidade é relativamente mais fácil, sendo que, aparentemente também mais frequente. Se para as taxas de psicopatologia global a inteligência parece não ter

um papel essencial, no caso da Depressão parece já haver um papel importante⁽²⁶⁾. Sterling e col. (2007), numa amostra de 46 adultos com PEA, encontraram um maior número de sintomas depressivos em indivíduos com maior capacidade cognitiva e social, e taxas mais elevadas de outros sintomas psiquiátricos, considerando estas características como factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de Depressão⁽²⁷⁾. A consciência das dificuldades sociais e do papel do próprio em problemas interpessoais, assim como défices na capacidade de *coping*⁽²⁸⁾, levam a baixo autoconceito, desesperança e angústia, associados ao desenvolvimento de comorbidade psiquiátrica⁽²⁹⁾. As cognições depressivas de carácter ruminativo também desempenham um papel importante em indivíduos com Autismo e Depressão. De facto, em adolescentes e adultos com QI verbal acima de 70, os sintomas depressivos encontraram-se associados a maior consciência das incapacidades associadas ao Autismo e menor suporte social, assim como maior ruminação, que por sua vez apresentou uma associação positiva com comportamentos repetitivos e preferências perseverativas, típicas da PEA⁽³⁰⁾.

Ansiedade

Juntamente com a Depressão, a Ansiedade é uma das comorbidades psiquiátricas mais frequentes na PEA. Kanner, no seu artigo seminal de 1943, comentou que os comportamentos repetitivos e interesses restritos teriam uma relação estreita com a Ansiedade⁽³¹⁾. Para Groden, devido à natureza da própria perturbação, os indivíduos com Autismo não têm capacidades de *coping* ou de reavaliação cognitiva eficazes para gerir situações que julguem ser ansiogénicas⁽³²⁾. Nos anos 80, Rumsey e col. (1985)⁽³³⁾ estudaram 14 indivíduos com PEA (14% com PDI), através de uma entrevista clínica estruturada (*NIMH Diagnostic Interview Schedule*) e observação comportamental realizada em regime de internamento ao longo de 5 dias, tendo encontrado uma taxa de Ansiedade de 50%. Já Tantam e col. (2000)⁽³⁴⁾, em 85 indivíduos com Síndrome de Asperger, diagnosticaram Ansiedade em apenas 5% dos doentes, embora sem entrevista clínica estruturada. Resultados diferentes encontraram Green e col. (2000)⁽³⁵⁾ numa pequena amostra de adolescentes com Síndrome de Asperger, em que 35% apresentavam diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada, tendo sido utilizada a entrevista *Isle of Wight Subject Interview*. Mais recentemente, Eaves e Ho (2007)⁽¹⁹⁾ encontraram valores semelhantes ao estudo de Rumsey, em que em 48 doentes com PEA, 50% apresentavam Ansiedade. Buck⁽¹⁰⁾, em 129 doentes com PEA, dos quais 72% com PDI, utilizando a *Mini-Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability*, encontrou uma taxa de 40%. Estudos de prevalência ao longo da vida encontraram valores mais elevados: no estudo de Hofvander⁽²¹⁾ 50% (utilizando a

SCID-I), e Lugnegard⁽¹⁸⁾ encontrou um valor semelhante, mas repartido entre diferentes diagnósticos – 22% para Perturbação de Ansiedade Generalizada, 13% para Perturbação de Pânico e 15% para Agorafobia.

Alguns autores têm estudado as diferenças na prevalência estimada de Perturbação de Ansiedade entre indivíduos com PDI sem PEA, e em indivíduos com PDI e PEA. À semelhança de estudos em crianças⁽³⁶⁾, Gilott e Standen⁽³⁷⁾ encontraram níveis significativamente superiores de Ansiedade em adultos com PEA e PDI, quando comparando com indivíduos com PDI sem PEA comórbida.

A Perturbação de Ansiedade Social tem sido também alvo de estudo em indivíduos com PEA. A presença de ansiedade focada em situações sociais e baseada na experiência de incompetência em situações sociais é um problema frequente em indivíduos com PEA e inteligência normal⁽³⁸⁾. Concomitantemente, existe uma importante sobreposição clínica entre a Ansiedade Social e a PEA, levando a que seja difícil o diagnóstico de uma PEA de base em indivíduos com inteligência normal, sem antecedentes psiquiátricos que recorram por queixas de Ansiedade em contexto social⁽³⁹⁾. No estudo de Hofvander 13% tinham diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Social, enquanto que no estudo de Lugnegard foram encontrados valores ligeiramente mais altos (22%), sendo estes os únicos estudos encontrados a reportarem valores para esta perturbação.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)

À semelhança de outras comorbilidades, têm sido apresentados valores variáveis de POC concomitante. No estudo de Tantam e col. (2000)⁽³⁴⁾, em 85 indivíduos com Síndrome de Asperger, apenas 2% apresentava critérios para POC. Igualmente, Ghaziuddin e col. (1998)⁽⁴⁰⁾ em 35 doentes com Síndrome de Asperger, apenas 1 apresentava critérios para POC. Desde então, taxas mais elevadas têm sido reportadas, de 15 a 50%^(19-21,27). Tem havido um especial interesse na sobreposição clínica entre a POC e a PEA, e na distinção destas duas categorias diagnósticas. Russell e col. (2005)⁽⁴¹⁾ compararam a sintomatologia obsessivo-compulsiva, medida pela *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and Symptom Checklist*, não tendo obtido diferenças significativas, à exceção de obsessões somáticas, mais frequentes nos doentes com diagnóstico de POC. Num estudo realizado dez anos antes, com a mesma metodologia, mas com indivíduos com PDI (72%), já foram encontradas diferenças significativas nas obsessões com temáticas de agressividade, contaminação, religião, sexual e somáticas, todas estas mais frequentes em doentes com POC⁽⁴²⁾. Por outro lado, as compulsões de ordenação, acumulação, tocar ou esfregar e comportamentos com auto-lesão eram mais frequentes em indivíduos com PEA, do que com POC⁽⁴²⁾.

Simultaneamente, segundo os critérios da ICD-10, 25% dos doentes com PEA preenchia critérios para POC. É um diagnóstico de comorbilidade controverso, visto que rotinas rígidas e comportamentos repetitivos fazem parte do diagnóstico de PEA⁽¹⁷⁾. Na PEA os comportamentos repetitivos e interesses restritos não são geralmente acompanhados de ansiedade, mas sim muitas vezes por prazer. Adicionalmente, as compulsões são mais frequentes do que as obsessões⁽²⁴⁾. Estas características contrastam com a POC onde estes comportamentos causam ansiedade. Alguns autores defendem que a distinção é feita através da egossintonia ou egodistonia, sendo que quando os comportamentos repetitivos são egossintônicos estamos perante uma PEA, não sendo atribuído o diagnóstico de POC⁽⁸⁾. Muitos autores defendem que os termos obsessão e compulsão devem ser utilizados cautelosamente quando aplicados aos comportamentos e pensamentos repetitivos característicos de indivíduos com PEA, pois estes a maioria das vezes não conseguem comunicar o seu estado mental interno⁽⁴³⁾. Contudo, quando comparando indivíduos com POC com indivíduos com PEA e capacidade intelectual normal, não foram encontradas diferenças significativas na egodistonia entre os dois grupos de doentes⁽³⁹⁾.

Perturbação Afetiva Bipolar (PAB)

Vários estudos têm avaliado a presença de PAB em adolescentes e adultos com PEA, tendo obtido resultados díspares. Ghaziuddin e col. (1998)⁽⁴⁰⁾ encontraram uma pequena taxa de 3% de PAB, segundo critérios da ICD-10 e DSM-IV, referenciados por Síndrome de Asperger. Dois estudos com tamanho de amostra e método de diagnóstico diferentes, embora com percentagens elevadas de indivíduos com PEA e PDI concomitante, encontraram 6% de indivíduos com PAB^(10,19). Nos estudos de Hofvander e Stahlberg, com amostras de dimensão semelhante à do estudo de Buck (122 e 129, respetivamente), e em indivíduos com QI normal, 8 e 7% respetivamente apresentavam critérios para PAB^(21,44). Contudo, num estudo de *follow-up* de 13 a 22 anos em 120 indivíduos com PEA diagnosticada na infância, em que 20% apresentavam QI acima de 70, apenas foi detetado um caso de PAB. A percentagem mais elevada reportada (22%) foi no estudo de Munesue e col. (2008)⁽²²⁾, em 44 doentes com PEA de alto funcionamento, dos 14 aos 39 anos. Porém, neste estudo não foi realizada entrevista clínica estruturada, e podemos estar perante um viés de referência. Valor semelhante foi encontrado por Joshi e col. (2012), em que em 63 doentes, 25% apresentavam critérios para PAB, tendo sido aplicada a SCID-I⁽²⁰⁾. No estudo encontrado com maior amostra (172 participantes), de Lever e Geurts (2016)⁽⁴⁵⁾, não foram reportados casos de

PAB, porque não foram investigadas todas as comorbilidades psiquiátricas, nomeadamente Esquizofrenia, PAB e Perturbações da Personalidade.

Psicose

Inicialmente, pensava-se que o Autismo e a Esquizofrenia estavam intimamente ligados, sendo o Autismo infantil visto como uma manifestação precoce da Esquizofrenia⁽⁴⁶⁾. Esta abordagem enquadrava-se na noção de continuidade de gravidade, assim como perspetivas alargadas da Esquizofrenia⁽⁴⁶⁾. De facto, existe uma sobreposição clínica importante entre as duas entidades em que as alterações a nível cognitivo, motor, comunicacional e social podem ser semelhantes⁽²⁶⁾. Contudo, nos anos 70, estudos epidemiológicos que compararam as psicoses de início precoce com as de início tardio vieram demarcar as duas entidades⁽⁴⁷⁾. Foram encontradas diferenças na idade de início, características de apresentação, curso, capacidade intelectual, distribuição por sexo, e antecedentes familiares de Esquizofrenia⁽⁴⁸⁾. Posteriormente, Petty e col. (1984)⁽⁴⁹⁾ reportaram três casos de crianças com Autismo que posteriormente desenvolveram Esquizofrenia, defendendo que haveria um risco acrescido de desenvolvimento de Esquizofrenia em crianças com Autismo. Desde então, diversos estudos têm tentado responder a esta questão. Volkmar e Cohen (1991)⁽⁴⁶⁾ realizaram uma revisão de registos clínicos de adolescentes e adultos com história de Autismo, tendo apenas encontrado 1 caso em 163 com diagnóstico inequívoco de Esquizofrenia. Ao concluírem que a frequência de Esquizofrenia em indivíduos com Autismo é de cerca de 0.6%, ou seja comparável à da população em geral, colocaram em causa a posição de Petty. No mesmo ano, Tantam e col. (2000)⁽³⁴⁾, avaliaram 85 adultos com Síndrome de Asperger e encontraram uma taxa de 3.5% de Esquizofrenia. Recentemente, frequências superiores, de 3.7 a 12% têm sido reportadas^(10,16,18,21,44,50), ao mesmo tempo que vários estudos não têm encontrado qualquer caso de psicose^(8,17,19,20,22,27,40). Esta discrepância nos resultados poderá dever-se a viés de seleção, diferentes práticas de referenciação e variedade nos critérios de inclusão dos estudos. Por exemplo, num estudo de comorbilidade psiquiátrica em 89 adultos diagnosticados na infância com Autismo Atípico, o diagnóstico de Psicose foi atribuído a mais de metade da amostra, repartido por Esquizofrenia com 28%, Perturbação Delirante 2.3%, Psicose SOE 3.4% e Episódio Psicótico Agudo 1.1%.

Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

Apesar de, segundo o DSM-IV-TR, a PEA ser um critério de exclusão para PHDA, situação que foi alterada com o DSM-5, a PHDA é uma comorbilidade

frequente em crianças com PEA, afetando até cerca de 70% dos indivíduos⁽⁵¹⁾. Quatro estudos reportaram valores para PHDA comórbida em doentes adultos com PEA sem incapacidade intelectual, nomeadamente 30 a 43%^(18,21,44,45), sendo o tipo misto o mais frequente, seguido do tipo predominantemente desatento^(21,44,45). Estes valores, embora elevados, são inferiores aos tipicamente reportados em crianças, estando em consonância com a diminuição de sintomas de PHDA da infância para a vida adulta⁽¹⁵⁾. À semelhança de outras comorbilidades o método de diagnóstico variou de estudo para estudo. Lever e Geurts⁽⁴⁵⁾ utilizaram a Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale. Lugnegard e col. (2011)⁽¹⁸⁾, apesar de reportarem valores de PHDA, não utilizaram qualquer entrevista diagnóstica ou questionário, baseando o diagnóstico de PHDA em registos clínicos. Hofvander e col. (2009)⁽²¹⁾ utilizaram a SCID-I, enquanto que Stahlberg e col. (2004)⁽⁴⁴⁾ apenas os critérios do DSM-IV.

Catatonía

A catatonía tem recebido um especial enfoque como comorbilidade psiquiátrica na PEA. Pode ser definida por um conjunto de características, nomeadamente ecopraxia e ecolalia, obediência automática, ambítenência, postura inadequada ou bizarra e flexibilidade cérea⁽⁵²⁾. Costuma desenvolver-se na adolescência numa pequena proporção de indivíduos com Autismo⁽⁵³⁾. Lorna Wing em 1981 reportou um caso de catatonía em 18 adolescentes e adultos com PEA e capacidade intelectual normal⁽⁵⁴⁾. Realmuto e August⁽⁵⁵⁾ descreveram 3 casos de Autismo com catatonía e PDI, defendendo que os estados catatónicos autistas devem ser considerados como uma expressão intrínseca particular da PEA, e não como uma comorbilidade. Wing e Shah⁽⁵⁶⁾, utilizando a *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders*, encontraram critérios de catatonía em 6% de 506 adolescentes e adultos. Mais recentemente Hutton reportou 5 casos de catatonía em 135 indivíduos, e Billstedt em 12% de 120 indivíduos^(16,17).

Abuso de substâncias

O abuso de substâncias é uma comorbilidade importante a ter em conta na abordagem de doentes com PEA. Mouridsen e col. (2007)⁽⁵⁷⁾ reportaram uma taxa de 10% em 89 indivíduos, sobretudo consumo de álcool. Hutton e col. (2008)⁽¹⁷⁾ apesar da baixa frequência global de psicopatologia encontrada na amostra, descreveram um caso de abuso de álcool. No estudo de Lugnegard (2011)⁽¹⁸⁾, 7% dos doentes tinham critérios para abuso de substâncias, sobretudo em indivíduos com PHDA comórbida. Lever e Geurts (2016)⁽⁵⁸⁾ encontraram a frequência mais

alta, com 16% dos indivíduos com PEA e capacidade intelectual normal, com diagnóstico de abuso de substâncias. Estes valores estão provavelmente relacionados com comorbilidades psiquiátricas, nomeadamente Ansiedade e Depressão, nas quais se encontra uma associação frequente com abuso de substâncias.

Outras Perturbações

A comorbilidade de Perturbação do Comportamento Alimentar tem também sido reportada, com taxas semelhantes entre os estudos. O estudo de Lugnegard e col. (2011)⁽¹⁸⁾ reportou 2 casos (4%) de bulimia nervosa, e o estudo de Roy e col. (2015)⁽⁵⁹⁾ reportou 1 caso (6%), também de bulimia nervosa. Hofvander e col. (2009)⁽²¹⁾, com uma amostra de tamanho superior aos estudos mencionados acima, encontrou uma taxa de 5% de PCA, não especificando o subtipo. Neste estudo, os casos de PCA foram encontrados em indivíduos com Síndrome de Asperger (33,3%) e Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento sem outra especificação (66,7%).

Dois estudos relatam comorbilidade de Tiques, mas com valores discrepantes: 20% no estudo de Hofvander e col. (2009)⁽²¹⁾ não especificando se Perturbação de Tiques ou Síndrome de Tourette, e 6% no estudo de Ghaziuddin e col. (1998)⁽⁴⁰⁾, com os casos distribuídos igualmente entre Perturbação de Tiques e Síndrome de Tourette.

As Perturbações Disruptivas do Comportamento foram apenas descritas no estudo de Green e col. (2000)⁽³⁵⁾. Neste estudo, os autores pretendiam avaliar o funcionamento social e comorbilidade psiquiátrica de adolescentes com Síndrome de Asperger, comparando com um grupo com Perturbação da Conduta. No grupo com Síndrome de Asperger ($n=20$), 25% cumpriam critérios para Perturbação de Oposição e Desafio, e 25% para Perturbação da Conduta.

DISCUSSÃO

Um dos aspetos que se reveste de especial complexidade no diagnóstico e tratamento de indivíduos com PEA é a existência de comorbilidade psiquiátrica, que se encontra associada a pior qualidade de vida, pior prognóstico, interferência com a vida diária e maior necessidade de apoio especializado⁽⁶⁰⁾. Na população geral, segundo uma amostra representativa da população americana adulta, cerca de 45% preenche critérios do DSM-IV para doença psiquiátrica pelo menos uma vez na vida, e frequentemente com início na infância e

adolescência⁽⁶¹⁾. Por sua vez, em indivíduos com PEA, apesar da inexistência de estudos de larga escala, as taxas de comorbilidade psiquiátrica parecem ser superiores. Num estudo realizado em 2014, com 129 indivíduos com PEA diagnosticada na infância, 69% apresentavam critérios para comorbilidade psiquiátrica ao longo da vida⁽¹⁰⁾. Resultado semelhante encontraram Lever e Geurts (2015)⁽⁴⁵⁾ numa amostra de 172 adultos com PEA sem PDI, em que obtiveram um valor de 79% de indivíduos com critérios para diagnóstico psiquiátrico ao longo da vida.

A literatura apresenta resultados contraditórios relativamente à influência da capacidade intelectual na presença de comorbilidade psiquiátrica na PEA. Hutton e col. (2008)⁽¹⁷⁾ não encontraram diferença nas taxas de comorbilidade global em indivíduos com PEA consoante o nível de QI. Quando comparamos diretamente diferentes estudos, encontramos níveis de comorbilidade geral semelhante: 66% no estudo de Ghaziuddin e col. (1998)⁽⁴⁰⁾ em indivíduos com Síndrome de Asperger, e 70% no estudo de Perry e col. (2001)⁽⁵⁰⁾ em indivíduos com PEA e PDI. Por outro lado, Howlin (2004)⁽⁸⁾ numa revisão da literatura com estudos publicados previamente a 2004, mostrou que indivíduos com Autismo e QI normal pareciam apresentar taxas superiores de comorbilidades. No estudo de Buck e col. (2014)⁽¹⁰⁾, doentes com PEA sem PDI apresentaram taxas maiores de Ansiedade ou Depressão, comparando com doentes com PEA e PDI. Os estudos reportados acima avaliaram a presença de comorbilidade psiquiátrica em indivíduos com PEA, com ou sem PDI. Contudo, também é importante comparar as taxas de comorbilidade psiquiátrica em adolescentes e adultos com PDI, com ou sem PEA. O estudo de Bakken e col. (2010)⁽⁶²⁾ encontrou maiores taxas de comorbilidade psiquiátrica no grupo com PDI e PEA, do que no grupo com apenas PDI. De facto, a interação entre PEA e PDI e a sua influência nas taxas de comorbilidade psiquiátrica é um tópico que necessita de mais investigação, sendo necessário avaliar a influência de diferentes níveis de gravidade de PDI, assim como de diferentes perfis de funcionamento cognitivo e adaptativo nas taxas de comorbilidade psiquiátrica nesta população.

Com efeito, o diagnóstico de comorbilidade é complexo devido a vários fatores, que impossibilitam tanto a obtenção de valores inequívocos, como a comparação direta entre estudos^(17,63): (1) a sobreposição da sintomatologia, como por exemplo os comportamentos repetitivos e estereotipados e os comportamentos do espectro obsessivo-compulsivo; (2) a apresentação atípica e idiossincrática da comorbilidade, assim como a dificuldade em identificar as manifestações da PEA de base, mascaradas pela existência de comorbilidade; (3) a capacidade reduzida de introspeção e comunicação típicas destes doentes;

(4) a heterogeneidade das metodologias de definição do diagnóstico, quer de PEA, quer das comorbilidades, nomeadamente no uso ou não e de diferentes entrevistas clínicas estruturadas; (5) a utilização de diferentes edições das classificações de perturbações mentais (DSM, ICD), incluindo assim, consoante a edição utilizada, grupos mais homogéneos ou heterogéneos de doentes (por exemplo, Autismo Típico ou Síndrome de Asperger na DSM-IV, contrastando com a Perturbação do Espectro do Autismo na DSM-5, que abrange os diferentes subtipos patentes na DSM-IV); e por último, (6) as diferentes práticas de referenciação aos serviços de saúde mental que influenciam as estimativas de prevalência de comorbilidade reportadas. Para colmatar a heterogeneidade de métodos de diagnóstico, têm sido desenvolvidos instrumentos para avaliar comorbilidade psiquiátrica em doentes com PEA, nomeadamente a *Autism Co-morbidity Interview – Present and Lifetime version* (ACI-PL), a *Autism Spectrum Disorder – comorbidity for Adults* (ASD-CA), e mais recentemente, a *Psychopathology in Autism Checklist* (PAC)⁽⁶³⁻⁶⁵⁾. Contudo, os dois primeiros instrumentos citados não diferenciam claramente a sintomatologia da PEA da sintomatologia de comorbilidades psiquiátricas⁽⁶³⁾, tendo a PAC sido desenvolvida com o objetivo de colmatar esta falha. A PAC é constituída então por cinco subescalas, compostas por diferentes itens baseadas nos critérios da ICD-10 e DSM-IV: Psicose, que avalia a presença de sintomas positivos e negativos, e desorganização; Depressão, que avalia o humor e sintomas cognitivos, somáticos e psicomotores; Ansiedade, com itens de sintomas fisiológicos, cognitivos e de evitamento; POC, compreendendo rituais, comportamentos repetitivos e obsessões; e por último a subescala Problemas de Ajustamento que avalia problemas de sono, evitamento social, comportamentos auto-lesivos, agressividade e passividade⁽⁶²⁾.

A sobreposição de sintomatologia entre a PEA e outras doenças psiquiátricas é considerável. Os comportamentos ritualísticos e repetitivos que são manifestações clínicas chave da PEA podem assemelhar-se a sintomatologia obsessivo-compulsiva. Baseando-se nas semelhanças psicopatológicas e neurobiológicas, Gross-Isseroff e col. (2001)⁽⁶⁶⁾ propuseram a existência de uma síndrome autístico-compulsiva. A ausência de interação social, o embotamento afectivo, as alterações na motricidade, a ecolália, a atitude concreta e a linguagem pobre podem ser interpretados como sintomas de esquizofrenia^(8,24). Com efeito, a sobreposição da PEA com as Perturbações do Espectro da Esquizofrenia têm sido um tópico de intenso debate desde a descrição de Kanner⁽²⁶⁾. Konstantareas e Hewitt (2001)⁽⁴⁷⁾ avaliaram a sobreposição clínica entre a PEA e Esquizofrenia tendo 50% dos doentes com PEA apresentado critérios para Esquizofrenia, 35% sintomas positivos e 42% sintomas negativos.

No entanto, nenhum dos doentes com Esquizofrenia Paranóide apresentou critérios de Autismo. Mais recentemente, Hallerback e col. (2012)⁽⁶⁷⁾ realizaram uma avaliação retrospectiva do neurodesenvolvimento em doentes com Esquizofrenia, aplicando a *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders* (DISCO) aos pais dos doentes. Segundo os resultados da DISCO metade dos doentes tinham critérios para PEA. Estudos genéticos recentes têm explorado a relação entre PEA, PAB e Esquizofrenia, tendo evidenciado uma sobreposição genética entre estas entidades⁽⁶⁸⁾. Especificamente, existe evidência do envolvimento de neurexinas, neuroliginas e proteínas relacionadas como a SHANK3 na fisiopatologia destas perturbações, colocando-se a hipótese de existir uma via fisiopatológica comum. Em concordância com estes resultados, um estudo de caso-controlo de avaliação de antecedentes de Esquizofrenia ou PAB em familiares de primeiro grau de indivíduos com PEA, mostrou que a presença de Esquizofrenia nos pais ou irmãos encontra-se associada a maior risco de PEA⁽⁶⁹⁾. No mesmo estudo, também foram encontrados resultados semelhantes com PAB em pais e irmãos, mas de menor magnitude. Estes dados sugerem uma heritabilidade alargada para doença psiquiátrica. Contudo não é clara a influência dos fatores genéticos no desenvolvimento de comorbilidades⁽²⁴⁾. Factores como a gravidade da sintomatologia autística, idade, isolamento, falta de suporte social, e acontecimentos de vida negativos parecem desempenhar um papel chave no desenvolvimento de comorbilidade, apesar da escassez de dados concretos⁽⁷⁰⁾.

Em conclusão, existe uma prevalência elevada de comorbilidade psiquiátrica em adolescentes e adultos com PEA, sobretudo Depressão, Ansiedade e Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Existe também uma importante sobreposição clínica entre a PEA e as próprias comorbilidades, sendo que as características típicas do Autismo dificultam a abordagem destes doentes. As limitações metodológicas, nomeadamente o não uso de entrevistas clínicas estruturadas ou uso de diferentes instrumentos, os diferentes critérios de diagnóstico, o tamanho insuficiente das amostras, o facto de muitos estudos não terem como objetivo principal a avaliação de comorbilidade psiquiátrica e o muito provável viés de seleção na maioria dos estudos, fazem com que os dados apresentados necessitem de investigação futura, com metodologias mais robustas. O correto e atempado diagnóstico das comorbilidades psiquiátricas que podem colorir a apresentação clínica destes doentes é essencial para a obtenção de melhores cuidados de saúde nesta população com características e necessidades específicas.

Tabela 1

Estudos de comorbilidade psiquiátrica em adolescentes e adultos com PEA

Estudo	Comorbilidades	Idade e sexo	Inteligência	Método de diagnóstico/ escalas clínicas	Notas
Wing (1981) ⁽⁵⁴⁾	Pert. Afectiva 22% Psicose 11% Catatonia 5% Total 18 indivíduos	>16 M	Normal	Entrevista clínica	Série de 18 casos clínicos de Síndrome de Asperger/Autismo de alto funcionamento
Rumsey et al. (1985) ⁽³³⁾	Ansiedade 50% Depressão 14% Total 14 indivíduos	18-39 Média 28 M	14% PDI	NIMH Diagnostic Interview Schedule; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; observação comportamental realizada ao longo de internamento de 5 dias	Estudo de evolução de indivíduos adultos com Autismo, participantes em estudo de neuroimagem
Tantam et al. (1991) ⁽³⁴⁾	PAB 9% Depressão 8% Depressão psicótica 1% Ansiedade 5% POC 2% Esquizofrenia 4% Total 85 indivíduos	>18 M	Normal	Entrevista clínica	Estudo de evolução de indivíduos com Síndrome de Asperger
Volkmar & Cohen (1991) ⁽⁴⁶⁾	1 caso de Esquizofrenia 0,6% Total 163 casos	15-41 Média 24,1 85% M	Média QI 57,6	Critérios DSM-III-R	Revisão de registos clínicos de 163 casos de adolescentes e adultos com história de Autismo, para avaliação de Esquizofrenia comorbida
McDougle et al. (1995) ⁽⁴²⁾	Os dois grupos apresentam diferenças na temática das obsessões. Os doentes com PEA experimentam menos obsessões com conteúdo de agressividade, contaminação, religioso, sexual e somático.	18-53 Média 30,4 72% M	Média QI 69,7 PDI 72%	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; critérios DSM-III-R e DSM-IV	Comparação de sintomatologia obsessivo-compulsiva entre indivíduos com PEA e POC
Ghaziuddin et al. (1998) ⁽⁴⁰⁾	Depressão 23% Distímia 11% PHDA 29% POC 3% S. Tourette 3% Pert. de tiques 3% 66% com comorbilidade psiquiátrica (total 35)	8-51 anos 83% M	Normal	Critérios ICD-10, DSM-IV	Avaliação de comorbilidade em indivíduos referenciados por Síndrome de Asperger

Tabela 1 (cont.)

Estudo	Comorbilidades	Idade e sexo	Inteligência	Método de diagnóstico/ escalas clínicas	Notas
Wing & Shah (2000) ⁽⁵⁶⁾	Catatonía 6% Total 506 indivíduos	(Grupo com catatonía) 15-35 93% M	PDI e Normal	Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders	Avaliação de manifestações de catatonía em adolescentes e adultos com Autismo
Green et al. (2000) ⁽³⁵⁾	PAC 35% Distímia 25% Depressão maior 5% POC 25% PHDA 5% Perturbação da conduta 25% Perturbação de oposição e desafio 25% Total 20 indivíduos	11-19 Média 13.8 M	Normal	Isle of Wight Subject Interview	Estudo de funcionamento social e comorbilidade psiquiátrica em adolescentes com S. Asperger
Konstantareas e Hewitt (2001) ⁽⁴⁷⁾	Nenhum dos doentes com Esquizofrenia paranoide apresentou critérios de Autismo. 7 doentes com Autismo apresentaram critérios para Esquizofrenia Dos doentes com Autismo 5 apresentaram sintomas positivos na SPS, e 6 doentes na SNS. 14 doentes com PEA	17-33 Média 25.4 M	Normal	Schedule for Positive Symptoms (SPS); Schedule for Negative Symptoms (SNS); Childhood Autism Rating Scale	Estudo que avalia a sobreposição clínica entre Autismo e Esquizofrenia
Perry et al. (2001) ⁽⁵⁰⁾	Depressão 44% Mania 11% Psicose não afectiva 7% Ansiedade 7% 70% com comorbilidade psiquiátrica (total 27)	Média 28 anos 66% M	PDI	Entrevista clínica, critérios ICD-10	PEA + PDI referenciados por alteração no comportamento
Stahlberg et al. (2004) ⁽⁴⁴⁾	PAB 7% Esquizofrenia 3% Outras perturbações psicóticas 4% PHDA 38% Total 129 indivíduos	Média 30.6 61% M	Normal	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders	Estudo comparativo de comorbilidade psiquiátrica entre doentes com PHDA ou Autismo

Tabela 1 (cont.)

Estudo	Comorbilidades	Idade e sexo	Inteligência	Método de diagnóstico/ /escalas clínicas	Notas
Billstedt et al. (2005) ⁽¹⁶⁾	Psicose 7% PAB 1 Depressão 1 Catatonia 12% Total 120 indivíduos	17-40 Média 25.5 70% M	<50 46% 50-70 33% 71-85 15% >85 5%	Entrevista clínica	Estudo de follow-up de 13-22 anos de 120 indivíduos com PEA diagnosticada na infância
Russell et al. (2005) ⁽⁴¹⁾	Perturbação afectiva 28% POC 25% Esquizofrenia 8% Ansiedade 10% (exc. POC) Total PEA 40; POC 45 Os dois grupos não apresentaram diferenças na sintomatologia obsessivo-compulsiva, medida pela YBOCS, à exceção e obsessões somáticas (mais frequente no grupo POC). O grupo com POC apresentou também maior gravidade da sintomatologia.	Média 27.9 85% M (PEA)	Normal	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and Symptom Checklist; critérios ICD-10 para POC	Comparação de sintomatologia obsessivo-compulsiva entre indivíduos com PEA (Asperger e alto funcionamento) e POC
Tsakamikos et al. (2006) ⁽⁷¹⁾	Pert. do Espectro da Esquizofrenia 16.4% Ansiedade 2.9% Perturbação Depressiva 6.4% Depressão 43% Ansiedade 26% POC 34% Total 46 indivíduos	67.3% M	PDI	Critérios ICD-10; Psychopathology Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities Checklist	Estudo de comparação de comorbilidade psiquiátrica entre indivíduos com PEA e PDI, e apenas PDI
Sterling et al. (2007) ⁽²⁷⁾	Perturbação Depressiva 6.4% Depressão 43% Ansiedade 26% POC 34% Total 46 indivíduos	18-44 anos	Normal	Entrevista psiquiátrica estandarizada – Family History Interview (Rutter & Folstein, 1995)	Avaliação de sintomas depressivos em doentes adultos com PEA
Eaves & Ho (2007) ⁽¹⁹⁾	Ansiedade 50% Depressão 20% PAB 6% POC 50% Total 48 indivíduos	19-31 anos Média 24 77% M	50% PDI	Crítérios DSM-IV	Estudo de follow-up em adultos jovens
Gillott e Standen (2007) ⁽³⁷⁾	Níveis de Ansiedade maiores em adultos com Autismo e PDI do que em indivíduos apenas com PDI Autismo+PDI 34; PDI 20	18-56 anos Média 37 67% M	PDI	Stress Survey Schedule; Spence Children's Anxiety Scale – parent	Comparação de níveis de Ansiedade entre adultos com PDI e Autismo e adultos apenas com PDI

Tabela 1 (cont.)

Estudo	Comorbidades	Idade e sexo	Inteligência	Método de diagnóstico/ escalas clínicas	Notas
Cathi et al. (2007)(39)	POC 50% Ansiedade social 50% Não foram encontradas diferenças na egodistonia entre doentes com PEA e doentes com POC Total 12 adultos com PEA	Média 34.5 83% M	Normal	Structured Clinical Interview for DSM-IV diagnoses, Autism Questionnaire, YBOCS, Liebowitz Social Anxiety Scale	Estudo de caso-controlo para avaliação da sobreposição clínica entre Ansiedade social, Autismo e Perturbação Obsessivo-Compulsiva
Palucka et al. (2007)(72)	PAB 46% Esquizofrenia 7% Psicose SOE 15% Total 13 indivíduos	17-52 Média 28 69% M	40% PDI	Não especificado	Estudo retrospectivo de doentes internados com PEA
Hutton et al. (2008)(17)	POC + catatonia 4% Perturbação afectiva com sintomas obsessivos 6% Perturbação afectiva complexa 2% Depressão 3% PAB (1/135) Alcoolismo 1/135 16% com comorbidade psiquiátrica Total 135 indivíduos	21-57 Média 34.9 77% M	56% >70 41% <70	Assessment of Psychiatric Problems Associated with Autism	Estudo de follow-up até ao mínimo de 21 anos em indivíduos diagnosticados com PEA na infância
Mouridsen et al. (2008)(57)	Esquizofrenia 28% Perturbação Delirante 2% Psicose SOE 3% Episódio psicótico agudo 1% Pert. Afectiva 11% Abuso álcool 10% Total 89 indivíduos	27-60 Média 45.3 65% M	<50 22% 50-69 17% >69 60%	Entrevista clínica; critérios ICD-8 e ICD-10	Estudo de comorbidade psiquiátrica em adultos diagnosticados na infância com Autismo atípico
Mouridsen et al. (2008)(73)	Esquizofrenia 3.4% Perturbação Delirante 0.8% Psicose SOE 1.6% Episódio psicótico agudo 0.8% Pert. Afectiva 3.4% Abuso álcool 0.8% Total 118 indivíduos	25-55 Média 40.6 75% M	<50 45% 50-69 29% >69 29%	Entrevista clínica; critérios ICD-8 e ICD-10	Estudo de comorbidade psiquiátrica em adultos diagnosticados na infância com Autismo

Tabela 1 (cont.)

Estudo	Comorbilidades	Idade e sexo	Inteligência	Método de diagnóstico/ escalas clínicas	Notas
Muneste et al. (2008)(22)	Depressão 9% PAB I 4% PAB II 14% PAB SOE 4% Total 44 indivíduos	14-39 64% M	Normal	Entrevista clínica	Estudo preliminar
Hofvander et al. (2009)(21)	PHDA 43% Pert. de Tiques 20% Depressão 45% Psicose 12% Ansiedade 50% POC 24% Pert. Somatoforme 5% PCA 5% (valores apresentados de prevalência ao longo da vida) Total 122 indivíduos	16-60 Média 29 67% M	Normal	Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I disorders	Psicopatologia comorbida avaliada em 122 doentes consecutivamente referenciados PAB 8%
Helvershou et al. (2009)(63)	Psicose 26% Ansiedade 17% POC 17% Depressão 14% Total 35 indivíduos	17-56 Média 35 66% M	PDI	Psychopathology in Autism Checklist	Estudo de validação da Psychopathology in Autism Checklist
Bakken et al. (2010)(62)	PHDA 43%	14-57 Média 24.3 73% M	PDI	Psychopathology in Autism Checklist	Este estudo comparou taxas de comorbidade psiquiátrica em indivíduos com PDI, com e sem PEA
McCarthy et al. (2010)(74)	Pert. Espectro da Esquizofrenia 5% Pert. Depressiva 7% Ansiedade 4% Pert. Reação Ajustamento 2% Total 124 indivíduos	18-65 60% M	PDI	Registos clínicos; critérios do ICD-10	Estudo de comparação de alterações do comportamento e psicopatologia co-morbida em adultos com PDI e PEA, ou apenas PDI

Tabela 1 (cont.)

Estudo	Comorbidades	Idade e sexo	Inteligência	Método de diagnóstico/ /escalas clínicas	Notas
Lugnegard et al. (2011) ⁽¹⁸⁾	Depressão 70% (50% do total com Depressão recorrente) PAB II 9% PAG 22% Ansiedade social 22% Pert. Pânico 13% Agorafobia 15% POC 7% Psicose 4% (0 casos de Esquizofrenia) Bulimia nervosa 4% Abuso de substâncias 11% PHDA 30% (valores apresentados de prevalência ao longo da vida) Total 54 indivíduos	Média 27 48% M	Normal	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders	Estudo transversal em adultos com diagnóstico de Síndrome de Asperger.
Joshi et al. (2012) ⁽²⁰⁾	Depressão 30% PAB 25% PAG 28% POC 16% Total 63 indivíduos	18-63 Média 29,2 65% M	84% normal 3% <70 10% limítrofe	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders	Estudo transversal em adultos com diagnóstico de PEA
Hallerback et al. (2012) ⁽⁶⁷⁾	Segundo os resultados da DISCO-11 realizada aos pais de doentes com diagnóstico de Esquizofrenia, 50% destes tinham diagnóstico de PEA	Média 27,8 63% M	Normal	Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders eleventh version; Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders	Avaliação retrospectiva do neurodesenvolvimento em doentes com Esquizofrenia, através da aplicação da DISCO-11 a pais
Buck et al. (2014) ⁽¹⁰⁾	Ansiedade 40% Depressão 12% Mania 6% Psicose 4% Total 129 indivíduos	26-54 Média 36,4 75% M	PDI 72%	Mini-Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability	Estudo investigou comorbidade psiquiátrica e uso de medicação psicotrópica
Maddox et al. (2015) ⁽⁷⁵⁾	Ansiedade social 50% Total 28 indivíduos	16-45 Média 23,93 53,6 M	Normal	Mini-Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability – Módulo de Ansiedade social; Anxiety Disorders Schedule for DSM-IV	Avaliação de Ansiedade social comorbida em adolescentes e adultos com PEA, sem incapacidade intelectual

Tabela 1 (cont.)

Estudo	Comorbilidades	Idade e sexo	Inteligência	Método de diagnóstico/ /escalas clínicas	Notas
Gotham et al. (2015)(76)	Depressão 20% Total 50 indivíduos	16-31 Média 20.7 90% M	Normal	Beck Depression Inventory II; Self-report Depression Questionnaire; Children's Depression Rating Scale	Avaliação de sintomas depressivos em adolescentes e adultos com PEA, com QI verbal normal
Roy et al. (2015)(59)	Depressão maior 48% Distímia 24% Esquizofrenia 2% Pert. Pânico 14% Fobia social 12% Agorafobia 14% Abuso álcool 8% POC 14% Pert. somatoforme 6% PCA 6% Total 50 indivíduos	20-62 Média 36.5 68% M	Normal	SCID-I	Avaliação de comorbidade psiquiátrica em indivíduos com síndrome de Asperger
Lever & Geurts (2016)(45)	Depressão Maior 54% Ansiedade 53% Abuso de substâncias 16% PCA 6% Pert. Somatoforme 6% PHDA 34% Total 172 indivíduos	19-79 67% M	Normal	Mini International Neuropsychiatric Interview Plus	Maior idade encontra-se associada a menos problemas psiquiátricos

Legenda: PAB – Perturbação Afetiva Bipolar; PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada; PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar; PDI – Perturbação do Desenvolvimento intelectual; PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção; POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva; M – sexo masculino.

Tabela 2

Intervalo de estimativas de prevalências encontradas, para as cinco comorbilidades psiquiátricas mais frequentes

Comorbilidade	Estimativa de prevalência
Depressão	0,8-54%; 45-70% ao longo da vida
Ansiedade	2,9-53%; 50-56% ao longo da vida
POC	2-50%
Psicose	0,6-34%
PAB	0,7-46%

REFERÊNCIAS

- (1) Le Couteur, A., & Szmari, P. (2015). Autism spectrum disorder. In A. Thapar, D. Pine, J. Leckman, S. Scott, M. Snowling, & E. Taylor (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (6th ed.). Chichester, West Sussex, Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.
- (2) Christensen, D. L., Baio, J., Braun, K. V. N., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J. N., . . . Yeargin-Allsopp, M. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR. Surveillance Summaries*, 65(3), 1-23. doi: 10.15585/mmwr.ss6503a1
- (3) Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., & et al. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), 459-465. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.38
- (4) Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5[®])*. American Psychiatric Pub.
- (5) Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in developmental disabilities*, 32(2), 768-773.
- (6) Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(4), 234-247. doi: 10.1002/mrdd.20038
- (7) Billstedt, E., Carina Gillberg, I., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(11), 1102-1110. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01774.x
- (8) Howlin, P., & Blackburn, R. (2004). *Autism and Asperger syndrome: Preparing for adulthood* (2nd ed.). London, New York: Routledge.
- (9) Barnhill, G. P. (2007). Outcomes in adults with Asperger syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 22(2), 116-126. doi: 10.1177/10883576070220020301
- (10) Buck, T. R., Viskochil, J., Farley, M., Coon, H., McMahon, W. M., Morgan, J., & Bilder, D. A. (2014). Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism spectrum

- disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3063-3071. doi: 10.1007/s10803-014-2170-2
- (11) Skokauskas, N., & Gallagher, L. (2012). Mental health aspects of autistic spectrum disorders in children. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(3), 248-257. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01423.x
- (12) Bruin, E. I. de, Ferdinand, R. F., Meester, S., Nijs, P. F. A. de, & Verheij, F. (2006). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 877-886. doi: 10.1007/s10803-006-0215-x
- (13) Aman, M. G., Lam, K. S. L., & Van Bourgondien, M. E. (2005). Medication patterns in patients with autism: Temporal, Regional, and demographic influences. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 116-126. doi: 10.1089/cap.2005.15.116
- (14) Esbensen, A. J., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Aman, M. G. (2009). A longitudinal investigation of psychotropic and non-psychotropic medication use among adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(9), 1339-1349. doi: 10.1007/s10803-009-0750-3
- (15) Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(10), 1015-1025. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x
- (16) Billstedt, E., Gillberg, C., & Gillberg, C. (2005). Autism after adolescence: Population-based 13- to 22-year Follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 351-360. doi: 10.1007/s10803-005-3302-5
- (17) Hutton, J., Goode, S., Murphy, M., Couteur, A. L., & Rutter, M. (2008). New-onset psychiatric disorders in individuals with autism. *Autism*, 12(4), 373-390. doi: 10.1177/1362361308091650
- (18) Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1910-1917. doi: 10.1016/j.ridd.2011.03.025
- (19) Eaves, L. C., & Ho, H. H. (2007). Young adult outcome of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 739-747. doi: 10.1007/s10803-007-0441-x
- (20) Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C., Martelon, M. K., Fried, R., Bolfek, A., . . . Biederman, J. (2012). Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: A comparative study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1314-1325. doi: 10.1007/s10803-012-1679-5
- (21) Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., . . . Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35. doi: 10.1186/1471-244X-9-35
- (22) Munesue, T., Ono, Y., Mutoh, K., Shimoda, K., Nakatani, H., & Kikuchi, M. (2008). High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: A preliminary study of 44 outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 170-175. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.015
- (23) Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, 10(1), 103-116. doi: 10.1177/1362361306062013

- (24) Skokauskas, N., & Gallagher, L. (2010). Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations. *Psychopathology*, 43(1), 8-16. doi: 10.1159/000255958
- (25) Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 299-306.
- (26) Vannucchi, G., Masi, G., Toni, C., Dell'Osso, L., Marazziti, D., & Perugi, G. (2014). Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders. *CNS Spectrums*, 19(2), 157.
- (27) Sterling, L., Dawson, G., Estes, A., & Greenson, J. (2007). Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1011-1018. doi: 10.1007/s10803-007-0477-y
- (28) Ozonoff, S., Garcia, N., Clark, E., & Lainhart, J. E. (2005). MMPI-2 Personality profiles of high-functioning adults with autism spectrum disorders. *Assessment*, 12(1), 86-95. doi: 10.1177/1073191104273132
- (29) Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 47-62. doi: 10.1177/1362361300004001004
- (30) Gotham, K., Bishop, S. L., Brunwasser, S., & Lord, C. (2014). Rumination and perceived impairment associated with depressive symptoms in a verbal adolescent-adult ASD Sample. *Autism research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 7(3), 381-391. doi: 10.1002/aur.1377
- (31) Kanner, L., et al. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. Retrieved from http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf
- (32) Groden, J., Diller, A., Bausman, M., Velicer, W., Norman, G., & Cautela, J. (2001). The development of a stress survey schedule for persons with autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 207-217. doi: 10.1023/A:1010755300436
- (33) Rumsey, J. M., Rapoport, J. L., & Sceery, W. R. (1985). Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(4), 465-473.
- (34) Frith, U. (Ed.). (1991). *Autism and Asperger syndrome* (1st ed.). Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- (35) Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 279-293. doi: 10.1023/A:1005523232106
- (36) Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 5(3), 277-286.
- (37) Gillott, A., & Standen, P. J. (2007). Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 359-370. doi: 10.1177/1744629507083585
- (38) Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T., & Riedel, A. (2013). High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: Psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts.

European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 263, 189-196. doi: 10.1007/s00406-013-0459-3

- (39) Cath, D. C., Ran, N., Smit, J. H., van Balkom, A. J. L. M., & Comijs, H. C. (2007). Symptom overlap between autism spectrum disorder, generalized social anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in adults: A preliminary case-controlled study. *Psychopathology*, 41(2), 101-110. doi: 10.1159/000111555
- (40) Ghaziuddin, M., Weidmer-Mikhail, E., & Ghaziuddin, N. (1998). Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(4), 279-283. doi: 10.1111/j.1365-2788.1998.tb01647.x
- (41) Russell, A. J., Mataix-Cols, D., Anson, M., & Murphy, D. G. M. (2005). Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *The British Journal of Psychiatry*, 186(6), 525-528. doi: 10.1192/bjp.186.6.525
- (42) McDougle, C. J. (1995). A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152(5), 772-777.
- (43) Susanne Bejerot, L. N., Eva Lindström. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(3), 169-176. doi: 10.1080/08039480152036047
- (44) Stahlberg, O., Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2004). Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, 111(7), 891-902. doi: 10.1007/s00702-004-0115-1
- (45) Lever, A. G., & Geurts, H. M. (2016). Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-15. doi: 10.1007/s10803-016-2722-8
- (46) Volkmar, F.-R., & Cohen, D.-J. (1991). Comorbid association of autism and schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 148(12), 1705-1707.
- (47) Konstantareas, M. M., & Hewitt, T. (2001). Autistic disorder and schizophrenia: Diagnostic overlaps. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 19-28. doi: 10.1023/A:1005605528309
- (48) Kolvin, I. (1971). Studies in the childhood psychoses: I. Diagnostic criteria and classification. *The British Journal of Psychiatry*, 118(545), 381-384. doi: 10.1192/bjp.118.545.381
- (49) Petty, L. K., Ornitz, E. M., Michelman, J. D., & Zimmerman, E. G. (1984). Autistic children who become schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 41(2), 129-135. doi: 10.1001/archpsyc.1984.01790130023003
- (50) Perry, D. W., Marston, G. M., Hinder, S. a. J., Munden, A. C., & Roy, A. (2001). The phenomenology of depressive illness in people with a learning disability and autism. *Autism*, 5(3), 265-275. doi: 10.1177/1362361301005003004
- (51) Matson, J. L., Rieske, R. D., & Williams, L. W. (2013). The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2475-2484. doi: 10.1016/j.ridd.2013.05.021
- (52) Harrison, P., Geddes, J., Sharpe, M., Almeida, J. N., & Fonseca, F. (2006). *Guia prático Climepsi de Psiquiatria* (1st ed.). Lisboa: Climepsi.

- (53) Hare, D. J., & Malone, C. (2004). Catatonia and Autistic spectrum disorders. *Autism*, 8(2), 183-195. doi: 10.1177/1362361304042722
- (54) Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11(01), 115-129. doi: 10.1017/S0033291700053332
- (55) Realmuto, G. M., & August, G. J. (1991). Catatonia in autistic disorder: A sign of comorbidity or variable expression? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 517-528. doi: 10.1007/BF02206874
- (56) Wing, L., & Shah, A. (2000). Catatonia in autistic spectrum disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 357-362. doi: 10.1192/bjp.176.4.357
- (57) Mouridsen, S. E., Rich, B., & Isager, T. (2007). Psychiatric disorders in adults diagnosed as children with atypical autism. A case control study. *Journal of Neural Transmission*, 115(1), 135-138. doi: 10.1007/s00702-007-0798-1
- (58) Lalanne, L., Weiner, L., Trojak, B., Berna, F., & Bertschy, G. (2015). Substance-use disorder in high-functioning autism: Clinical and neurocognitive insights from two case reports. *BMC Psychiatry*, 15, 149. doi: 10.1186/s12888-015-0541-7
- (59) Roy, M., Prox-Vagedes, V., Ohlmeier, M. D., & Dillo, W. (2015). Beyond childhood: Psychiatric comorbidities and social background of adults with Asperger syndrome. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 50-59.
- (60) Matson, J. L., & Cervantes, P. E. (2014). Commonly studied comorbid psychopathologies among persons with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(5), 952-962. doi: 10.1016/j.ridd.2014.02.012
- (61) Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- (62) Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eilertsen, D. E., Heggelund, T., Myrbakk, E., & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1669-1677. doi: 10.1016/j.ridd.2010.04.009
- (63) Helverschou, S. B., Bakken, T. L., & Martinsen, H. (2009). The psychopathology in autism checklist (PAC): A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 179-195. doi: 10.1016/j.rasd.2008.05.004
- (64) Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., . . . Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 849-861.
- (65) Matson, J. L., & Boisjoli, J. A. (2008). Autism spectrum disorders in adults with intellectual disability and comorbid psychopathology: Scale development and reliability of the ASD-CA. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(2), 276-287.
- (66) Gross-Isseroff, R., Hermesh, H., & Weizman, A. (2001). Viewpoint: Obsessive Compulsive behaviour in autism. Towards an autistic-obsessive compulsive syndrome? *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2(4), 193-197. doi: 10.3109/15622970109026809

- (67) Unenge Hallerbäck, M., Lugnegård, T., & Gillberg, C. (2012). Is autism spectrum disorder common in schizophrenia? *Psychiatry Research*, *198*(1), 12-17. doi: 10.1016/j.psychres.2012.01.016
- (68) Carroll, L. S., & Owen, M. J. (2009). Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder. *Genome Medicine*, *1*, 102. doi: 10.1186/gm102
- (69) Sullivan, P. F., Magnusson, C., Reichenberg, A., & et al. (2012). Family history of schizophrenia and bipolar disorder as risk factors for autism. *Archives of General Psychiatry*, *69*(11), 1099-1103. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.730
- (70) Howlin, P., & Moss, P. (2012). Adults with autism spectrum disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, *57*(5), 275-283.
- (71) Tsakanikos, E., Costello, H., Holt, G., Bouras, N., Sturmey, P., & Newton, T. (2006). Psychopathology in adults with autism and intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(8), 1123-1129. doi: 10.1007/s10803-006-0149-3
- (72) Palucka, A. M., & Lunsby, Y. (2007). Review of inpatient admissions of individuals with autism spectrum disorders to a specialized dual diagnosis program. *Journal on Developmental Disabilities*, *13*(1), 205-209.
- (73) Mouridsen, S. E., Rich, B., Isager, T., & Nedergaard, N. J. (2008). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with infantile autism as children: A case control study. *Journal of Psychiatric Practice*, *14*(1), 5-12. doi: 10.1097/01.pra.0000308490.47262.e0
- (74) McCarthy, J., Hemmings, C., Kravariti, E., Dworzynski, K., Holt, G., Bouras, N., & Tsakanikos, E. (2010). Challenging behavior and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, *31*(2), 362-366. doi: 10.1016/j.ridd.2009.10.009
- (75) Maddox, B. B., & White, S. W. (2015). Comorbid social anxiety disorder in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(12), 3949-3960. doi: 10.1007/s10803-015-2531-5
- (76) Gotham, K., Unruh, K., & Lord, C. (2015). Depression and its measurement in verbal adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *19*(4), 491-504. doi: 10.1177/1362361314536625

ABSTRACT

Background: *Autism spectrum disorders (ASD) are phenotypically heterogeneous neurodevelopmental disorders, characterized by persistent deficits in social interaction and communication, and repetitive and stereotyped behaviors, that accompany individuals from childhood through adulthood. In the past, all clinical manifestations of patients with autism were attributed to autism itself. Currently, it is argued that psychiatric comorbidity is a frequent problem in these individuals, with a strong impact on functioning and quality of life. The objective of the present study is to perform a literature review on psychiatric comorbidity in*

ASD, in adolescents and adults. Methods: A literature search in PubMed was performed. Results: 35 original articles with prevalence estimates of psychiatric comorbidity in adolescents and adults with ASD were identified. There is a high prevalence of psychiatric comorbidity in adolescents and adults with ASD, especially Depression, Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder. Conclusion: Despite the variability in the estimates retrieved, due to different methodologies used across studies, the presence of psychiatric comorbidity in ASD patients is high. The correct and timely diagnosis of psychiatric comorbidity in these patients is essential to achieve better health care outcomes in this population.

Key words: Autism, Comorbidity, Adolescents, Adults, Depression, Anxiety, Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, Clinical Overlap.

CONQUISTAS E DESAFIOS À INVESTIGAÇÃO NO INTERNATO DE PEDOPSIQUIATRIA: A EXPERIÊNCIA DE COIMBRA

Rita Gonçalves¹
C. Amaral¹
P. Santos¹
S. Neiva¹

RESUMO

Ao longo das últimas décadas tem-se verificado grandes avanços na área das neurociências e conhecimento do funcionamento do cérebro. Não obstante, estes avanços não se têm refletido nas práticas clínicas em Psiquiatria. Uma das razões para esta situação, é o escasso número de psiquiatras que se dedicam à investigação, o que contribuiu para a criação de um fosso entre a clínica e a investigação, que põe em risco projetos pertinentes para a aplicação clínica. Várias instituições médicas têm vindo a alertar para o facto do número de Psiquiatras da Infância e Adolescência que se dedicam à investigação científica estar “de forma muito alarmante, aquém das necessidades atuais”. A literatura tem demonstrado que o contacto com a investigação científica durante o internato constitui um dos principais fatores preditores da produção científica de um médico.

Neste estudo exploratório transversal pretendemos conhecer as perceções, atitudes e eventuais barreiras sentidas pelos internos de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra, durante a condução de projetos de investigação. Para este fim, foi recolhida informação através de um questionário composto por 24 questões fechadas dirigidas aos internos. Com a análise dos dados obtidos, pretende-se caracterizar a situação atual e debater estratégias que promovam o contacto dos internos da nossa especialidade com a investigação científica.

Os resultados revelam um aumento da produção científica entre os internos de Pedopsiquiatria nos últimos anos. Não obstante a maioria dos internos de Pedopsiquiatria expressar interesse em realizar investigação e a considerarem essencial para a sua prática clínica, não consideram que o internato lhes forneça as ferramentas necessárias para no futuro realizarem investigação no âmbito da sua especialidade. As principais barreiras apontadas pelos internos à condução de

¹ Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC.

projetos durante a formação são a escassez de tempo para dedicar ao trabalho de investigação, a indisponibilidade de supervisores com treino para orientação de projetos, a falta de treino formal em metodologias de investigação e a perceção de escassa valorização deste trabalho pelas instituições e serviços.

Palavras-chave: Investigação científica, Internato médico, Pedopsiquiatria, Percepções, Barreiras.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, a ciência tem vindo a revolucionar, de forma incontestável, o conhecimento acerca do funcionamento do cérebro, no entanto, as práticas clínicas em Psiquiatria permaneceram praticamente inalteradas¹. Várias instituições médicas têm vindo a alertar para o facto do número de psiquiatras que se dedicam à investigação científica estar muito aquém quando comparado com as outras áreas da Medicina², e em 2004 o *NIMH (National Institute of Mental Health)* alertou para o previsível declínio de *médicos-investigadores na área da Psiquiatria, especialmente da Psiquiatria da Infância e Adolescência*”, nas instituições públicas^{1,3}. O facto de os clínicos, que interagem com os pacientes e compreendem em primeira mão as suas necessidades, não serem os principais atores no desenvolvimento do conhecimento científico, põe em risco a capacidade da ciência desenvolver projetos com verdadeira utilidade clínica^{1,4}. Além de que, se a Psiquiatria não se mostrar capaz de promover a translação entre os achados da neurociência e a prática clínica, outra especialidade irá inevitavelmente desempenhar esse papel¹⁻².

A literatura tem demonstrado que o contacto com a investigação científica durante o internato constitui um dos principais fatores preditores da produção científica dos médicos⁵⁻⁶. Desta forma, nas últimas duas décadas, vários estudos, realizados em diversos países e com diferentes modelos de internato, têm vindo a analisar as percepções, atitudes e barreiras sentidas pelos internos de múltiplas especialidades à realização de investigação durante o internato médico. Apesar de se terem verificado ligeiras variações nas respostas, os aspetos fundamentais das percepções dos internos demonstraram ser muito semelhantes ao longo dos diversos estudos⁶. Na última década, o NIMH lançou um apelo dirigido aos programas de internato de Psiquiatria de adultos e da infância e adolescência, para que todos realizassem modificações urgentes, baseadas em evidência, de modo a promover uma maior produção científica dos internos em formação⁷.

De entre as informações encontradas nos diferentes estudos, salientamos que a generalidade dos internos se mostrava interessada em realizar investigação, sem

diferenças significativas entre género e/ou especialidade⁸⁻⁹, sendo que a vontade de seguir carreira académica ou prosseguir grau de estudos foi o único fator pessoal correlacionado com a motivação para realizar investigação durante o internato⁶. Apesar da maioria dos intervenientes considerar a investigação como muito importante durante o internato, apenas uma minoria estava atualmente a realizar algum projeto, sendo que, destes, grande parte estava a realizar estudos clínicos retrospectivos, revisões da literatura e estudos de caso (*case-reports*)^{8,10}.

Diferentes estudos identificam barreiras semelhantes, sendo as principais: disponibilidade de tempo^{6,8-12} disponibilidade de orientadores/supervisores para projeto de investigação^{6,8,10-11}, falta de treino em metodologias de investigação científica^{8,11-12}, falta de valorização dos trabalhos^{8,10-12} e falta de financiamento^{6,8}. Relativamente à falta de treino com as metodologias de investigação salientam-se as dificuldades com a formulação de um tópico de investigação, desenho de estudo, recolha de dados, procedimentos burocráticos, tratamento estatístico dos dados, interpretação dos resultados, elaboração de artigos científicos, conhecimento da revista mais apropriada, entre outros^{8,9,13}.

No Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) parece ter existido um crescimento gradual da produção científica ao longo dos últimos anos. De entre as atividades mais relevantes salientamos: colaboração na organização de eventos científicos, participação em congressos nacionais e internacionais através da apresentação de trabalhos, publicação em revistas indexadas de estudos retrospectivos e transversais, participação em projetos de mestrado da FMUC, entre outros. Um resumo destas atividades é apresentado na Figura 1.

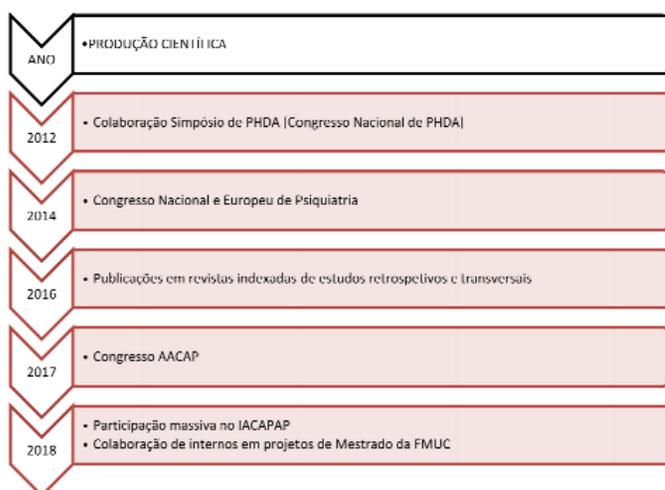


Figura 1. Evolução da produção científica do Serviço de Pedopsiquiatria do CHUC

De entre os fatores que podem ter contribuído para este crescimento, contam-se os institucionais e pessoais. Entre os primeiros, destacam-se o aumento do número de internos e de especialistas e a diversificação das atividades clínicas do serviço. Como fatores pessoais, pode considerar-se a maior experiência dos novos internos em Investigação científica, dado a integração do Mestrado Integrado na formação pré-graduada em Medicina após concretização do processo de Bolonha, e também a importância crescente atribuída à Investigação em termos de avaliação final do internato.

OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivos clarificar as percepções, atitudes, práticas e eventuais barreiras à Investigação científica sentidas pelos internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência de Coimbra durante a sua formação específica.

De acordo com o conhecimento dos autores, trata-se do primeiro estudo em Portugal a avaliar as percepções e atitudes dos internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência em relação à Investigação científica.

MÉTODOS

O presente projeto consiste num estudo exploratório observacional transversal, tendo sido utilizado, como instrumento de recolha de dados, um questionário especificamente construído para o efeito, desenvolvido com base na literatura existente. O questionário foi construído em suporte eletrónico, sendo composto por 24 questões de resposta fechada dirigidas aos internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência com análise de 4 dimensões – Dados demográficos, Experiência prévia de investigação, Experiência atual de investigação e Percepções sobre a investigação no internato em Coimbra. O questionário utilizado é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização das variáveis analisadas no questionário

Questionário	
Dados demográficos	
Idade	Registada em anos Variável quantitativa contínua
Género	1. Feminino 2. Masculino 3. Outro
Ano de Internato de Formação Específica (IFE)	1. 2º Ano do IFE; 2. 3º Ano do IFE 3. 4º Ano do IFE 4. 5º Ano do IFE 5. Outro
Habilitações literárias	1. Licenciatura pré – Bolonha 2. Mestrado Integrado 3. Mestrado pré – Bolonha 4. Doutoramento
<i>Gostarias de progredir no grau de estudos académico (por ex. tirar doutoramento, post-doc, etc.)?</i>	1. Sim 2. Não 3. Ainda não sei
Experiência prévia de investigação	
<i>Tens experiencia prévia em trabalhos de investigação científica?</i>	1. Sim 2. Não
<i>Se sim, qual o tipo de trabalhos?</i>	1. Revisão da literatura 2. Estudo de caso (“ <i>case-report</i> ”) 3. Estudos clínicos retrospectivos 4. Estudos clínicos prospetivos 5. Estudos transversais 6. Projetos de ciências básicas 7. Ensaio clínicos
<i>Tiveste oportunidade de apresentar algum dos teus trabalhos de investigação publicamente?</i>	1. Sim 2. Não
<i>Se sim, especifica de que modo</i>	1. Apresentação do projeto e resultados em reunião de Serviço 2. Apresentação de poster ou comunicação oral em Encontro Científico nacional 3. Apresentação poster ou comunicação oral em Encontro Científico internacional 4. Publicação de artigo como autor ou coautor em revista científica

Tabela 1 (cont.)

Questionário	
Experiência prévia de investigação	
<i>Quantas horas semanais dedicaste em média ao teu projeto?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0-5 horas 2. 6 a 10 horas 3. 1 a 20 horas 4. Mais de 20 horas
Experiência atual de investigação	
<i>Estás a realizar atualmente algum trabalho de investigação científica?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<i>Se sim, qual o tipo de trabalho?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisão da literatura 2. Estudo de caso (“<i>case-report</i>”) 3. Estudo clínico retrospectivo 4. Estudo clínico prospetivo 5. Estudo transversal 6. Projeto de ciências básicas 7. Ensaio clínico
<i>Esperas ter oportunidade de apresentar algum dos teus trabalhos publicamente?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<i>Se sim, especifica de que modo</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do projeto e resultados em reunião de Serviço 2. Apresentação de poster ou comunicação oral em Encontro Científico nacional 3. Apresentação poster ou comunicação oral em Encontro Científico internacional 4. Publicação de artigo como autor ou coautor em revista científica
<i>Quantas horas semanais, em média, dedicas atualmente ao teu projeto?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0-5 horas 2. 6 a 10 horas 3. 11 a 20 horas 4. 20 horas
Perceções sobre investigação no internato	
<i>Consideras que a investigação científica é essencial para a prática de Pedopsiquiatria?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<i>Consideras que os internos devem participar em projetos de investigação durante o internato?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<i>O treino em metodologias de investigação científica (teórico e prático) deveria fazer parte formal do curriculum do programa de Internato?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<i>Os internos devem ter um tempo “protegido” para dedicar à investigação dentro do seu horário de trabalho?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não

Tabela 1 (cont.)

Questionário	
Percepções sobre investigação no internato	
<i>Preferias desenvolver outras atividades complementares em vez de investigação científica durante o teu Internato?</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
<i>Se respondeste sim, especifica.</i>	Pergunta de resposta aberta
<i>Quais os motivos que encorajam os internos a desenvolver investigação durante o Internato? – Escolhe os motivos segundo a tua opinião e experiência pessoal durante o Internato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar as suas competências de investigação 2. Ajudar a ler e interpretar artigos científicos 3. Interesse ou curiosidade intelectual 4. Melhorar a prática clínica, para melhor tratar dos pacientes 5. Incentivo e suporte recebido por parte do Serviço ou instituição de formação 6. Conseguir publicar trabalhos de investigação em revistas científicas 7. Melhorar o Curriculum Vitae 8. Promover espírito crítico dentro das instituições 9. Facilitar a aceitação em doutoramento ou uma carreira académica no futuro 10. Outros
<i>Quais as maiores barreiras sentidas ao desenvolvimento de investigação durante o internato? – INSTITUCIONAIS. Escolhe o que consideras ser de maior importância no nosso internato (de acordo com a tua experiência)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflitos de horários e falta de tempo disponível 2. Indisponibilidade de supervisores com formação para orientar o trabalho de investigação 3. Ausência de um treino formal em métodos de investigação científica durante o internato 4. Ausência de um “tempo protegido”, incluído no horário, no qual o interno se possa dedicar a trabalhos de investigação 5. Falta de financiamento 6. Ausência de valorização do tempo dedicado a trabalhos de investigação 7. Indisponibilidade de pacientes adequados para projetos clínicos 8. Ausência de protocolos de colaboração com instituições que permitam desenvolvimento de investigação em ciências básicas (universidade, laboratórios, etc.) 9. Procedimentos excessivamente morosos para obtenção autorizações/pareceres 10. Falta de interesse ou valorização do trabalho de investigação por parte do serviço 11. Falta de oportunidades de participação em projetos já a decorrer no serviço 12. Outras

Tabela 1 (cont.)

Questionário	
Percepções sobre investigação no internato	
<i>Quais as maiores barreiras sentidas ao desenvolvimento de investigação durante o internato? – PESSOAIS. Escolhe o que consideras ser de maior importância no nosso internato (de acordo com a tua experiência)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de tempo para aprender as competências necessárias para ser Pedopsiquiatra e simultaneamente desenvolver trabalhos de investigação 2. Falta de interesse pessoal em investigação científica 3. Sentimento de falta de competências/conhecimentos adequados para desenvolver projetos de investigação 4. Falta de conhecimento de metodologias de desenho de estudo e análise estatística 5. Dificuldade em formular a hipótese ou escolher o tópico para um projeto de investigação 6. Outros compromissos pessoais (família, atividades complementares, outras) 7. Outras

O questionário foi posteriormente enviado por correio eletrónico, a todos os internos a partir do segundo ano de internato ($n=15$), inclusive, e a médicos especialistas até ao 1º ano após conclusão do internato. Foram excluídos os internos do primeiro ano de Formação Específica, uma vez que no nosso Centro Hospitalar, durante este ano os internos ainda não possuem qualquer contacto com a atividade clínica em Psiquiatria da Infância e Adolescência, estando a frequentar o estágio de Psiquiatria de adultos. A decisão de incluir médicos recém-especialistas, até um ano após o final do seu internato, prendeu-se com o facto de não se terem verificado mudanças na organização do internato durante este período, e de estes possuírem experiência dos 5 anos completos de internato, o que lhes permite ter opiniões esclarecidas e baseadas em maior experiência pessoal.

Cada questionário apresentava uma breve introdução onde se explicava o objetivo do estudo e se assegurava a confidencialidade no tratamento dos dados recolhidos. Os internos preencheram o questionário online, sendo os dados apresentados de forma anónima no Google Docs®. Os dados recolhidos foram posteriormente analisados utilizando o Microsoft Excel®, realizando-se apenas um tratamento estatístico descritivo das respostas obtidas.

RESULTADOS

A taxa de resposta ao questionário foi de 93,3% ($n=14$).

Caracterização da amostra

A idade dos participantes estava compreendida entre 26 e 33 anos, sendo a média 29.5 anos (desvio-padrão=2,38). Em relação à distribuição por género, 79% dos participantes eram do sexo feminino ($n=11$), sendo 3 do sexo masculino. Relativamente ao ano de internato, estavam igualmente distribuídos pelos 4 anos incluídos, sendo 3 de cada ano de formação, e os 2 restantes eram recém-especialistas. Apenas 1 dos participantes não possuía Mestrado Integrado em Medicina (formação pós-Bolonha). Dos 14 médicos, 4 gostariam de progredir no grau de estudos académico, 4 responderam não querer progredir e os restantes 6 responderam “*ainda não saber*”.

Experiência prévia de investigação

Em relação à experiência prévia de investigação científica, apenas 1 dos internos respondeu negativamente. Dos 31 trabalhos referidos como experiência prévia, o mais frequente foi “Revisão da literatura” ($n=11$), seguido de “Estudo de caso”(case report) ($n=7$).

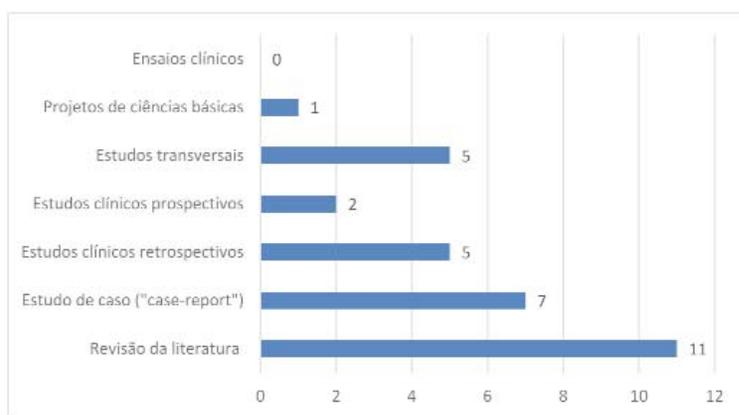


Figura 2. Distribuição por tipo de trabalho em investigação prévia

Relativamente à apresentação pública dos trabalhos realizados, 78,6% afirma ter tido oportunidade de o concretizar, na sua maioria ($n=10$) na forma de poster ou comunicação oral em Encontros Científicos Nacionais. Metade dos participantes afirmam ter despendido até 5 horas semanais com esse projeto. Nenhum dos internos respondeu mais de 20 horas semanais.



Figura 3. Distribuição da população em estudo por modo de apresentação em investigação prévia

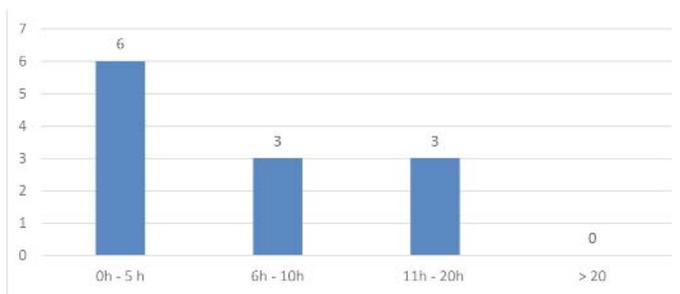


Figura 4. Distribuição por número de horas dedicadas ao(s) projeto(s) de investigação desenvolvidos previamente

Experiência atual de investigação

No momento de resposta ao questionário, 78,6% ($n=11$) encontravam-se a realizar algum tipo de projeto de investigação. De um total de 19 projetos em curso, os “Estudos clínicos retrospectivos” são os que estão em maior número ($n=6$), seguidos dos “Estudos de caso” ($n=5$).

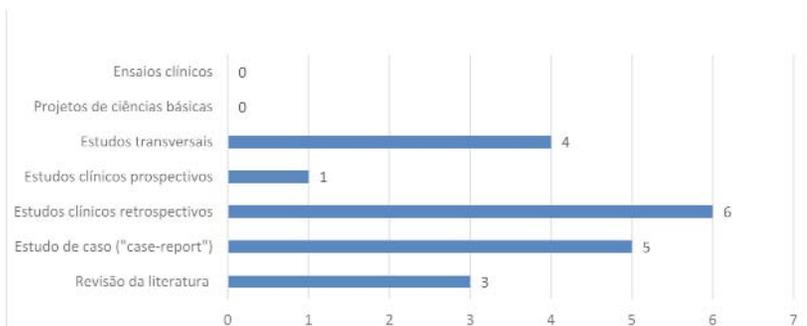


Figura 5. Distribuição por tipo de trabalho em investigação atual

Em relação a uma potencial apresentação pública dos projetos em curso, 84,6% dos médicos responderam esperar ter essa oportunidade, tendo em vista a apresentação de alguns dos projetos sob várias formas. Relativamente aos projetos em execução, 10 participantes referem a intenção de publicar os resultados em revistas científicas, 6 de apresentar o seu trabalho em formato de poster ou comunicação oral em Encontros Científicos Nacionais e outros 6 em Encontros Científicos Internacionais. Por fim, apenas 4 participantes esperam apresentar os seus resultados em Reunião de Serviço.

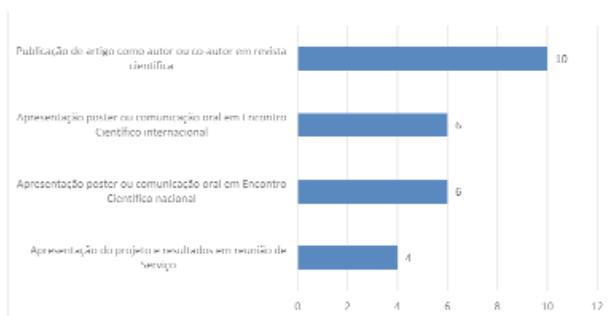


Figura 6. Distribuição da população em estudo por modo de apresentação em investigação atual

O número de horas semanais despendidas com os projetos foi de 0 a 5 horas em 64%, 5 a 10 horas semanais em 18% e entre 10 a 20 e mais de 20 horas semanais em 9% dos casos.

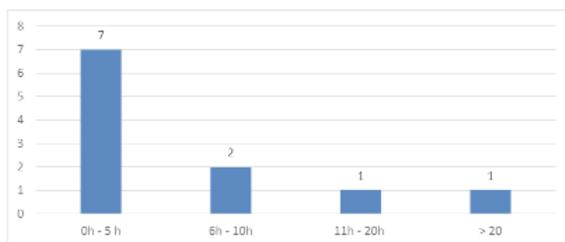


Figura 7. Distribuição por número de horas dedicadas ao(s) projeto(s) de investigação desenvolvidos atualmente

Perceções sobre investigação

As questões relacionadas com as perceções sobre investigação encontram-se sumariadas na Tabela 2.

Tabela 2

Percepções dos internos sobre a investigação

Questão	sim % (n)	não % (n)
“Consideras que a investigação científica é essencial para a prática de Pedopsiquiatria?”	71.4 (10)	28.6 (4)
“Consideras que os internos devem participar em projetos de investigação durante o internato?”	92.9 (13)	7.1 (1)
“O treino em metodologias de investigação científica (teórico e prático) deveria fazer parte formal do curriculum do programa de Internato?”	92.9 (13)	7.1 (1)
“Os internos devem ter um tempo “protegido” para dedicar à investigação dentro do seu horário de trabalho?”	92.9 (13)	7.1 (1)
“Preferias desenvolver outras atividades complementares em vez de investigação científica durante o teu Internato?”	42.9 (6)	57.1 (8)

Apesar da esmagadora maioria considerar a Investigação científica como essencial para a prática clínica, valorizando a importância do treino e participação em projetos de investigação durante o Internato, quase metade dos internos respondeu que preferia desenvolver outras atividades em detrimento da investigação científica, indicando as seguintes: treino com supervisão em psicoterapias e outros programas de intervenção terapêutica, participação em ações comunitárias, formações e estágios em áreas de interesse do Interno fora do serviço, e ainda o ter simplesmente mais tempo para estudar.

Sobre os fatores que motivam a investigação durante o internato (Figura 8), são os mais referidos a *melhoria do Curriculum Vitae* (n=11) e o *interesse ou curiosidade intelectual* (n=11). De destacar que nenhum apontou o incentivo e suporte recebidos pelo Serviço como fator de motivação para o desenvolvimento de projetos.

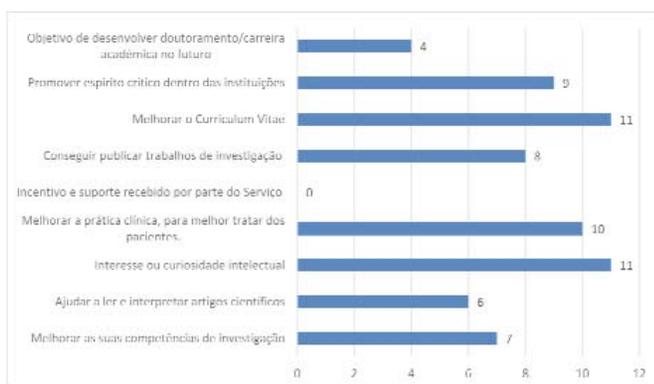


Figura 8. Motivações apontadas pelos internos para a realização de investigação científica

Por outro lado, relativamente às barreiras institucionais (Figura 9) que impedem a investigação, encontram-se principalmente motivos relacionados com a *indisponibilidade de tempo* e de *supervisores de formação*.



Figura 9. Distribuição por barreiras institucionais que dificultam a investigação científica

Das barreiras pessoais (Figura 10) destacam-se o sentimento de *falta de competência/conhecimento para desenvolver projetos de investigação*, assim como para *desenhar um estudo e para a realização da análise estatística*. Mais uma vez, a *indisponibilidade de tempo* é mencionada como uma barreira.

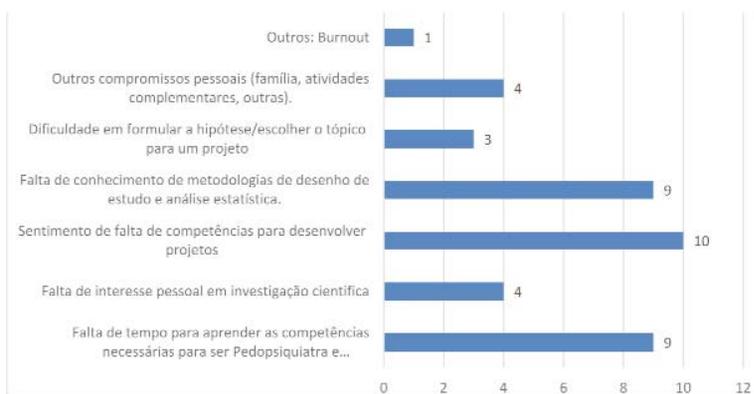


Figura 10. Distribuição por barreiras pessoais que dificultam a investigação científica

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo português a descrever e analisar as atitudes dos internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência em Portugal, usando, para este efeito, uma metodologia transversal e construindo um questionário de autorresposta. Esta metodologia pretendeu replicar a dos estudos realizados a nível internacional em diversos modelos de Internato Médico, pelo que os resultados podem ser analisados em termos comparativos com os destes estudos, apesar do reduzido tamanho da nossa amostra.

Devido ao tamanho da amostra, não foi realizada divisão entre subgrupos (idade, género, ano de internato, etc.) pela falta de significância estatística que teriam estes resultados, pelo que foi feita apenas uma análise descritiva dos dados apurados.

Os resultados parecem confirmar a perceção de crescimento da produção científica dos internos de Pedopsiquiatria do CHUC. Após integração do Mestrado na formação pré-graduada em Medicina (formação pós-Bolonha), os estudantes começaram a ter maior contacto com a investigação mesmo antes de terminar esta fase de formação. Isto pode refletir-se nos nossos resultados, já que, de entre os 14 médicos inquiridos, apenas 1 não tinha tido contacto com a investigação científica, podendo corresponder ao médico com a licenciatura pré-Bolonha. Dos trabalhos enunciados como realizados previamente, a revisão da literatura e o estudo de caso mostram-se os mais frequentes, possivelmente por serem dos projetos que requerem menor conhecimento técnico relativamente a metodologias de investigação. Olhando para os resultados da experiência de investigação atual, verificamos uma maior complexidade metodológica nos projetos em desenvolvimento pelos internos (estudos retrospectivos, estudos transversais), o que sugere um aumento gradual das competências dos internos para a realização de projetos mais complexos.

Esta tendência positiva de evolução pode também ser refletida nos objetivos e expectativas que os internos apontam em relação à apresentação dos resultados dos projetos a decorrer atualmente. Em comparação com os resultados dos trabalhos anteriores, que foram maioritariamente apresentados publicamente em Encontros Científicos Nacionais, os internos mostram objetivos mais ambiciosos para os projetos atuais, com expectativas de publicar em revistas científicas e/ou apresentar em Encontros Científicos Internacionais, em detrimento de apresentação em Encontros Científicos Nacionais ou Reuniões de Serviço.

As principais motivações para a investigação científica apuradas foram o *“interesse ou curiosidade intelectual”*, *“melhoria do CV”*, *“melhoria da prática clínica para benefício dos pacientes”* e a *“promoção do espírito crítico na*

instituição". Como maiores dificuldades institucionais e pessoais, encontramos o "conflito de horários", "a falta de tempo "protegido" para a investigação", a "indisponibilidade de supervisores para projetos de investigação", a desvalorização pelos superiores hierárquicos "do tempo investido em investigação" e a "falta de treino em metodologias de investigação". Ambos os resultados estão em linha com o descrito pela literatura analisada, coincidindo com as motivações e barreiras mais descritas pelos internos de diferentes especialidades em estudos de diversos países (Estados Unidos da América, Canadá, Tailândia, Arábia Saudita, etc.), o que parece sugerir que tanto os fatores motivacionais como as barreiras à realização de projetos de investigação durante o internato são transversais a diferentes países, especialidades e modelos de internato médico, superando as realidades e circunstâncias particulares de cada país ou instituição de formação de internos^{6,8-12}. Estes resultados podem fazer-nos igualmente concluir que o grau de investimento económico realizado no financiamento de projetos não parece ser um fator fundamental para a produção científica ao longo do internato, não sendo, regra geral, referido pelos internos, à exceção de 2 estudos^{6,8}, como principal barreira ou motivação para a realização de investigação, e não parecendo influenciar os resultados ao longo dos países, apesar das conhecidas disparidades nos níveis de investimento económico em investigação biomédica entre os diferentes países analisados. Estas conclusões desafiam a perceção geral de que o investimento económico deficitário constitui uma das principais barreiras à investigação médica em Portugal, levando-nos a priorizar respostas ao nível das estruturas que definem os objetivos e organização da formação médica pós-graduada (Ordem dos Médicos, Colégios de Especialidade), em detrimento da procura de maior investimento económico, quer público quer privado.

Considerando estes achados, a literatura tem vindo a debruçar-se na procura de sugestões para colmatar estas dificuldades, procurando soluções dirigidas à atenuação das principais barreiras e reforço dos fatores motivacionais apontados pelos internos.

Gilbert e colaboradores¹⁴ avançaram com uma proposta de divisão equitativa do tempo dedicado às atividades de clínica ou investigação dentro do horário de trabalho, com progressão gradual do tempo reservado à investigação, chegando aos 50% do horário de trabalho dos internos no penúltimo ano e até 75% no último ano de internato. Para além disto, outros autores defenderam o papel crucial da atribuição de um supervisor/orientador de investigação por interno, da garantia de um "tempo protegido", incluído no horário de trabalho, também para os supervisores, da integração de treino formal em metodologias de desenho de estudo e análise de dados nos programas de internato, da definição clara de objetivos de investigação por parte dos serviços de forma a orientar as escolhas

dos internos, da sua integração progressiva em projetos já a decorrer, da existência de reuniões no mínimo mensais para monitorização dos trabalhos a decorrer e da valorização e premiação de projetos dentro dos serviços¹⁴⁻¹⁶.

Apesar de se tratar do primeiro estudo realizado no nosso país, que avalia as perceções, atitudes e práticas dos internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência acerca da realização de investigação durante o internato, este trabalho conta com algumas limitações que devem ser tidas em conta na análise dos resultados. Destacamos o reduzido tamanho da amostra, o facto de ser um estudo piloto, com recurso a um questionário desenvolvido para o efeito e não validado e possuindo unicamente perguntas de autorresposta.

Apesar destas limitações, podemos considerar como pontos-fortes do estudo a sua originalidade, atrás referida, a alta taxa de resposta aos questionários obtida dentro da amostra (93,3%), assim como o seu desenho, que procurou replicar a metodologia utilizada nos estudos prévios. De realçar ainda a grande consistência dos nossos resultados com os achados reportados na literatura para todas as especialidades.

CONCLUSÕES

Apesar de a maioria dos internos de Pedopsiquiatria expressarem interesse em investigação científica e a valorizarem como essencial para a prática clínica, não consideram que o internato lhes forneça as ferramentas necessárias para no futuro realizarem investigação no âmbito da sua especialidade. Para promover a produção científica durante o internato, parece ser crucial apostar-se em dotar o interno de tempo, treino formal de investigação, existência de supervisores qualificados e com tempo para dedicar às atividades de investigação, assim como valorizar esta vertente da prática médica dentro dos serviços e instituições onde o interno realiza a sua formação.

Os resultados deste trabalho vêm confirmar a necessidade de mudar o paradigma de formação médica pós-graduada, no sentido de promover a realização de investigação clínica de sucesso, ao serviço da saúde e bem-estar das populações.

REFERÊNCIAS

- ¹ Fenton, W., James, R., & Insel, T. (2004). Psychiatry residency training, the physician-scientist and the future of psychiatry. *Acad Psychiatry*, 28(4), 263-266.

- ² Kupfer, D. J., Hyman, S. E., Schatzberg, A. F., Pincus, H. A., & Reynolds, C. F. (2002). Recruiting and retaining future generations of physician scientists in mental health. *Arch Gen Psychiatry*, 59(7), 657-660.
- ³ Yager, J., Greden, J., Abrams, M., & Riba, M. (2004). The institute of medicine's report on research training in psychiatry residency: strategies for reform-background, results and follow-up. *Acad Psychiatry*, 28(4), 267-274.
- ⁴ National Research Council. (2000). *Addressing the nation's changing needs for biomedical and behavioral Scientists*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from <https://doi.org/10.17226/9827>.
- ⁵ Ledley, F. D., & Lovejoy, F. H. (1993). Factors influencing the interests, career paths, and research activities of recent graduates from an academic, pediatric residency program. *Pediatrics*, 92(3), 436-441.
- ⁶ Ulrich, N., Botelho, C. A., Hibberd, P., & Bernstein, H. H. (2003). Research during pediatric residency: Predictors and resident-determined influences. *Acad Med*, 78(12), 1253-8.
- ⁷ Yager, J., Greden, J., Abrams, M., & Riba, M. (2004). The institute of medicine's report on research training in psychiatry residency: Strategies for reform-background, results and follow-up. *Acad Psychiatry*, 28(4), 267-274.
- ⁸ Mitwalli, H. A., Al Ghamdi, K. M., & Moussa, N. A. (2014). Perceptions, attitudes and practices towards research among resident physicians in training in Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*, 20(2), 99-104.
- ⁹ Jaroonvanichkul, V., & Deerojanawong, J. (2016). Residents' obstacles and attitudes toward research during residency training. *J Med Assoc Thai*, 99(2), 239-244.
- ¹⁰ Teixeira L., Fernandes P., Azevedo P., Carvalho S. (2016). Fatores inerentes à realização de trabalhos científicos no ACeS de Gondomar: Estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(5), 304-314.
- ¹¹ Silcox, L. C., Ashbury, T. L., Van Den Kerkhof, E. G., & Milne, B. (2006). Residents' and program directors' attitudes toward research during anesthesiology training: A Canadian perspective. *Anesth Analg*, 102(3), 859-864.
- ¹² Abramson, E. L., Naifeh, M. M., Stevenson, M. D., Todd, C., Henry, E. D., Chiu, Y. L., . . . Li, S. T. (2014). Research training among pediatric residency programs: A national assessment. *Acad Med*, 89(12), 1674-1680.
- ¹³ Neacy, K., Stern, S. A., Myra, H., & Dronen, S. C. (2000). Resident perception of academic skills training and impact on academic career choice. *Acad Emerg Med*, 7(12), 1408-1415.
- ¹⁴ Gilbert, A. R., Tew, J. D., Reynolds III, C. F., Pincus, H. A., Ryan, N., Nash, K., & Kupfer, D. J. (2006). A developmental model for enhancing research training during psychiatry residency. *Acad Psychiatry*, 30(1), 55-62.
- ¹⁵ DeHaven, M. J., Wilson, G. R., & O'Connor-Kettlestrings, P. (1998). Creating a research culture: What can we learn from residencies that are successful in research. *Fam Med*, 30, 501-507.
- ¹⁶ Lovejoy, F. H. Jr, Zuckerman, B. S., Fleisher, G. R., & Vinci, R. J. (2008). Creating an academic culture during residency training. *J Pediatr*, 152(5), 599-600, 600 e1.

ABSTRACT

Over the last few decades there have been great advances on the neurosciences and knowledge of brain functioning. Nevertheless, these advances haven't always reflected in the clinical practices in Psychiatry. One of the reasons for this situation is the scarcity of psychiatrists involved in research, which has contributed to the creation of a gap between clinic and research, which jeopardizes projects relevant to clinical application.

Several medical institutions have been warning that the number of Child and Adolescent Psychiatrists dedicated to scientific research is "very alarmingly below current needs." The literature show that the contact with scientific research during medical residency is one of the main predictors of the scientific production of a medical doctor.

In this cross-sectional exploratory study we intend to analyze the perceptions, attitudes and possible barriers experienced by Child and Adolescent Psychiatry residents/trainees from Coimbra Pediatric Hospital, during the conduction of research projects. For this purpose, information was collected through a questionnaire composed of 24 closed questions addressed to the residents. Through the analysis of the obtained data, it is intended to characterize the current situation and to discuss strategies that could promote the contact of the residents of our specialty with the scientific investigation.

The results show an increase in scientific production among Child and Adolescent residents in the last years. Although most residents express interest in research and consider it essential for their clinical practice, the majority of them do not consider that the residency provides them with the necessary tools to carry out research in the future. The main barriers pointed out by interns to conducting projects during training are the shortage of time to dedicate to scientific research during residency, the unavailability of supervisors with training in scientific research, the lack of formal training in research methodologies and the perception of scarce appreciation of this work by institutions and services.

Key words: Scientific research, Medical residency/trainee, child and adolescent psychiatry, Perceptions, Barriers.

“TÁ PIRANDO, PIRADO, PIROU!”

O CARNAVAL NO COMBATE AO ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL NO BRASIL

M. Costa de Sousa¹
L. Queiroga²

RESUMO

Ao longo da História da Humanidade, a doença mental surge como um obstáculo entre o indivíduo e o seu próprio ambiente, tornando-o alienado da sociedade. O objetivo deste artigo é precisamente divulgar uma modalidade atual de combate ao estigma e à integração de pessoas com doença mental na sociedade, recorrendo a uma atividade culturalmente relevante, neste caso o Carnaval no Brasil.

Tudo surgiu após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, implementada em 2001. O tratamento da doença mental passou a ser preferencialmente em regime ambulatorio ao invés do internamento, fomentando a integração do doente na sociedade e a desativação gradual dos manicômios. Dada a festividade carnavalesca ser vivida intensamente em todo o Brasil, em 2004 foi criado um “Coletivo Carnavalesco” designado por “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”, organizado por trabalhadores do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O objetivo deste cortejo é acima de tudo desmistificar a ideia de que as pessoas com patologia mental são perigosas e proporcionar aos doentes um sentimento de pertença à sociedade, mostrando que o tratamento pode ser conduzido sem que haja exclusão social. A organização do coletivo é feita através de “Oficinas” que correspondem a atividades organizadas pelos trabalhadores do Instituto com os doentes e familiares, onde se prepara o desfile, desde a confecção da roupa até à aprendizagem do Samba. A adesão dos utentes, familiares e profissionais tem vindo a crescer, permitindo uma maior sensibilização da comunidade para a patologia mental e desta forma contribuir para a diminuição do

¹ Médica interna de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

² Médica interna de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Área da Mulher Criança e Adolescente, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

estigma associado. Em 2018 foi criada pela primeira vez a ala infantil, representada pelo Centro de Atenção e Reabilitação à Infância e Mocidade (CARIM), vinculada ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e que atende o público infanto-juvenil.

Desde há quinze anos que este coletivo desfila na Avenida Pasteur do Rio de Janeiro, sendo considerado um dos maiores símbolos de inclusão da doença mental na comunidade brasileira.

Palavras-chave: Doença mental, Estigma, Reforma psiquiátrica, Inclusão.

INTRODUÇÃO

Ao longo da História da Humanidade, a doença mental surge sempre como um obstáculo entre o indivíduo e o seu ambiente, tornando-o alienado da sociedade. Inicialmente, o conceito “*ser diferente*”, designava todos aqueles que apresentavam comportamentos desadequados perante a sociedade e como tal, deviam ser isolados com o intuito de “*tratar a loucura*”. Estes espaços eram designados por “*templos*” e posteriormente ficaram conhecidos por “*manicómios*”, permanecendo com este último uma forte conotação negativa¹. Durante muito tempo, o doente mental foi vítima de exclusão, reclusão, e desprovido de direitos. A instituição psiquiátrica propriamente dita foi constituída no século XVIII² e o reconhecimento da “*loucura*” como doença surgiu apenas há duzentos anos¹. Isto contribuiu para que durante anos se tivesse uma imagem negativa da doença mental e do seu tratamento. Apesar das mudanças das práticas, esta crença ainda permanece nos tempos de hoje, motivo pelo qual é urgente tomar medidas no combate a este estigma.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Na década de setenta, perante um panorama de decadência no tratamento da doença mental, surgiu um movimento histórico de carácter político, social e económico, conhecido como a “*Reforma Psiquiátrica*”, que defendia a cidadania do doente mental bem como a substituição progressiva dos regimes de internamento por centros de atendimento em ambulatório³. Este movimento teve início na Europa, após a 2ª Guerra Mundial, por Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano. Depois de doze anos de carreira na Faculdade de Medicina

de Padova (Itália), Basaglia começou a trabalhar no Hospital Psiquiátrico de Gorizia (Itália). Em 1961, quando assumiu a direção do hospital, iniciou mudanças com o objetivo de construir uma comunidade terapêutica. Porém, à medida que se confrontava com a pobreza das condições do hospital, percebeu que a humanização deste espaço não seria suficiente. Eram necessárias transformações profundas no modelo de assistência psiquiátrica e nas relações entre a sociedade e a doença mental⁴. E foi desta forma que se iniciou o movimento da reforma, que rapidamente se expandiu por todo o mundo.

No Brasil, este movimento surgiu num contexto muito importante e peculiar da história política do país. Após vinte anos de ditadura militar, houve uma redemocratização dos espaços de decisão política, uma ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e o ressurgimento da luta por um Sistema Único de Saúde (SUS) de fácil acesso, com qualidade e gratuito para todos os cidadãos. Foi também nesta época que ocorreram várias denúncias e reivindicações, das quais resultaram duzentas e sessenta demissões, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e notícias na comunicação social, e que revelou o lado decadente das condições de trabalho da psiquiatria³.

Segundo o conceito defendido pela reforma, a “*desinstitucionalização*” não se restringe apenas à substituição do internamento por um conjunto de cuidados em ambulatório. Envolve também questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que haja um deslocamento dos cuidados de saúde e a “*progressiva devolução da responsabilidade dos utentes à comunidade*”⁵. Para outros autores, trata-se ainda da busca de “*outra posição social para a loucura na nossa cultura*”, o que coloca em debate outro polo da questão: a cidadania do doente mental⁶. Defende-se o reconhecimento da diferença na doença mental, com o objetivo de poder integrá-la na sociedade, evitando a exclusão e a alienação, bem como o estigma³.

No final dos anos oitenta, surgiu a ideia de criar serviços que dessem início a práticas inovadoras. Em São Paulo (Brasil) foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, conhecido por CAPS, cujo objetivo primordial era oferecer cuidados em regime de ambulatório a doentes com quadros psiquiátricos, como alternativa ao modelo hospitalar de internamento que predominava naquele período⁷.

Em 1989, com a demonstração da viabilidade e eficácia da rede que pretendia substituir o modelo da institucionalização, foi apresentado o decreto de lei 3.657/89. Este decreto ficou quase doze anos em tramitação e posteriormente foi rejeitado. Contudo, ao longo deste período, foram introduzidas mudanças significativas, embora não contemplassem todos os desígnios da

reforma psiquiátrica. Em 2001, o decreto de lei foi finalmente aprovado. Foi também nesse ano que se realizou a III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília (Brasil), promovendo um cenário muito favorável e promissor para as alterações no campo da saúde mental. Além disso, foram aprovadas outras medidas estaduais e municipais na psiquiatria, em capitais e cidades importantes por todo o país. Uma delas foi a criação do “*Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares de Psiquiatria*” em 2002, que deu início a um processo de avaliação regular dos hospitais psiquiátricos (públicos e privados). Após essa avaliação, centenas de hospitais foram encerrados dada a inexistência de condições mínimas para a prestação de cuidados de saúde⁸.

O COMBATE DO ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL E O CARNAVAL

Concomitantemente com estas modificações, surgiram vários movimentos de promoção da integração da doença mental na sociedade. Um deles foi a utilização da tradição carnavalesca como veículo na luta contra o estigma. O Carnaval brasileiro é curiosamente uma tradição com raízes portuguesas, com origem no século XVIII. Desde então tem sido muito investido pela comunidade e atualmente é conhecido em todo o mundo pela sua beleza e grandiosidade. É nesta época que milhares de pessoas se reúnem em grupos designados por “*Blocos*” ou “*Coletivos Carnavalescos*”, nos quais desfilam pelas ruas ao som da “*bateria*”, uma banda com música ao vivo que circula num carro alegórico⁹.

A ORIGEM DO COLETIVO CARNAVALESCO “TÁ PIRANDO, PIRADO, PIROU”

Em 2005, profissionais de saúde de diversas instituições da rede de Saúde Mental do Rio de Janeiro, nomeadamente o Instituto Franco Basaglia, o Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e diversos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criaram um coletivo carnavalesco, que designaram por “*Tá Pirando, Pirado, Pirou!*”, reunindo num único desfile utentes e profissionais de saúde mental mascarados, com o objetivo de lembrar a sociedade que os doentes psiquiátricos têm o direito de serem tratados com dignidade e estas práticas que fomentam a exclusão não se podem repetir. Para além de promover

a inclusão dos utentes no carnaval de rua, este coletivo permite um trabalho mais colaborativo uma vez que os profissionais de saúde mental assumem papéis diferentes do habitual e esta troca de papéis permite fomentar uma boa relação com os utentes e respetivas famílias, que também são convidadas a participar.



Figura 1. “Tá pirando, pirado, pirou!”, o bloquinho carnavalesco que desfila todos os anos na Avenida Pasteur, em Botafogo (Brasil)

A organização começa um ano antes do desfile. Os profissionais de saúde mental ficam responsáveis por organizar várias atividades com os utentes, desde “Oficinas de Artes” para criação dos adereços, “Grupos de Música” para a composição musical e “Aulas de Samba”, onde membros de escolas de samba são convidados para ensinar, quer técnicos, quer utentes. Todos os anos o coletivo apresenta um enredo diferente. Em 2018, o título escolhido foi inspirado num excerto de um samba muito popular “Alguém me chamou” interpretado por Dona Ivone Lara, cuja ideia foi integrar na letra a luta contra o estigma na saúde mental, ficando “Foram me chamar! Eu estou aqui, na luta, na lida, no samba”. Para além disso, com esta escolha pretendia-se homenagear a cantora e compositora Dona Ivone Lara. Nascida a 13 de abril de 1922 e conhecida como a “Rainha do Samba”, Dona Ivone Lara foi uma referência na história da psiquiatria, uma vez que trabalhou cerca de 30 anos como enfermeira num hospital psiquiátrico e esteve envolvida ativamente na reforma psiquiátrica brasileira¹⁰.



Figura 2. Grupo de utentes e profissionais de Saúde Mental unidos no luta contra o estigma na Saúde Menta

Em 2018, o bloquinho saiu à rua no dia 4 de fevereiro, pela Avenida Pasteur do bairro da Urca, até à entrada do Bondinho do Pão de Açúcar, em Botafogo. Ao som da “bateria”, utentes e profissionais desfilaram lado a lado, com o mesmo objetivo: a luta contra o estigma e a promoção dos direitos das pessoas com problemas de Saúde Mental. A novidade desse ano foi a participação da psiquiatria da infância e adolescência, com o Centro de Atenção e Reabilitação à Infância e Mocidade (CARIM) a desfilar, um Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSI) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Este centro é formado por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos psiquiatras com a subespecialidade em psiquiatria da infância e adolescência, enfermeiros de saúde mental, psicólogos e assistentes sociais, recebendo crianças até aos 12 anos (inclusive) em regime de ambulatório exclusivo. Para além da atividade habitual deste centro, nomeadamente as consultas médicas, de enfermagem e de psicologia, bem como os grupos terapêuticos, uma vez por semana, pais e filhos participaram nas oficinas de preparação que decorreram ao longo do ano que antecedeu o desfile. O tema escolhido deste centro foi um excerto do mesmo samba escolhido pela psiquiatria de adultos, da Dona Ivone Lara “*Eu vim de lá, eu vim de lá, piquinim!*”, dando voz à luta da psiquiatria da infância e adolescência. A adesão das famílias foi muito boa, motivo pelo qual a equipa decidiu que iria manter a sua participação no coletivo nos próximos anos.



Figura 3. Primeira participação do CAPSI-CARIM neste movimento

CONCLUSÃO

Há catorze anos que este coletivo desfila no Rio de Janeiro, sendo considerado um dos maiores símbolos de inclusão da doença mental na comunidade e da luta contra o estigma no Brasil. Em 2018 contou pela primeira vez com a participação do CARIM, integrando desta forma crianças e jovens com as respectivas famílias. Apesar de todas as conquistas até ao momento, é preciso continuar a defender a reforma psiquiátrica. Desde 2015 que tem havido alguns retrocessos, com o campo da Saúde Mental a ser alvo de constantes renegociações políticas, colocando em causa os princípios do SUS. Com a falta de recursos financeiros, existem atualmente Centros de Atendimento Psicossocial em risco de fechar. Em dezembro de 2017 foi aprovada uma medida que volta a favorecer o “*modelo manicomial*” e dá início à destruição de todas as conquistas da reforma psiquiátrica brasileira ao longo das últimas décadas. Por este motivo, mais que um desfile, o “*Tá pirando, pirado, pirou*” é também um ato político para que saúde mental continue a lutar pelo seu espaço na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ¹ Bezerra, J. (1995). Saúde mental ou psiquiatria. *Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica*. Ribeirão Preto: EERP-USP.

- ² Foucault, M. (1978). *A história da loucura na idade clássica* (2ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- ³ Gonçalves, A. (2001). Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- ⁴ Psiqui, R. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250.
- ⁵ Delgado, P. (1987). Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 171-202). Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- ⁶ Birman, J. (1992). Cidadania tresloucada. In B. Bezerra & P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria sem hospício: Contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 71-90). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- ⁷ Pitta, A. (1994). Os centros de atenção psicossocial: Espaços de reabilitação?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12), 647-655.
- ⁸ Amarante, P., & Nunes, M. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva [online]*, 23(6), 2067-2074. doi: 10.1590/1413-8123018236.07082018
- ⁹ Brasil, M. A. M., & Folberg, M. N. (2015). O carnaval e seus semblantes: Os clóvis. *Estudos de Psicanálise*, 43, 67-80.
- ¹⁰ Rodrigues, L. (2018). Bloco Tá Pirando, Pirado, Pirou homenagem Dona Ivone Lara. *Jornal Agência Brasil, Rio de Janeiro*.

ABSTRACT

Throughout human history, mental illness has emerged as an obstacle between the individual and his own environment, rendering him alienated from society. The aim of this article is precisely to divulge a current modality to combat the stigma and integration of people with mental illness in society, resorting to a culturally relevant activity, in this case Carnival in Brazil.

Everything came after the Psychiatric Reform in Brazil, implemented in 2001. The treatment of mental illness became preferentially on an outpatient basis instead of hospitalization, fostering the integration of the patient in society and the gradual deactivation of asylums. Given the fact that the carnival festivity is intensely lived all over Brazil, in 2004 a "Carnival Collective" named "Tá Pirando, Pirado, Pirou!" was created, organized by workers of the Psychiatric Institute of the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ). The purpose of this procession is above all to demystify the idea that people with mental pathology are dangerous and provide patients with a sense of belonging to society, showing that treatment can be conducted without social exclusion. The organization of the collective is done through "Workshops" that correspond to activities organized by the Institute workers with patients and families, where the parade is prepared, from the confection of the clothes to the learning of Samba. The adhesion of the users, family

and professionals has been growing, allowing a greater awareness of the community for the mental pathology in the fight against stigma. In 2018 was created for the first time the children's wing, represented by CARIM (Center for Child Care and Rehabilitation), linked to UFRJ and that serves the child and adolescents.

For fifteen years, this collective parades on Avenida Pasteur in Rio de Janeiro, considered one of the greatest symbols of the inclusion of mental illness in the community.

Key words: Mental illness, Stigma, Psychiatric reform, Inclusion.

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 o texto 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.

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. As figuras devem limitar-se ao número estritamente necessário. 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 de o artigo ser aceite após modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo de 15 dias. A revisão de provas será enviada aos autores contendo a indicação do prazo de revisão em função das necessidades de publicação da revista. O 1º autor receberá, em formato PDF, o número da revista em que o seu artigo estiver inserido.

Correspondência: Enviada por correio normal ou eletrónico ao cuidado do Diretor para:

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Ao c/ Dra. Paula Freitas

Parque da Saúde de Lisboa

Pavilhão 25 – Pedopsiquiatria

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

E-mail: appia@sapo.pt

